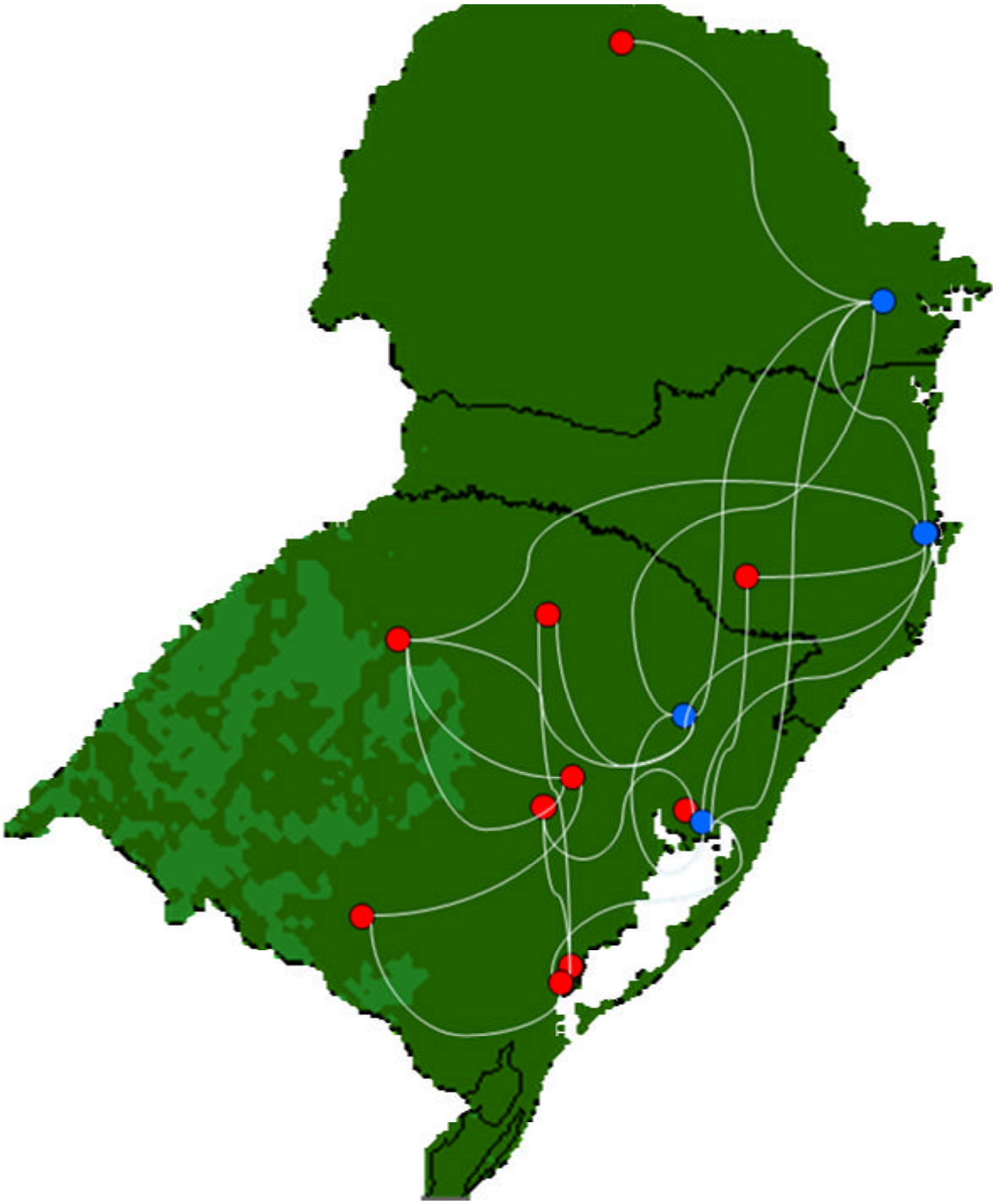
PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO REGIONAL E INFORMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR PARA A REGIÃO SUL DO BRASIL

REDE DE CENTROS COLABORADORES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

NÚCLEO SUL

AGOSTO, 2007



REDE CIENTÍFICA SUL: 14 Instituições de Ensino Superior

- **04 público-federais:**

  UFPR, UFSC, UCS e UFRGS

- **10 comunitárias:**

  UEM, Uniplac, UPF, Unijuí, Univates, Unisc, IPA, Urcamp, UFPele UCpel

CONDUÇÃO GERAL E ARTICULAÇÃO NUCLEAR:

UFRGS – EducaSaúde

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde

UCS – Nepesc

Núcleo de Educação e Pesquisas em Saúde Coletiva

Áreas Envolvidas:

- **Educação em Saúde Coletiva**
- **Estudos sobre a Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde**
- **Pesquisa Avaliativa em Saúde**

EDITOR

Ricardo Burg Ceccim

COMISSÃO EDITORIAL

Lúcia Inês Schaedler

Luiz Fernando Silva Bilibio

Maurício Moraes

Raphael Maciel da Silva Caballero

Teresa Borgert Armani

REDE CIENTÍFICA SUL

Centro Universitário Metodista Instituto Porto Alegre – IPA

Centro Universitário Vale do Taquari de Educação Superior – Univates

Universidade Católica de Pelotas – UCPel

Universidade de Caxias do Sul – UCS

Universidade de Passo Fundo – UPF

Universidade de Santa Cruz do Sul – Unisc

Universidade do Planalto Catarinense – Uniplac

Universidade Estadual de Maringá – UEM

Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Universidade Federal de Santa Catarina – Ufsc

Universidade Federal do Paraná – UFPR

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Ufrgs

Universidade Regional da Campanha – Urcamp

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí

AUTORES

- Aida Maris Peres – enfermeira, especialista em didática no ensino superior e em enfermagem de urgências, mestre em administração, doutora em enfermagem pela USP, professora da Universidade Federal do Paraná.
- Alcindo Antônio Ferla – médico sanitarista, doutor em educação pela Ufrgs,

professor da Universidade de Caxias do Sul.

- Álvaro Fraga Moreira Benevenuto Jr. – jornalista, mestre em comunicação social, doutor em ciências da comunicação pela Unisinos, professor da Universidade de Caxias do Sul.
- Ana Júlia Poersch– estudante de pedagogia na Ufrgs, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Ana Luísa Poersch– estudante de psicologia na Ufrgs, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Ananyr Porto Fajardo – odontóloga, mestre em odontologia, doutoranda em educação na Ufrgs, preceptora de residência multiprofissional no Grupo Hospitalar Conceição.
- Antônio Fernando Boing – odontólogo, mestre em epidemiologia, doutorando em odontologia na USP, professor da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Arlete Regina Roman – enfermeira, mestre em enfermagem, professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.
- Bruna Ballarotti – estudante de medicina na Ufsc, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Carla Daiane Silva Rodrigues – estudante de enfermagem na Ufrgs, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Cássia Regina Gotler Medeiros – enfermeira, mestre em enfermagem pela Ufrgs, professora do Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior.
- Cíntia Galdámez – estudante de psicologia na UFPR, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Denise Elvira Pires de Pires – enfermeira, mestre em sociologia política, doutora em ciências sociais, pós-doutora em ciências da saúde pela University of Amsterdam, professora da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira – enfermeira, mestre em educação, doutora em educação em saúde pela University of London, professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde – PPGEnf/Ufrgs.
- Douglas Deckert – enfermeiro, músico, especialista em enfermagem de terapia intensiva.

- Eleonor Minho Conill – médica, mestre em saúde comunitária e doutora em desenvolvimento econômico e social pela Université de Paris (Sorbonne), professora da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Ellen Regina Pedroso – enfermeira, pesquisadora do Nepesc/UCS.
- Fernanda de Oliveira Florentino dos Santos – estudante de enfermagem na UFPR, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Fernanda Erlo Ribeiro – estudante de medicina na UCS
- Fernanda Hampe (Pires) – psicóloga, mestranda em educação na Ufrgs.
- Fernanda Peixoto Córdova – enfermeira, mestranda em enfermagem na Ufrgs.
- Fernando José Medeiros Fossati – odontólogo, especialista em periodontia pela Ufrgs, especialista em gestão em saúde pela Ufrgs, odontólogo judiciário no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.
- Fernando Schuster Battaglin – estudante de medicina na UFPR, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Flávia Raquel Rossi – enfermeira, mestre em enfermagem, professora da Universidade de Caxias do Sul.
- Francielle Limberger Lenz – estudante de psicologia na Unisc, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Francyne Werner – estudante de psicologia na Ufsc, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Gabriel Trevizan Corrêa – estudante de odontologia na Ufrgs, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Gilnara da Costa Corrêa de Oliveira – fisioterapeuta, doutoranda em educação na Ufrgs, professora da Universidade Regional da Campanha.
- Hosanna Pattrig Fertonani – enfermeira, mestre em enfermagem, doutoranda em enfermagem na Ufsc, professora da Universidade Estadual de Maringá.
- Janice Dornelles de Castro – economista, mestre em economia da saúde pela London School of Economics, doutora em saúde coletiva pela Unicamp, professora visitante da Fundação Oswaldo Cruz/Brasília.
- João Paulo Mello da Silveira – estudante de medicina na Ufsc, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.

- Karin Noga – estudante de odontologia na UFPR, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Liane Beatriz Righi – enfermeira, doutora em saúde coletiva pela Unicamp, professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.
- Lillian Daisy Gonçalves Wolff – enfermeira, mestre em enfermagem, doutora em políticas, planejamento e gestão em saúde pela Ufsc, professora da Universidade Federal do Paraná.
- Lúcia Inês Schaedler – pedagoga, mestre em educação na saúde, doutoranda em educação na Ufrgs.
- Luiz Fernando Silva Bilibio – educador físico, mestre em educação, doutorando em educação na Ufrgs.
- Lutiane de Lara – psicóloga, mestranda em psicologia na PUC/RS.
- Marcos Breunig – estudante de medicina na Ufrgs, bolsista de iniciação científica junto ao EducaSaúde/Ufrgs.
- Marcus Vinícius Bianchi – estudante de medicina na UCS.
- Margareth Lúcia Paese Capra – assistente social, especialista em saúde coletiva, mestranda em educação na Ufrgs.
- Maria Conceição de Oliveira – médica, mestre em antropologia, doutora em ciências humanas pela Ufsc e Université Provence (Aix-Marseille I), professora da Universidade do Planalto Catarinense.
- Maria Cristina Carvalho da Silva – psicóloga, mestranda em educação na Ufrgs.
- Maria Lecticia Machry de Pelegrini – enfermeira, mestre em saúde coletiva, professora do Centro Universitário Metodista Instituto Porto Alegre.
- Mariana Bertol Leal – administradora de sistemas e serviços de saúde, mestranda em saúde coletiva na Uerj.
- Marina Helena Capra – estudante de medicina na UCS.
- Maristela Chitto Sisson – médica, mestre em saúde pública e administração sanitária pela Escuela Andaluza de Salud Pública/Universidade de Granada/Espanha; doutora em ciências pela USP, preceptora e pesquisadora no Hospital Universitário da Ufsc.
- Marta Vaccari Batista – enfermeira, mestre em epidemiologia pela Ufrgs, professora da Universidade de Caxias do Sul.

- Maurício Moraes – Médico, especialista em medicina preventiva e social, mestrando em educação na Ufrgs, professor da Universidade Católica de Pelotas e preceptor de Residência Médica da Universidade Federal de Pelotas.
- Naiane Melissa Dartora Santos – médica, especialista em medicina de família e comunidade, mestranda em educação na Ufrgs, professora da Universidade de Caxias do Sul, preceptora de Residência Médica da UCS.
- Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha – psicóloga, mestre em psicologia pela Ufrgs, professora do Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior.
- Raphael Maciel da Silva Caballero – fisioterapeuta, mestrando em educação na Ufrgs, orientador de residência multiprofissional no Grupo Hospitalar Conceição.
- Ricardo Burg Ceccim – enfermeiro sanitarista, mestre em educação, doutor em psicologia clínica pela PUC/SP, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenador do EducaSaúde/Ufrgs.
- Rita Maria Heck – enfermeira, mestre em extensão rural, doutora em enfermagem pela Ufsc, professora da Universidade Federal de Pelotas.
- Roger dos Santos Rosa – médico, mestre em administração, doutor em epidemiologia pela Ufrgs, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenador do curso de especialização em saúde pública da Ufrgs.
- Silvana Rodrigues dos Santos – enfermeira, pesquisadora na Univates.
- Suely Grosseman – médica, mestre em saúde materno-infantil pelo Institute of Child Health (London University), doutora em ergonomia pela Ufsc, professora da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Suzete Marchetto Claus – enfermeira, mestre em educação, doutora em saúde coletiva pela Unicamp, professora da Universidade de Caxias do Sul.
- Teresa Borgert Armani – pedagoga, mestre em educação, doutora em educação pela Ufrgs, pesquisadora do EducaSaúde/Ufrgs.
- Teresinha Eduardes Klafke – psicóloga, mestre em psicologia pela PUCCamp, professora da Universidade de Santa Cruz do Sul.
- Zuleica Maria Patrício (Karnopp) – enfermeira, mestre em enfermagem, doutora em enfermagem pela Ufsc, professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
Ricardo Burg Ceccim

2. CONCEITUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR E O SUPORTE DA ANÁLISE ECONÔMICA EM SAÚDE

2.1. Educação em saúde suplementar: abertura de eixo reflexivo na Educação em Ciências da Saúde

Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla

2.2. Economia da saúde: reflexões acerca de suas contribuições para o ensino e formação em saúde

Janice Dornelles de Castro
Maria Lecticia Machry de Pelegrini
Ricardo Burg Ceccim

2.2.1. Literatura técnico-científica em Economia da Saúde: seleção indicativa para estudo, com resumos

Janice Dornelles de Castro
Maria Lecticia Machry de Pelegrini

3. CONCEITOS OPERADORES DE APOIO A UMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR: ensaio para um dicionário de especialidade

Ricardo Burg Ceccim (Coordenador)
Fernanda Hampe
Fernanda Peixoto Cordova
Gilnara da Costa Correa de Oliveira
Margareth Lúcia Paese Capra
Maria Conceição de Oliveira
Naiane Melissa Dartora Santos
Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha
Raphael Maciel da Silva Caballero

Rita Maria Heck
Teresinha Eduardes Klafke

4. PERSPECTIVAS À ANÁLISE DO PÚBLICO E DO PRIVADO NA SAÚDE

4. 1. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional e a educação da saúde

Ricardo Burg Ceccim
Luiz Fernando Silva Bilibio

4.2. Itinerários terapêuticos e o *mix* público-privado na utilização dos serviços de saúde

Denise Elvira Pires de Pires
Eleonor Minho Conill
Maristela Chitto Sisson
Maria Conceição de Oliveira
Antônio Fernando Boing
Hosanna Pattrig Fertonani
Ricardo Burg Ceccim

4.3. Cenários da realidade: atores sociais da saúde suplementar e observações da mídia

Alcindo Antônio Ferla
Álvaro Benevenuto Jr.
Flávia Raquel Rossi
Marta Vaccari Batista
Suzete Marchetto Claus

5. PRODUÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR NA EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

5.1. Conhecimento dos responsáveis pela contratação de planos/seguros de assistência privada à saúde relativamente à regulamentação do setor (Ufrgs)

Fernando José Ferrari Fossati
Roger Santos Rosa

5.2. Itinerários terapêuticos da mulher com câncer de mama na região noroeste do Rio Grande do Sul: percursos público-privados e a busca por integralidade na

atenção à saúde (Unijuí)

Douglas Deckert
Liane Beatriz Righi
Arlete Regina Roman

5.3. O itinerário terapêutico da mulher em busca da assistência no ciclo gravídico-puerperal (Univates)

Silvana Rodrigues dos Santos
Cássia Regina Gotler Medeiros
Ricardo Burg Ceccim

5.4. A opção e utilização de planos privados de saúde por profissionais de saúde atuantes com o paradigma da integralidade na atenção básica à saúde (UCS)

Ellen Regina Pedroso
Alcindo Antônio Ferla
Marta Vaccari Batista

5.5. Formação de trabalhadores para o SUS: da realidade aos desafios da mudança na graduação (Uergs)

Mariana Bertol Leal
Ricardo Burg Ceccim

6. CONHECIMENTO, FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: resenhas críticas sobre sistema de saúde no Brasil, trabalho e exercício profissional

Ricardo Burg Ceccim (Coordenador)

6.1. Compreendendo as relações público e privadas, individuais e coletivas a partir de uma história das políticas de saúde no Brasil

Alcindo Antônio Ferla
Fernanda Erlo Ribeiro
Marcus Vinícius Bianchi

6.2. A categorização da universalização excludente: uma formulação desde a economia da saúde

Ananyr Porto Fajardo
Gabriel Trevizan Corrêa
Ricardo Burg Ceccim

6.3. Educação e a prática médica: os imaginários e a vida real

Bruna Ballarotti
João Paulo Mello da Silveira
Suely Grosseman
Zuleica Maria Patrício

6.4. Mercado de trabalho e formação: construindo perspectivas de atuação profissional com o estudante de medicina

Alcindo Antônio Ferla
Marina Helena Capra

7. CONFORMAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE NO BRASIL: literatura contextual de base - resenhas

Ricardo Burg Ceccim (Coordenador)
Aida Maris Peres
Ananyr Porto Fajardo
Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira
Fernanda Hampe
Fernanda Peixoto Córdova
Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Lúcia Inês Schaedler
Luiz Fernando Silva Bilibio
Lutiane de Lara
Marcos Breunig
Maria Cristina Carvalho da Silva
Mariana Bertol Leal

7.1. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva – Sérgio Arouca. (1975)

7.2. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia – Madel Luz. (1979)

7.3. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo – Emerson Elias Merhy. (1985)

7.4. Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento – a defesa da prática liberal da medicina – Gastão Wagner de Sousa Campos. (1988)

7.5. Planejamento sem normas – Everardo Duarte Nunes; Gastão Wagner de Souza Campos e Emerson Elias Merhy. (1989)

7.6. Inventando a mudança na saúde – Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. (1994)

7.7. Saúde: a cartografia do trabalho vivo – Emerson Elias Merhy. (2002)

7.8. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica – Kenneth Rochel de Camargo Jr. (2003)

7.9. Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias – Ligia Bahia, Ludmila Rodrigues Antunes, Thereza Cristina Alves da Cunha e William de Souza Nunes Martins. (2005)

7.10. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar – ANS. (2005)

7.11. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado – Giovanni Gurgel Aciole. (2006)

7.12. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde – Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos. (2006)

8. INFORMAÇÃO BIBLIOGRÁFICA PARA O ENSINO E FORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Maurício Moraes (Coordenador)
Ana Júlia Poersch
Ana Luísa Poersch
Carla Rodrigues
Cíntia Galdámez
Fernanda de Oliveira Florentino dos Santos
Fernando Schuster Battaglin
Francielle Limberger Lenz
Francyne Werner
Karin Noga
Ricardo Burg Ceccim
Teresa Borgert Armani

8.1. Literatura técnico-científica com resumos

8.1.1. Artigos em periódicos

8.1.2. Dissertações e Teses

8.1.3. Livros e Capítulos de Livro

8.1.4. Trabalhos e Relatórios Técnicos

8.2. Lista de endereços e bibliotecas virtuais

EXPEDIENTE

Produção Visual: AbreuDesign

Revisão: xxx

Gráfica: xxx

CD Rom e Software: Midiatag

Editora da Universidade/Ufrgs

1. APRESENTAÇÃO

Ricardo Burg Ceccim

Este livro nasceu do objetivo de oferecer *informação bibliográfica* (seleção de literatura temática com caráter técnico-científico, indicação de bibliografia focada ou configuradora do campo analítico, comentário especializado da bibliografia específica e indicação do acesso à informação com eixo em descritores delimitados, entre outros aspectos da busca e uso de informação técnico-científica relativa a um tema, foco ou especialidade do conhecimento) que desse subsídio à formação acadêmica e à pesquisa integrada ao ensino e à extensão universitária no âmbito da Saúde Suplementar. Inicialmente designado como Bibliografia Comentada, o trabalho desencadeado por docentes e estudantes ligados ao Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, levou à identificação de uma subárea na Educação dos Profissionais de Saúde, uma especificidade a descoberto no ensino e formação em saúde: Educação em Saúde Suplementar. A especificidade somente ganhava evidência no interior da pesquisa de *stricto sensu* em Saúde Coletiva ou projetos de análise e investigação em Política, Administração, Direito e Economia da Saúde. O levantamento que os docentes e estudantes de graduação e de pós-graduação faziam decorria de desejo de legitimar a regulação pública do subsetor suplementar no setor da saúde no Brasil. Surgiu, então uma importante interrogação: como sustentar critérios públicos de regulação de um setor cuja operação e legitimação social não está presente na formação básica dos atores profissionais que nele exercerão a atividade-fim que lhe dá existência? Se o subsetor existe com base no trabalho de atores profissionais no exercício de sua ocupação nuclear, ou seja, com base no atendimento profissional à saúde de indivíduos e suas famílias, como estes profissionais não percorrem uma formação que inclua dimensionar esse subsetor, constituir referências sobre o trabalho no mesmo? Outra questão detectada foi de que é vigente um imaginário idealizado sobre o trabalho no subsetor suplementar e há ausência de um ensino consistente sobre o mesmo.

O livro, então, de uma Bibliografia Comentada, Informação Bibliográfica para o Ensino e a Pesquisa em Saúde Suplementar no Âmbito do Sistema Único de Saúde, passou a literatura de apoio à Educação em Saúde Suplementar. De certo modo, além das áreas ou subáreas de conhecimento antes referidas – Saúde Coletiva, Política, Administração, Direito e Economia da Saúde – surgía-nos uma nova área ou subárea, a Educação. Nesta, podemos indicar a Educação dos Profissionais de Saúde, mais pontualmente a Educação em Saúde Suplementar, um tópico especial na Educação ou tema específico em Saúde Coletiva, contribuindo para o entendimento da regulação como capacidade de interação nos processos de prestação de serviços, orientando a sua execução, e de integração às políticas públicas de construção de um sistema nacional para o setor da saúde no país.

O estudo se apoiou inicialmente em uma revisão sobre o tema, discutindo em rede científica os aspectos conceituais e as ferramentas utilizadas no processo regulatório em saúde, seus alcances e limites, até a construção de um referencial de sugestões para a leitura aprofundada, pesquisa individual em linhas de investigação, construção de bibliografia em disciplinas acadêmicas ou cursos da área da saúde, formação de professores e renovação das abordagens entabuladas nos planos de ensino da área de Saúde Coletiva e de Educação em Saúde.

O estudo se seguiu por meio de "rede cientifica", uma espécie de comunidade ampliada de pesquisa ou relações em rede para a troca de informações acadêmicas, envolvendo docentes e estudantes de 13 Instituições de Educação Superior dos três estados da região sul do Brasil, elevando-se o debate sobre as conexões com o ensinar e o pesquisar em Saúde Suplementar. O trabalho em Rede Científica permitiu detectar lacunas e escolher caminhos por maior qualidade. Foi necessário um enorme redimensionamento no projeto original, resultando na formulação da Educação em Saúde Suplementar.

O produto em livro ganhou, então, 8 blocos de abordagem. Além da apresentação (bloco 1), a conceitualização da Educação em Saúde Suplementar e o suporte da Análise Econômica em Saúde (bloco 2). Em seguida (bloco 3), conceitos operadores de apoio a uma Educação em Saúde Suplementar, numa espécie de ensaio para um dicionário para uma especialidade do conhecimento. Na seqüência (bloco 4), a ampliação das perspectivas

de análise sobre o público e o privado na saúde, com a abordagem de 03 eixos: imaginários presentes na formação universitária em saúde, itinerários terapêuticos na utilização dos serviços de saúde e cenários onde atuam os atores na saúde suplementar, inclusive a mídia da saúde suplementar. De certo modo, apresentamos a evidência de um *mix* entre o público e o privado na saúde que nos exigiriam perceber a emergência do conceito de público para além do conceito de estatal. Neste bloco, escolhemos três eixos com a pretensão de colocar às claras que o subsetor suplementar não tem lugar irrelevante à formação, interfere na produção de sentidos à *profissionalização*, está presente nos *percursos* que usuários das ações e serviços de saúde estabelecem em busca da integralidade da atenção, sejam ou não beneficiários de planos e seguros privados de saúde, e ao *trabalho* em suas várias inserções e relações de produção. A seguir (bloco 5), reunimos um conjunto de produções originais e inéditas entre docentes e estudantes das instituições componentes da Rede Científica Sul. A escolha desses trabalhos se deu pela busca da defesa recente de monografias que atendessem aos descritores da Educação em Saúde Suplementar e não se enquadrassem no âmbito do stricto sensu, a intenção foi demonstrar a possibilidade de ensinar com essa temática. O bloco seguinte (bloco 6) foi a escolha de resenhas críticas relativas aos mesmos descritores e que pudessem enriquecer o ensino com o foco em estudo, novamente, entretanto, a demonstração do ensino da saúde e suas potências temáticas. No esforço de uma revisão de sentidos, foi montado um bloco de estudos (bloco 7) apresentando uma literatura contextual de base à compreensão do sistema de saúde do Brasil, não em seus aspectos formais ou legais, mas de sentido: questões epistemológicas, organizacionais, sociopolíticas, de modelo assistencial e de educação dos profissionais de saúde. Caminhando para o fechamento (bloco 8), apresentamos um consolidado de informação bibliográfica e uma lista de endereços e bibliotecas virtuais de interesse ao tema para seu prolongamento entre docentes, estudantes e pesquisadores. Este último bloco foi composto pela literatura de artigos em periódicos, pelas dissertações e teses brasileiras originárias da pós-graduação *stricto sensu* e pelos livros e capítulos de livros publicados no Brasil, pertencentes ou fortemente aproximadas da temática. Todas estas referências estão apresentadas com resumos. O período abrangido para a revisão da literatura foi de abril de 2000 (ano de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) a abril de 2007

(mês em que foi apresentado à ANS, pela Rede Científica Sul, o referencial para a nomeação da Educação em Saúde Suplementar como temática de conhecimento).

O componente Bibliografia Comentada, integrante do bloco 8 desta obra, se insere no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: Nova Perspectiva no Processo de Regulação, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, lançado originalmente pelo senhor ministro da saúde em 12 de dezembro de 2004 e editado como parte da Política de Qualificação da Saúde Suplementar por meio da Resolução Normativa nº 139, 24 de novembro de 2006, que instituiu, na ANS, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Resultou de atividade desencadeada por Carta Acordo relativa ao Conhecimento Regional e Produção de Informação Técnico-Científica em Saúde Suplementar para a Região Sul do Brasil no interior do projeto de Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar, lançado pela ANS em cooperação e com a assistência técnica da Organização Mundial da Saúde, por meio do Escritório Regional Pan-Americano, a Organização Pan-Americana da Saúde, em 2005.

No formato em CD Rom deste livro, ensaiamos a produção de um livro eletrônico onde fosse possível a pesquisa da revisão de literatura por descritores, títulos e autores.

2. CONCEITUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR E O SUPORTE DA ANÁLISE ECONÔMICA EM SAÚDE

2.1. Educação em saúde suplementar: abertura de um eixo reflexivo na Educação em Ciências da Saúde

Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla

A potência de indicar a existência de um segmento na Educação em Ciências da Saúde que se organiza com os aspectos de relevância à saúde suplementar, designado como Educação em Saúde Suplementar, está na oportunidade de organizar uma reflexão que envolva a formação para o trabalho em saúde, segundo as implicações que o trabalho educativo com o conhecimento da saúde suplementar possa aportar à qualificação desse subsetor no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para entender: existe uma Educação em Ciências da Saúde?

A Educação em Ciências da Saúde é uma designação ampla que remete tanto aos processos educativos que visam à formação e ao desenvolvimento para o trabalho em saúde como à educação nas profissões da saúde, configurando núcleo temático de saberes e de práticas às grandes áreas de conhecimento da Educação e da Saúde. Como núcleo temático, surgiu com a reforma do ensino médico nos Estados Unidos da América no início do século XX. Essa reforma foi resultado de um processo de avaliação do ensino e da política educacional coordenado por Abraham Flexner. O rigor disciplinar de Flexner representou um eficiente trabalho de consolidação das opiniões veiculadas pelos estudos sob sua liderança, nos anos de 1910 e 1920, terminando por sustentar que haveria um ideal científico de educação a ser perseguido pelas instituições de educação médica e, por

extensão, por todo o ensino nas áreas identificadas com o estatuto de conhecimento científico-profissional da saúde (ciências biomédicas). Por todo o mundo, a modernidade impunha os hospitais como o lugar da doença e da cura (biopolítica) e lugar melhor indicado para a formação em medicina e em enfermagem, o que corroborou as teses educacionais de Flexner e despotencializou outras recomendações (Feuerwerker, 2002; Luz, 2004; Ceccim e Capozollo, 2004; Ceccim e Carvalho, 2006).

É interessante registrar que em 1920, na Inglaterra, o médico real Lorde Bertrand Dawson, por meio do *Relatório Dawson*, documento histórico para a gestão e planejamento de sistemas de saúde, propunha uma educação da saúde em crescente e íntima integração com o sistema de saúde e a não-exclusividade dos hospitais para o ensino e como campo de habilitação profissional. O que caracterizava esse relatório, ao contrário do *Relatório Flexner*, era a ênfase na incorporação das práticas de atenção básica e não a centralidade na atenção especializada, usando a rede regular de serviços como escola e não hospitais universitários. O *Relatório Dawson* justificava e defendia o Estado como gestor e regulador das políticas públicas de saúde, mediante uma organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, com ênfase na integração entre atividades preventivas e curativas, na utilização do médico generalista e um âmbito considerado como primeiro nível de atenção. Suas recomendações se depararam com a farta contrariedade dos médicos pela restrição/limitação à prática liberal-privatista e pela regulação das práticas profissionais. Em virtude das fortes resistências apresentadas, as recomendações não foram adotadas, mas influenciaram a constituição do sistema nacional de saúde da Inglaterra no final dos anos 1940, com a universalização da atenção primária à saúde e com a construção do conceito de médico generalista (Marsiglia, 1995; Ceccim e Carvalho, 2006).

No Brasil, mantido o modelo curativo individual no ensino da saúde e uma formação orientada pela ciência das doenças, na qual o corpo deveria ser entendido apenas como o território onde evoluem adoecimentos e a clínica como o método experimental de restauração de uma normalidade suposta na saúde dos órgãos, um esforço de ascensão da educação superior brasileira identificou o ensino da saúde com a pesquisa experimental emergente e aprofundou o paradigma biologicista. Na década de 1940, foi a flexnerização que marcou a presença da ciência na qualificação e expansão da educação superior nas

profissões de saúde, justificando a construção, a reforma e a ampliação de laboratórios; definindo a construção, reforma e ampliação dos hospitais universitários (hospitais próprios como hospitais-escola), registrando um movimento que grassou isolado até o final dos anos 1960 com eixo na prática individual, no modelo curativista das doenças, hegemonia da atenção hospitalar e segundo as especialidades e a mais alta tecnicalidade possível (Ceccim e Carvalho, 2006a e 2006b).

Nas décadas de 1950 e 1960, uma corrente teórica orientada pelos sistemas de saúde se organiza no mundo como movimento de pensamento, o Movimento Preventivista. A ruptura com a prática liberal clássica em saúde é anunciada em nome da saúde como projeto de população. Saúde é qualidade de vida! Ao final dos anos 1940, a Organização Mundial da Saúde cunhou a definição de saúde como qualidade de vida do ponto de vista físico, psíquico e social (bem-estar biopsicossocial). O Movimento Preventivista apontou a formação como estratégia para a transformação das práticas de saúde e destacou a necessidade de repensar quais seriam os objetivos finais de um curso de graduação na área da saúde (qual trabalho deve ser esperado dos profissionais ao obterem uma habilitação profissional e não quais diplomas de graduação devem ser expedidos). Para o Movimento Preventivista, as necessidades de saúde da população (o impacto das profissões de saúde no padrão epidemiológico e a qualidade da resposta dos serviços de saúde à busca por assistência e proteção individual e coletiva) são apresentadas como o mote para a transformação da educação dos profissionais de saúde.

O movimento preventivista ampliou a visibilidade para os problemas da saúde da população e nos anos 1960 houve um *boom*, nos cursos da área da saúde, notadamente, nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia, dos departamentos de saúde pública ou saúde preventiva, seguido, nos anos 1970, por projetos de aprendizagem em saúde comunitária. Entretanto, como bem demonstrado por Sérgio Arouca, no Brasil, com a tese O Dilema Preventivista (1975), o ideário preventivista não superaria a necessidade de assistência nos termos conhecidos para o tratamento das doenças, uma vez que o processo saúde-doença resulta de determinações e condicionamentos sobre os quais não se justifica absoluto controle, além de expressar os modos de andar a vida com fortes componentes sociais, políticos e de expressão da subjetividade. Surge a noção de processo saúde-doença

em lugar da oposição saúde e doença. Na Organização Mundial da Saúde, por exemplo, traduziu-se na consigna “Saúde não é ausência de doença”.

Nos anos 1980, experiências para a integração ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais foram desencadeadas pela área de ensino da saúde pública (saúde preventiva e social, saúde comunitária, saúde coletiva) seguida das áreas de pediatria e puericultura e de ginecologia, planejamento familiar e pré-natal. Nos anos 1990, a representação popular é incorporada aos projetos de integração ensino-serviço como nova iniciativa na formação de profissionais de saúde: a integração com a comunidade, mas é também nos anos de 1990 que surgem os desafios de uma formação coerente com o processo de mudanças ocorrido no sistema brasileiro de saúde. Entre 1986 (VIIIª Conferência Nacional de Saúde) e 1992 (IXª Conferência Nacional de Saúde) ocorre a construção do Sistema Único de Saúde, sua aprovação constitucional, a definição de seus princípios e diretrizes, sua regulamentação em lei e o início dos processos de municipalização.

Na medicina, a Avaliação do Ensino Médico (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - Cinaem) e, na enfermagem, o Movimento pela Educação em Enfermagem (Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem) propõem, na medicina, que é preciso desflexnerizar a profissão médica, orientando o trabalho médico pelo trabalho em saúde (equipe) e pelas necessidades em saúde (não pelas doenças) e, na enfermagem, que é preciso a substituição do paradigma da assistência pelo paradigma do cuidado humano e que as práticas deveriam estar voltadas para as demandas de saúde da população e não das instituições hospitalares. Ocorrem a inclusão dos estudantes e dos gestores das políticas setoriais na avaliação do ensino e na construção das metas curriculares. Surge, em 1992, o conceito de Saúde como Defesa da Vida: somente a integralidade poderia desfazer a polaridade assistencialismo–preventivismo; formação e sistema de saúde deveriam caminhar juntos renovando e reinventado as práticas em saúde e a participação da população deveria justificar a construção do sistema, das práticas e da formação (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Pode-se falar, portanto, de uma história dos movimentos de mudança na Educação

em Ciências da Saúde, reafirmando-se a existência desse segmento entre as ciências da Educação ou no interior da área da Saúde Coletiva, uma vez que pode ser estudado como desafio à construção da formação e desenvolvimento dos profissionais e do próprio trabalho no setor da saúde, como afirmação do maior acolhimento aos problemas de saúde vividos pela população e como maior engajamento na construção de um sistema de saúde orientado pela integralidade no cuidado individual ou coletivo e na gestão de sistemas político-sanitários e serviços assistenciais.

Nos últimos anos, ampliaram-se significativamente as formulações, debates e reuniões científicas em torno da Educação em Ciências da Saúde devido à formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais pelo Conselho Nacional de Educação, que gerou uma ampla mobilização das carreiras, notadamente, as de medicina, enfermagem, nutrição, farmácia, odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia em substituição ao conceito de currículo mínimo, entre 1997 e 2004, e pela aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde em 2003. O Conselho Nacional de Saúde aprovou, como política pública, o documento Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (Resolução CNS nº 335, de 25 de novembro de 2003). Esse documento foi o marco para a definição do campo de saberes e práticas da Educação e Ensino da Saúde, envolvendo 11 ações estratégicas (Ceccim, 2007), entre elas a Educação Permanente em Saúde (Pólos interinstitucionais e locorregionais); a mudança na formação de graduação (AprenderSUS); o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS para estudantes de graduação (VER-SUS); a revisão da política de especializações em serviço e residências médicas (Residências Integradas em Saúde), a Educação Popular em Saúde (que gerou a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – Aneps) e a Pesquisa sobre o ensino da integralidade em saúde (EnsinaSUS).

Também há um aumento recente nas publicações de livros e principalmente coletâneas sobre ensino em saúde (Batista e Batista, 2004; Batista; Batista e Abdala, 2005; Pinheiro, Ceccim e Mattos, 2006). Os programas de pós-graduação em educação, em saúde coletiva e de desenvolvimento do ensino superior, no Brasil, têm sido os espaços privilegiados de produção de conhecimento da Educação em Ciências da Saúde.

Porque a Educação em Saúde Suplementar

A Educação em Ciências da Saúde é multifacetada e abarca vários subtemas e objetos de produção de conhecimento: gestão da educação na saúde; formação docente; currículos e reformas curriculares; diretrizes curriculares nacionais; educação dos profissionais e inserção no mercado de trabalho; integração ensino-serviço/docente-assistencial; integração formação-atenção-gestão-participação; currículos integrados; metodologias de ensino e de avaliação; políticas de desenvolvimento de pessoal da saúde; coletivos organizados de produção da saúde; educação permanente em saúde, residência médica e em área profissional da saúde; residência integrada em saúde; escuta pedagógica da clínica e dos serviços; educação a distância e a educação nas áreas especializadas das políticas públicas de saúde, donde se faz possível falar de uma educação em saúde coletiva e, por que não, de uma educação em saúde suplementar, entre outras.

A existência de uma Educação em Saúde Suplementar como segmento da Educação em Ciências da Saúde configura uma construção/formulação (saberes) e um perfil de execução/implementação (práticas) para o ensino e a pesquisa-intervenção em educação. A relevância de depararmo-nos com esse segmento está na oportunidade de organizar uma reflexão que envolva a formação e suas implicações para o trabalho em saúde, uma vez que ocorre o privilégio da díade gestão-atenção (presente em qualquer debate setorial) e ocorre a secundarização dos efeitos de subjetivação que a educação produz, aceitando-se (por falta de priorização) que a educação seja igual a transferir informação e treinar habilidades. Nada mais comum que supor a educação como secundária e decorrente dos processos de gestão do trabalho e da política social, quando a educação é, ela própria, a montagem de sociabilidades e subjetividades, o disparo de devires, a apreensão e compreensão de saberes e a construção do conhecimento e de sentidos. A educação não é conseqüência, ela é invenção, convocação, sedução.

Entendemos que um objeto subjacente ao assinalamento de uma Educação em Saúde Suplementar é apreensão de legitimidade a um processo de regulação pública que extrapole o controle de Estado sobre o mercado de prestação de serviços de saúde

(observação e normatização entre demanda e oferta + vigilância da capacidade de honrar compromissos com o cliente) e inclua a interferência ativa na produção da saúde que ocorre no subsetor (a capacidade de promover saúde e autonomia dos usuários no andar da sua saúde nos modos de operar modelos assistenciais e linhas de cuidado). Malta et al. (2004, p. 436) acentuam que "há um déficit de conhecimento e de ferramentas que possibilitem essa nova perspectiva de intervenção" e que uma regulação de Estado nesse âmbito "deverá ser precedida por um processo de apreensão dessa dimensão", o que incluiria compreender como os mecanismos assistenciais ocorrem no cotidiano e como linhas de cuidado se tornam analisadores do modelo assistencial (Ceccim e Ferla, 2006).

Surgem, então, como relevantes a apreensão e compreensão da cultura dos usuários, os itinerários terapêuticos que selecionam, respeitam, valorizam ou estão constrangidos a percorrer; a apreensão e compreensão dos sistemas profissionais de cuidado e cura, as racionalidades e as lógicas que os profissionais selecionam, respeitam, valorizam ou a que estão coagidos por protocolos, glosas e auditorias e ainda a apreensão e compreensão dos interesses dos usuários (segmentos sociais de idade, gênero, vivência ou convivência com patologias etc), expressos como "patrimônio" do consumidor (cidadão portador de direitos) ou como direito consumerista (proteção legal). Além das duas grandes "sessões", reconhecidas na díade gestão–atenção de que falam variados analistas de sistemas de saúde (a formulação de políticas, condução gerencial, sistemas de informação e avaliação de resultados e impactos + a integralidade segundo redes relacionais, práticas cuidadoras, desfragmantação da clínica e superação das diretrizes biologicistas), reconhecemos uma terceira, introduzida pelo debate na esfera do direito com a presença dos órgãos de defesa do consumidor[1], mas queremos introduzir uma quarta relevância: a apreensão e compreensão da educação que empreendemos junto aos trabalhadores em formação ou em serviço, os imaginários presentes no ensino e subjetivação educacional, os cenários de vivência e experimentação, os fatores de exposição pedagógica ao saberes da saúde e ao saber-se em atos de saúde.

[1] Para a professora Cláudia Lima Marques, da Faculdade de Direito, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a situação de vulnerabilidade dos consumidores diante do sistema econômico capitalista indica a necessidade de o direito reequilibrar as relações de consumo, reforçando, quando possível, a posição do consumidor ou proibindo e limitando certas práticas do mercado. A relação entre consumidor e prestador não é comercial ou civil, é consumerista. O consumidor é o ente mais vulnerável nas relações capitalistas e é a ele que o direito deve se voltar (Marques, 1999).

Por exemplo, o questionamento sobre a cobertura de todas as patologias, a autonomia na solicitação de exames e procedimentos, a garantia de medicamentos ou planos de assistência farmacêutica, a complementaridade de abordagens, a necessidade de uma ação educativa continuada etc. é feita desde o reconhecimento da ampliação de autonomia dos usuários no andar da sua saúde ou segundo os valores de centralidade na abordagem médica, de padrão biomédico e de autonomia liberal (as doenças, mas não os adoecimentos como objeto de atenção à saúde; os procedimentos técnicos, mas não as práticas cuidadoras como objeto de intervenção nos adoecimentos)? Por que se desejaria uma "integralidade" da atenção: pelo máximo acesso ao máximo de recursos e tecnologias ou pela maior escuta e melhor correspondência às necessidades em saúde? Precisaríamos, ao longo da formação, além de uma suficiente exposição às aprendizagens por sensibilidade, um suficiente debate (apreensão e compreensão) quanto às distinções público-privadas nos modelos de atenção, nas linhas de cuidado, nas ofertas de equipe de saúde, na constituição de redes sociais, na medicalização-desmedicalização, na promoção de saúde conectada com processos do viver, na conexão de práticas terapêuticas com vivências singulares e na responsabilização com os usuários. É necessário apreender e compreender que a desconexão e desarticulação de atos assistenciais correspondem à inefetividade dos mesmos e induzem a um oneroso consumo de procedimentos e medicamentos de baixa resolubilidade ao evento realmente vivido. O que se idealiza como promessa no privado ou se denuncia como ausência no público dificilmente resulta de uma adequada apreensão e compreensão sobre eficácia e efetividade das interpretações diagnósticas e condutas prescritas, tendo em vista as pessoas, com seus componentes afetivos, sociais e culturais.

O percurso que os usuários empreendem pelos vários sistemas de atenção (profissionais, informais e populares) não podem ser contidos por planos, programas e protocolos; o baixo vínculo e responsabilização dos profissionais (inclusive por falta do conceito/prática em equipe), entretanto, incentivam percursos acríticos e aleatórios (pela baixa confiança, não pela construção das conjugações profissional-informal-popular); a ausência de linhas de cuidado induz ao consumo de exames, procedimentos e medicamentos em condutas paliativas de baixa resolubilidade presentes em diversos pontos dos sistemas profissionais, informais e populares, ou seja a ausência de regulação do

modelo assistencial se mostra temerária à saúde pública e irresponsável com o direito à integralidade da atenção à saúde na existência constitucional do Sistema Único de Saúde.

Malta et al. (2004, p. 435) mostram-nos o quanto o processo de regulação ainda é incipiente, argüindo que isto expõe à necessidade do "enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes" pela presença da desafiadora necessidade de "entender a natureza dessa regulação (...), a dimensão da organização do subsetor, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações".

Com bastante tranqüilidade afirmamos que – no exercício da saúde –, mesmo que o trabalho vivo seja capturado pela ação programática, pela protocolização da assistência ou pela gestão autoritária ou restritiva, não é possível a supressão da margem de liberdade existente nas relações cuidadoras propriamente ditas, isto é, na interação profissional-usuário, uma vez que sempre instituinte (aqui-e-agora, *in actu*, criativa). Entretanto, é justamente essa autoria e liberdade que estão suprimidas quando um processo educativo orientado pela fragmentação, desconexão e tecnicalidade biologicista preencheu a subjetividade (modos de pensar-sentir-querer) do trabalhador em formação. Um pensar-sentir-querer fala de uma vontade de realidade, de um movimento ativo e inconsciente de montar mundos, pessoas e entornos. Portanto, ao falarmos do enfrentamento de temas complexos, da instituição de processos inovadores e da transformação de sistemas de pensamento ou da legitimação de transformações, a educação não pode de maneira nenhuma ser preterida.

Distinção da Educação em relação à díade Gestão–Atenção e ao analisador Participação

A Saúde Suplementar é um campo novo, no qual a produção do conhecimento é ainda incipiente. Para muitos militantes do Sistema Único de Saúde soa como traição estudar e compreender a saúde suplementar, uma vez que entendem a regulação como a defesa das relações de mercado e como aceitação da saúde como mercadoria. Há uma

trajetória paradoxal no amadurecimento do Sistema Único de Saúde no que se refere ao princípio da universalização, à diretriz da integralidade e ao objetivo da eqüidade. Soa confuso e contraditório qualificar a Saúde Suplementar e defender o Sistema Único de Saúde, donde apreender e compreender – com propriedade – o campo regulatório contribuiria, tanto ao maior rigor no cumprimento do objetivo de eqüidade do SUS para o conjunto da população (em um sistema econômico que não temos o poder de mudar sem um processo histórico), quanto ao maior rigor no cumprimento da finalidade institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (criada no interior do Sistema Único de Saúde para promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde). À Agência Nacional de Saúde Suplementar compete a fiscalização dos aspectos concernentes às coberturas, mas também o cumprimento da legislação em saúde no tocante aos aspectos sanitários e epidemiológicos e o zelo para com a qualidade dos serviços de assistência à saúde.

A Agência foi criada apenas em janeiro de 2000 e a invenção de uma Educação em Saúde Suplementar poderá produzir – na base da educação dos profissionais de saúde – mais que importante subsídio à sua missão regulatória, a apreensão e compreensão dos "sentidos" (o para quê) da regulação. A Câmara de Saúde Suplementar é integrada pelos Conselhos Federais de Medicina, Odontologia e Enfermagem, a maior cobertura dos planos e seguros privados de saúde é a da assistência médica e odontológica, além de hospitais, laboratórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Deve haver atendimento aos portadores de transtornos mentais e acesso à fisioterapia sempre que recomendada pelo médico. Incluem-se nas coberturas de terapias e atendimentos ambulatoriais os atendimentos de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Pelo menos sete carreiras curriculares de educação superior na saúde, portanto, estão envolvidas com o trabalho e as normatizações em saúde suplementar. Estudam alguma coisa a esse respeito?

Uma Educação em Saúde Suplementar subsidia a missão regulatória da ANS no tocante à compreensão dos elementos que constituem a regulação e, no interior da formação, problematiza o perfil dos trabalhadores da saúde, introduzindo a regulação na composição do ser trabalhador da saúde. De maneira imbricada, fortalece as bases para o exercício da microrregulação na saúde suplementar como desdobramento da defesa de uma

cidadania de interesse social.

Num processo de educação, o que ocorre é o disparo de subjetivações. Pode-se entender a subjetivação como a construção do sujeito identitário, a transformação de um indivíduo em uma identidade de ser, comportar-se e intervir ou como a construção de um sujeito em processo de criação, assumindo para si e também publicamente quadros de valores em mutação. A educação é menos um processo onde as verdades são apresentadas e mais uma vivência-experimentação de ser e estar em coletivos de produção, aceitando a ativação de mudanças, acolhendo devires, não necessariamente de maneira consciente, mas de maneira viva. A educação opera produções de cotidiano, aposta em novas relações (por interação), tentando construir a aceitação da mudança, a invenção, como ato criativo do estar junto, do encontrar-se com o outro, do desapegar-se de regras que não implicam aprender a cuidar e, assim, cuidar do aprender.

A educação não ocorre sobre o nada, por isso fala-se tanto da correspondência entre educação e mudança. Mecanismos de sujeição e subjetivação das pessoas estão presentes no funcionamento histórico dos valores e das instituições (razão moral) e várias técnicas que se aplicam sobre os sujeitos na construção de sua moral (o que cada um vai aceitar/tolerar e o que não vai). Uma ilusão de liberdade cerca os mecanismos de sujeição. Uma vez que um indivíduo não possa estar em autopoiese, ele é refém da moral (Varela e Maturana, 1995).

Os mecanismos de regulação normativa se aplicam muito facilmente sobre a gestão, que deles não pode prescindir, uma vez que a partir deles constrói sua natureza, e sobre a atenção, uma vez que pode ser protocolizada, pactuada, avaliada e mesmo auditada (sobre a qual se aplicam treinamentos e capacitações). A abertura aos usuários, mediante múltiplas formas convencionais de escuta (pesquisa de opinião e satisfação, ouvidoria, valorização de denúncias e respeito aos valores informados pelos mecanismos de defesa do consumidor) deveria ser elevada, entretanto, ao entendimento da escuta como analisador de processos cuidadores (pesquisa de itinerários terapêuticos, ampliação e valorização dos ruídos em linhas de cuidado, tradução das necessidades em saúde em demandas de atenção). A distinção da educação vai surgir ao perguntarmos qual seu papel na transmissão de saberes?

Nas relações de poder? Na constituição de um sujeito? Sob quais regras embasa seu funcionamento? Podemos compreender a formação como um eficiente instrumento capaz de articular poderes e subjetividades, distingui-la serve para que sua introdução se preste aos mecanismos de enfrentamento daquilo que nos afasta da produção de saúde centrada nos usuários e suas necessidades, estabelecendo um contraponto às formas esgotadas para produzir saúde que seguem arraigadas nos sistemas de pensamento profissional e institucional (Ceccim, 2005). Uma formação não disciplinar (mecanismo de operar uma modulação identitária), mas que não a exclui e sim a integra, propõe, aponta, faz surgir coisas novas. A experiência coletiva, quando de educação não disciplinar, gera motivação e responsabilidade para indivíduos e instituições.

A educação não é o que centraliza a informação; a informação está em inúmeros bancos de dados, nos periódicos, em livros, trocada em eventos e acessada em endereços eletrônicos por todo o mundo. Interessa à educação que os indivíduos sejam levados a falar sobre si mesmos, a educação está diretamente relacionada às experiências que um sujeito faz de si mesmo. Práticas como as de auto-avaliação e da escrita sobre questões-poblema para si, aportam reflexões sobre si próprio e à formulação da subjetividade individual. A educação trata de um conjunto vivo de significações, no qual tudo está em contato com tudo. Uma pedagogia por fatores de exposição que traz à tona a intimidade, corporificando e impondo relações sociais.

Conhecimentos e práticas para uma Educação em Saúde Suplementar

O imaginário liberal-privatista atravessa o que se ensina sobre saúde desde a educação infantil até a pós-graduação das áreas clínicas em saúde, uma concepção marcada pela prática de consultório, pelo atendimento individual embasado na díade diagnóstico-prescrição, tendo a doença como referência e o curativismo biologicista como paradigma. Esse imaginário não tem sido colocado em questão mediante aproximações concretas ao mercado de trabalho em saúde, à regulação do subsetor privado-suplementar e aos itinerários terapêuticos efetuados por usuários e profissionais em busca da resolutividade dos problemas de saúde identificados, além de suas implicações à cidadania e à promoção

da saúde como responsabilidade setorial e profissional.

Ao preservarmos, como sociedade do conhecimento, um ensino de saúde, em todos os níveis de escolarização, que privilegia a perspectiva liberal-privatista e não coloca em análise as relações entre público e privado no ordenamento do Sistema Único de Saúde, não contribuímos para a real compreensão e apropriação da cidadania, para a eqüidade e solidariedade entre as classes sociais no direito à saúde como dever do Estado para com toda a população e para uma ciência com relevância pública associada ao mérito acadêmico.

A construção de referências e sentidos à educação e à pesquisa configuram o primeiro passo na identificação do que e como ensinar e pesquisar na academia relativamente à saúde suplementar, escapando do ideário liberal-privatista para uma análise de sociedade e saúde, trabalho e mercado em saúde, educação em saúde para a cidadania plena de todas as classes sociais, problemas e dificuldades na implementação do SUS e regulação pública no interesse da coletividade.

Um campo de interesse à educação em saúde suplementar reúne a familiarização com os cenários da saúde suplementar no Brasil: inventário e análise de situação da regulação, cobertura assistencial e dinâmica de atores com atuação subsetorial; a relação público-privado e os arranjos tecnoassistenciais na utilização de serviços de saúde como estudo de itinerários terapêuticos e ruídos em linhas de cuidado e os imaginários sobre a perspectiva pública e privada do trabalho em saúde, estudando os cursos de graduação das profissões representadas no campo.

A realidade do ensino apresenta-se como um cenário onde é carente a identificação de referências e sentidos ao ensino e à pesquisa da saúde suplementar na condução regular dos cursos de graduação em saúde, não se compondo currículos que minimamente dêem conta do conhecimento relativo à regulação do subsetor privado-suplementar de saúde como um fator de cidadania coletiva ou de base populacional que perpasse trabalhadores de saúde autônomos ou empregados, gestores públicos dos sistemas de saúde e gestores privados das ações e serviços de saúde, usuários individuais e coletivos de serviços públicos e de serviços privados de saúde e docentes e estudantes dos diversos cursos da

área da saúde, em seus diversos níveis educacionais.

A perspectiva de um ensino que, com naturalidade, aborde a operação de um sistema de saúde que seja único quanto aos interesses da população, ainda que executado por um subsetor estatal e outro privado-suplementar, tornará único o debate da qualidade e dos acessos às ações e serviços de saúde, não mais se podendo conviver, diante da educação e da produção de conhecimento acadêmico, com a dicotomia, tal como hoje existente, no pensamento, na gestão, na avaliação e nas perspectivas de trabalho entre um subsetor muitas vezes designado como desqualificado e destinado aos pobres (uma oferta pobre para uma população pobre no imaginário profissional) e um subsistema designado como qualificado e destinado aos que podem pagar (uma oferta nobre para uma população nobre no imaginário profissional). De qualquer modo, desde um ponto de vista da ciência na profissão, há um imaginário da autonomia profissional e privatização da terapêutica que suprime de subjetividade, de alteridade e de singularidades – nos modos de andar a vida – o outro da clínica, constrangendo-o à pura natureza (biologia, anatomia, fisiopatologia) ou poder econômico (que plano/seguro pode pagar), onde saúde-doença é sinônimo de sinistralidade. O subsetor estatal e o subsetor suplementar não são os *segmentos* público e privado do *setor* da saúde, co-existem no interior do Sistema *Único* de Saúde, ambos preenchem o espaço público representado pelo cuidado e proteção à saúde. O setor da saúde é de relevância pública e sua natureza estatal ou da iniciativa privada não são garantia da presença ou ausência de razões públicas. Já o contole da sociedade na deliberação ou regulação são garantias de novos espaços públicos.

Referências

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Unesp-Fiocruz, 2003 [1975].

BATISTA, Nildo Alves e BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva (org.). *Docência em saúde*: temas e experiências. São Paulo: Edirora Senac, 2004, 283p.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva e ABDALA, Ively Guimarães (org.). *Ensino em saúde*: vivendo conceitos e práticas. São Paulo: Arte e Ciência, 2005, 355p.

CECCIM, Ricardo Burg e CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José et al. (org.). *Educação médica em transformação*: processos de mudança e construção de realidades. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abem, 2004, p. 346-390.

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Yara Maria de. Formação e educação permanente em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; CARVALHO, Yara Maria de et al. (org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006a, p. 149-182.

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (org). *Ensinar saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco, 2006b, p. 69-92.

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em "rede de práticas cuidadoras" para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco, 2006, p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set.-out. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Estudos Universitários*, Sorocaba-SP, v. 33, n. 1, jun. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê "recursos humanos da saúde", leia-se "coletivos organizados de produção da saúde": desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de. *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco, 2005, p. 161-180.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; ACIOLE, Giovanni Gurgel; MENESES, Consuelo Sampaio e IRIART, Célia Beatriz. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda*: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005, p. 63- 74.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Mudanças na educação médica*: os casos de Londrina e Marília. São Paulo-Londrina-Rio de Janeiro: Hucitec-Rede Unida-Abem, 2002.

LUZ, Madel Terezinha. *Natural, racional, social*: razão médica e racionalidade científica moderna. 2 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004.

MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista; JORGE, Alzira de Oliveira Melo e COSTA, Mônica Aparecida. Perspectivas de regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr.-jun. 2004, p. 433-444.

MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima e PFFEIFER, Roberto Augusto Castellanos. (org.). *Saúde e responsabilidade*: seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: RT (Revista dos Tribunais), 1999. 476 p.

MARSIGLIA, Regina Giffoni. *Relação ensino/serviços*: dez anos de integração docente-assistencial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

MATURANA, Humberto e VARELA, Francisco. *A árvore do conhecimento*: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Workshopsy, 1995.

MERHY, Emerson Elias. Os desafios postos pela "atenção gerenciada" para pensar a transição tecnológica do setor saúde. In: MERHY, Emerson Elias. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 67-92.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). *Ensinar saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco, 2006, 333p.

2.2. Economia da saúde: reflexões acerca de suas contribuições para o ensino e formação em saúde

Janice Dornelles de Castro
Maria Lectícia Machry Pelegrini
Ricardo Burg Ceccim

Introdução: o que é a Economia da Saúde

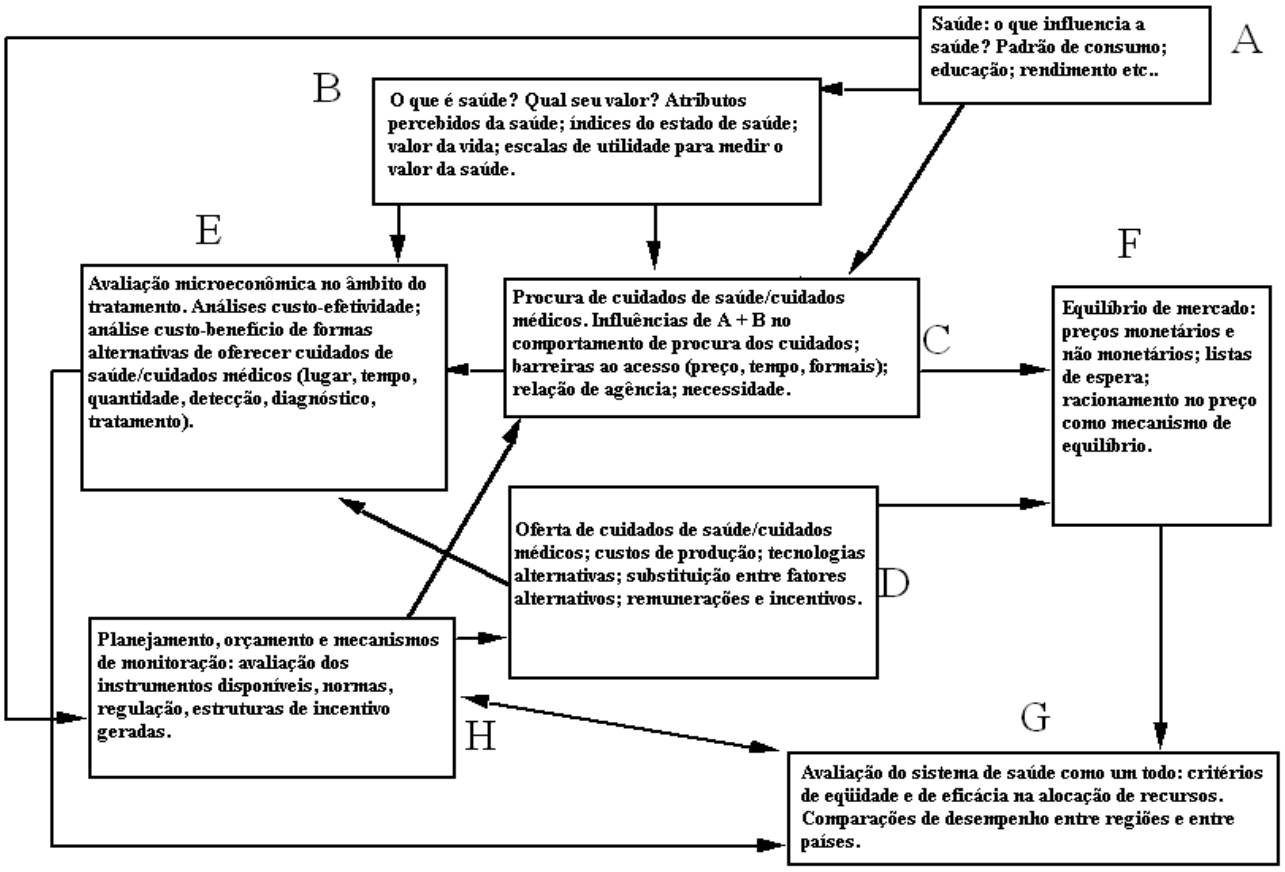
Uma das principais características da ciência econômica é a diversidade de possibilidades de explicação sobre os fatos da realidade, sendo sempre possível o questionamento. Não se trata de uma ciência feita de verdades absolutas. Santos (2005) diz que sob a denominação de *economia política* não apenas encontramos diferentes abordagens, como não raras vezes abordagens incompatíveis das questões econômicas. Ainda assim, existem algumas unanimidades como, por exemplo, a definição de seu objeto de estudo: a economia é a ciência que se ocupa de estudar o melhor uso dos escassos recursos disponíveis na sociedade. Já sobre qual o melhor uso ou como fazer a distribuição destes recursos o que existe são divergências e não a unanimidade. A Economia se desenvolve com base em muitas polêmicas, não havendo uma linha reta na ciência econômica. Se os recursos são escassos, por que o são? Há escassez ou concentração? Há má distribuição ou há apropriação por parcelas ou segmentos de cidadãos?

Considerando a unanimidade, qual o melhor uso para os escassos recursos disponíveis na sociedade? Desta questão, decorrem todos os estudos relacionados com a produção, distribuição e consumo de mercadorias. É a saúde uma mercadoria? Se não for, existiria uma Economia da Saúde? É possível comprar ou vender saúde? A saúde possui valor de uso, mas não valor de troca. Sabemos que existe um processo de trabalho, concretizado e explicitado pelo conjunto das ações de saúde que afetam positiva ou negativamente a condição de saúde das pessoas. São essas ações de saúde que podem ser compradas e vendidas no mercado. Essas ações são uma mercadoria e afetam diretamente a condição de saúde das pessoas, no entanto, o estado de saúde das pessoas é sempre uma

incógnita, não é possível prever quando ou quanto ou qual a ação que deve ser consumida. Esta condição – imprevisibilidade – é uma característica própria da prestação de serviços de saúde. Foi a partir desta discussão que Kenneth Arrow, em 1963, tornou-se o precursor de uma nova área da economia, a Economia da Saúde, discutindo a incerteza e o acesso aos "cuidados médicos".

Esta área tem assumido importância crescente nas discussões econômicas desde então, também pela dinamicidade e capacidade produtiva do setor. O diagrama de Williams (abaixo), apresentado pela primeira vez em 1987, procura mostrar como se estabelecem as relações que existem no setor da saúde e quais as áreas de influência da Economia da Saúde.

- **Diagrama de Williams (Adaptado de Barros, 2005)**[*]



[*] O Diagrama de Williams encontra-se na obra do português Pedro Pita Barros, da Faculdade de Economia, da Universidade Nova de Lisboa (Barros, 2005).

Como podemos observar no diagrama, existe uma teia de relações que se estabelecem entre os diferentes blocos analíticos. Cada um dos blocos procura sintetizar as complexas relações que se dão na realidade. No primeiro bloco, o autor coloca a questão fundamental que definirá todas as outras: o que influencia a saúde? Esta pergunta está relacionada com o conceito de saúde que cada sociedade assume, entre esses, que saúde é o conjunto de condições que levam ao bem estar do indivíduo. Assim, praticamente todas as variáveis analisadas numa realidade social poderiam afetar o nível ou o estado de saúde de um cidadão. Como atribuir um valor à vida? Quais os índices que podem medir um estado de saúde? Muitas vezes se estabelecem limites para este conceito por meio da definição de padrões ideais de consumo de ações de saúde. Por exemplo, qual a interferência do comportamento do médico no uso dos serviços de saúde e quais os estudos de demanda disponíveis? Foram consideradas todas as barreiras de acesso? Esses fatores/limites remetem à discussão do conceito de necessidade em saúde.

Considera-se também nos estudos econômicos a avaliação de custos dos serviços e da efetividade em todas as suas formas; a discussão de planejamento, orçamento e avaliação dos sistemas de saúde; as listas de espera e os critérios de eqüidade. Todas essas discussões estão afetas à Economia da Saúde e, hoje, são fundamentais para a análise do setor. Percebe-se, assim, que não existe uma única abordagem para a questão da Economia da Saúde, esta é a razão pela qual procuramos apresentar neste trabalho algumas das diferentes abordagens que contribuem para a construção dessa área de conhecimento, tendo em vista facilitar a familiaridade com seus termos para professores e estudantes da área da saúde.

Um pequeno passeio pelo pensamento econômico

Um dos principais pensadores da economia foi Adam Smith, que publicou a obra intitulada *A riqueza das Nações*, em 1776. O livro foi escrito a partir da experiência da revolução industrial inglesa. Para os clássicos, o liberalismo e o individualismo eram vinculados ao bem comum e, ao maximizar a satisfação com o mínimo de esforço, os homens estariam contribuindo para alcançá-lo. O fator de harmonização, conforme Adam

Smith, era feito pela *mão invisível*. O pensamento clássico fundamenta-se, segundo Souza (2001, p.45) "no individualismo, na liberdade e no comportamento racional dos agentes econômicos, com mínima presença do Estado". O Estado "teria como funções precípuas", nesse pensamento, "a defesa, a justiça e a manutenção de certas obras públicas".

A obra de Smith, ao discutir as questões das liberdades naturais, da mão invisível e dos interesses privados, serve de modelo para diversas teorias posteriores de explicação da realidade, inclusive as que defendem a não interferência do Estado nas questões econômicas, como, por exemplo, os que apóiam a privatização dos serviços públicos em especial os de saúde.

Jean Baptiste Say (1768-1832), que estabeleceu a *lei de Say*, diz que "a oferta cria a sua própria demanda", ou seja, "o aumento da produção transformar-se-ia em renda dos trabalhadores e empresários, que seria gasta na compra de outras mercadorias e serviços" (Vasconcelos e Garcia, 2001, p. 17). Esta idéia é bastante difundida e, com embasamento nesta premissa, acredita-se que basta criar a oferta e haverá demanda para os serviços de saúde. Sem dúvida uma importante questão a ser respondida no momento de planejar a necessidade de serviços, seu financiamento ou, ainda, o montante de recursos necessários para o financiamento dos sistemas de saúde ou para a manutenção da higidez da população. Qual o nosso objetivo, afinal?

É muito difícil resumir em poucas linhas a contribuição e o impacto do pensamento de Marx para o pensamento econômico. O enfoque marxista apresenta características bastante diferentes das teorias econômicas mais conhecidas, mas podemos dizer que a questão que fundamenta seu pensamento e a mais importante é a teoria da exploração ou da mais-valia. Para Marx, o trabalho humano produz valor, mas o capitalista não paga ao trabalhador por todo o valor produzido, apropriando-se de parcela deste valor: a mais–valia. Aqui, aparece a idéia da produção de excedente por meio do trabalho humano. Para a economia expandir-se é necessária a transformação de sua estrutura produtiva ou a criação de novos métodos de produção que vão aumentar a produtividade do trabalho e, conseqüentemente, da mais–valia. A questão da introdução do progresso tecnológico se apresenta como uma saída para as crises do capitalismo. Fica como contribuição do

pensamento marxista a possibilidade de discutir o setor da saúde como produtor de mais-valia e o papel do desenvolvimento de novas tecnologias.

No pensamento da escola Marginalista, o valor depende da utilidade marginal. Deste modo, quanto mais raro e útil for um produto, tanto mais ele será demandado e valorizado, aumentando, assim, o seu preço. Desse modo, os fatores têm o preço definido por sua utilidade e escassez, enquanto na Escola Clássica o valor era determinado pela quantidade de trabalho incorporado nos bens (Souza, 2000).

Alfred Marschall (1842-1924), no livro "Princípios de economia", de 1890, propôs a síntese neoclássica, buscando conciliar o pensamento clássico e marginalista. Para o autor, o valor, as quantidades demandadas e os preços dos bens são determinados no mercado pela utilidade marginal de cada um, enquanto o equilíbrio parcial de um bem se dá pela interação da oferta e da demanda no mercado.

Uma das principais reações ao liberalismo econômico foi representada por Vilfredo Pareto (1884-1923) que criticou a teoria vigente por afirmar que o bem-estar social é alcançado pela maximização das funções de utilidade e lucro individual. Estabeleceu o *Ótimo de Pareto,* onde o ponto de equilíbrio é alcançado quando é possível aumentar o bem-estar de um sem diminuir o bem-estar de outro.

Além de Pareto, Arthur Pigou (1877-1959) em sua obra "A economia do bem-estar" criticou a idéia liberal de que o bem-estar social é resultado da somatória do bem-estar de cada um, este somatório pode levar, em economia de livre mercado, a um ponto de equilíbrio geral abaixo do ponto ótimo potencial. Introduziu, então, os conceitos de economia e deseconomia externas: quando o Custo Marginal Social é menor que o Custo Marginal Privado.

A grande depressão dos anos 1930, com a falência de inúmeras empresas e o aumento do desemprego foi um dos principais fatores que impulsionou as críticas ao liberalismo e a aceitação com mais facilidade da intervenção do Estado na economia. O Estado deve intervir para garantir o direito de propriedade e também a liberdade de mercado, com um maior nível de emprego.

John Maynard Keynes (1883-1946) na sua obra principal, a "Teoria geral do emprego, do juro e da moeda", procurou apontar soluções para a crise do mundo capitalista. Mostrou que a economia pode ser representada pelo fluxo circular de produto e renda, onde o valor dos bens e serviços produzidos (produto) tem como contrapartida os salários, juros, aluguéis e lucros (renda). Este fluxo não funciona de forma automática, pois existem vazamentos, ou seja, parte da renda não volta para a economia, ou para o fluxo circular, em função da poupança, das importações e do pagamento de impostos, estas são rendas retiradas da economia. Desta forma, cabe ao Estado assegurar o investimento para compensar os vazamentos, ou ainda, o "Maior fluxo de renda estimulará a demanda agregada, retomando o caminho da prosperidade" (Souza, 2000, p. 57).

Nesta época surgiu o que foi chamado por *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social. Esta é uma forma de política social, cujo conceito de cidadania considera que alguns direitos são indissociáveis da existência das pessoas. Esses direitos devem ser garantidos e fornecidos pelo Estado direta ou indiretamente. Seriam, por exemplo, a saúde, a educação, a renda mínima, os recursos adicionais para a sustentação dos filhos etc.. Muitos dos sistemas de saúde e previdência, especialmente dos países europeus, foram criados neste período.

A segunda síntese neoclássica – ou dos Neoclássicos liberais – aceita alguma participação do Estado na economia, uma vez que, para os neoclássicos liberais a concorrência não existe na sua forma pura e a liberdade irrestrita de mercado gera muita instabilidade, portanto, são aceitas algumas medidas de políticas monetárias e fiscais.

Paul Samuelson (1887-1975), autor do livro "Fundamento da análise econômica" realizou a síntese do pensamento neoclássico com o pensamento Keynesiano, iniciando-se, assim, a escola neoclássica liberal, onde

> (..) havendo pleno emprego, utiliza-se integralmente as proposições teóricas neoclássicas, desde que o mercado funcione segundo os postulados neoclássicos para alocar recursos e distribuir renda. Entretanto, isso só é possível com o governo adotando políticas fiscais e monetárias, regulando oligopólios e atuando na produção de bens públicos. No caso de desemprego, a recomendação é pela adoção das políticas keynesianas. (Souza , 2000, p.58).

Os Neoclássicos conservadores são representados por Milton Friedman (1912-2006), da Escola de Chicago, Ludwig Von Mises (1881-1973) e Friedrich Hayek (1899-1992), da Escola Austríaca. Esses autores defendem uma economia empírica, com a exclusão de qualquer juízo de valor. Para esses formuladores, a grande depressão foi resultado de falhas do governo e não do mercado, foram as políticas econômicas equivocadas que desviaram a economia do crescimento equilibrado. Acreditam na lei de Say, ou seja, que o crescimento da produção gera novas rendas e demanda equivalente. Não acreditam na existência de externalidades, portanto, não justificam a intervenção do Estado, devendo a mesma ser reduzida ao mínimo para que a mão invisível do mercado funcione.

Sob a influência destes pensadores foram realizados muitos processos de privatização, especialmente na América Latina na década de 1990. Desestruturando alguns sistemas públicos de saúde ou, ainda, impedindo a construção de outros. Os Estruturalistas surgem como reação às teorias neoclássicas liberais e conservadoras no combate à inflação. Estes afirmam que a inflação tem causas básicas (que são as limitações e a rigidez do sistema econômico) e causas circunstanciais (como o aumento do preço das importações e dos gastos públicos), assim, o aumento de preços provocado por causas reais exige maiores volumes de moeda em circulação.

As novas teorias de crescimento acreditam que o capital e o trabalho não são os únicos fatores relevantes, consideram também o "capital humano" e as "novas tecnologias". Souza (2001, p.61) interpreta que "o produto da economia cresce em função da acumulação de capital físico, do emprego de mais trabalhadores e do aumento do estoque de conhecimentos". Essas teorias têm trazido à discussão do desenvolvimento econômico aspectos fundamentais para a vida em sociedade. Não podemos mais apenas crescer, é necessário que este crescimento tenha reflexo nos indicadores de qualidade de vida das pessoas.

O uso dos instrumentais da economia para a compreensão e a análise da saúde

Economia e políticas sociais

Höfling (2001) cita Gobert e Müller, que propõem como conceito de políticas públicas o *Estado em Ação*, ou seja, o Estado governo, por meio de programas e ações voltadas para setores específicos da sociedade. Guareschi et al. (2004, p.180) definem como "o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público". Esse compromisso público visaria dar conta de determinadas necessidades sociais, afetas a diversas áreas. Uma política pública expressaria a "transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público".

As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, são criadas para mediar os conflitos surgidos entre capital e trabalho durante a primeira revolução industrial. O Estado interfere visando a manutenção das relações sociais de uma determinada formação social e, por isso, essas políticas assumem *feições* diferentes, gerando diferentes projetos de intervenção conforme o projeto político da sociedade.

Para Offe (1991), o Estado atua como regulador das relações sociais a serviço da manutenção das relações capitalistas em seu conjunto e não especificamente a serviço dos interesses do capital – a despeito de reconhecer a dominação deste nas relações de classe. Segundo Offe e Lenhardt (1984, p. 15), "a política social é a forma pela qual o Estado tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em trabalho assalariado". O Estado capitalista moderno cuidaria não só de qualificar permanentemente a mão-de-obra para o mercado, como, também, por meio de tal política e de programas sociais procuraria manter sob controle parcelas da população não inseridas no processo produtivo.

O Estado capitalista não institui e não concede a propriedade privada, portanto, não tem poder para interferir nela, apenas tem a função de arbitrar – e não de regular – conflitos que possam surgir na sociedade civil, onde proprietários e trabalhadores estabelecem relações de classe, realizam contratos, disputam interesses etc.. Desta maneira, as políticas sociais são reduzidas à legitimação do poder, tendo um papel compensatório das misérias sociais.

Os neoliberais acreditam que as políticas sociais são um dos maiores entraves ao desenvolvimento e são responsáveis, em grande medida, pela crise econômica que atravessa a sociedade. A intervenção do Estado constituiria uma ameaça aos interesses e liberdades individuais, inibindo a livre iniciativa, a concorrência privada, podendo bloquear os mecanismos que o próprio mercado é capaz de gerar para restabelecer o seu equilíbrio. Uma vez mais, o livre mercado é apontado pelos neoliberais como o grande harmonizador das relações entre os indivíduos e das oportunidades na estrutura ocupacional da sociedade.

As políticas públicas, como responsabilidade de Estado, quanto a sua implementação e manutenção, por meio dos diferentes órgãos públicos e diferentes organismos da sociedade, referem-se às ações que determinam o padrão de proteção social, voltadas para a redistribuição dos benefícios e visando à redução das desigualdades estruturais produzidas pelo modelo de desenvolvimento econômico; não podem ser reduzidas apenas à burocracia pública ou às políticas estatais. Assim, podemos classificar estas políticas de diferentes formas:

a) *Políticas distributivas:* são caracterizadas por um baixo grau de conflito, pois parecem distribuir apenas vantagens e não acarretar custos, pelo menos diretamente perceptíveis, para outros grupos. Essas *policy arenas* são caracterizadas por consenso e indiferença amigável. Em geral, beneficiam um grande número de destinatários, todavia em escala relativamente pequena. Os potenciais opositores costumam ser incluídos na distribuição de serviços e benefícios.

b) *Políticas redistributivas:* são orientadas pela existência de conflito social, seu objetivo é o desvio, o deslocamento consciente de recursos financeiros, direitos ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade, portanto o processo político que visa a uma redistribuição costuma ser polarizado e repleto de conflitos.

c) *Políticas regulatórias:* pressupõe que custos e benefícios podem ser distribuídos de forma igual e equilibrados entre os grupos e setores da sociedade, do mesmo modo como as políticas também podem atender a interesses particulares e restritos.

> Os processos de conflito, de consenso e de coalizão podem se modificar conforme a configuração específica das políticas. Baseiam-se em ordens e proibições, decretos e portarias, mais ou menos negociados com a sociedade, na medida do processo democrático e participativo existente.
>
> d) *Políticas constitutivas ou políticas estruturadoras:* determinam as regras do jogo, e com isso, a estrutura dos processos e conflitos políticos, isto é, as condições gerais sob as quais vêm sendo negociadas as políticas distributivas, redistributivas e regulatórias. Dizem respeito à criação e modelação de novas instituições, à modificação do sistema de governo ou do sistema eleitoral, à determinação e configuração dos processos de negociação, de cooperação e de consulta entre os atores políticos.

A distinção entre política estruturadora e sócio-regulatória é particularmente importante em relação aos seus efeitos nos processos de conflito e de consenso. Enquanto políticas sócio-regulatórias versam sobre questões morais e vêm sendo discutidas de forma bastante controversa dentro da sociedade, as estruturadoras ou constitutivas são habitualmente discutidas apenas dentro do sistema político-administrativo (Frey, 2000, p. 223-225) e têm conseqüências importantes para o processo político.

Desta forma, ressalta Höfling (2001), é evidente que o processo de definição de políticas públicas reflete o grau de organização ou desorganização social, os conflitos de interesses, os arranjos feitos nas esferas de poder que não perpassam apenas as instituições do Estado, mas toda a sociedade. É necessário estar atento aos fatores culturais, ou seja, àqueles que historicamente vão construindo processos diferenciados de representação, de aceitação, de rejeição, de incorporação das conquistas sociais, pois é onde está a explicação para o sucesso ou fracasso de uma política ou programa ou, ainda, às diferentes soluções e padrões adotados para ações públicas de intervenção. A relação entre sociedade e Estado, o grau de distanciamento, as formas de utilização de canais de comunicação entre os diferentes grupos da sociedade e os órgãos públicos, estabelece contornos próprios para as políticas pensadas para uma sociedade. Indiscutivelmente, as formas de organização, o poder de pressão e articulação de diferentes grupos sociais no processo de estabelecimento

e reivindicação de demandas são fatores fundamentais na conquista de novos e mais amplos direitos sociais, incorporados ao exercício da cidadania.

No Estado de inspiração neoliberal as ações e estratégias sociais governamentais incidem essencialmente em políticas compensatórias, em programas focalizados, voltados àqueles que, em função de sua suposta capacidade e supostas escolhas individuais, não usufruem do progresso social. Tais ações não têm o poder e freqüentemente não se propõem a alterar as relações estabelecidas na sociedade.

Funções econômicas e setor público

O objetivo do setor público deve ser o de implementar as ações que o mercado não absorve, seja porque não são rentáveis, seja por razões de Estado. As principais funções econômicas do setor público são:

a) *Função alocativa:* o governo fornece o que não é adequadamente ofertado pelo mercado. É o caso dos *bens públicos* cuja principal característica é a não exclusão do consumo. Depois de definido o volume de produção, o fato de alguém não utilizar o bem ou serviço ofertado não significa que possa haver a redução física da oferta deste bem para os demais. Um exemplo é a segurança pública. É importante salientar que existe diferença entre os bens de *consumo coletivo* e os *bens públicos*, os *bens de consumo coletivo* apenas serão considerados bens públicos quando o seu consumo não estiver saturado, como por exemplo, uma praia lotada, quando um indivíduo sai, beneficia os demais, neste caso dizemos que não é um bem público puro. Temos ainda os bens *semi-públicos ou meritórios*, são aqueles que mesmo satisfazendo o princípio da exclusão, são produzidos pelo Estado. Por exemplo, a oferta de serviços de saúde.

b) *Função distributiva***:** o governo atua, através da tributação, como um redistribuidor de rendas, retirando recursos dos grupos ou regiões mais ricas e transferindo para os menos favorecidos. Esta tarefa deixada nas mãos do mercado teria como resultado, a influência da dotação inicial do patrimônio de cada um, na sua produtividade individual. O mercado não consegue fazer uma justa distribuição

de renda.

c) *Função estabilizadora:* o pleno emprego e a estabilidade de preços não ocorrem de forma automática, então o Estado atua por meio de instrumentos de política fiscal, monetária, cambial, comercial e de rendas para garantir a estabilidade. O mercado não consegue se auto-regular em relação a produção e ao crescimento dos preços.

d) *Função de crescimento econômico:* o Estado atua na implantação de políticas com o objetivo de aumentar a formação de capital ou os investimentos públicos (infra-estrutura) e os financiamentos para os investimentos privados. Para alguns autores, esta função se confunde com a função alocativa.

Tributação

Para o Estado cumprir as suas funções necessita de recursos que são arrecadados na sociedade e que compõem a sua receita fiscal, os chamados tributos. Estes podem incidir sobre a renda ou sobre os usos (impostos sobre consumo). A tributação segue alguns princípios:

a) *Princípio da neutralidade:* os tributos não podem modificar a relação de preços entre bens e serviços ou alterar os preços relativos da economia, devendo ser minimizada a sua interferência nas decisões dos agentes econômicos.

b) *Princípio da eqüidade:* o ônus dos tributos deve ser distribuído equanimemente, ou seja, deve m pagar mais os que podem mais.

c) *Princípio do benefício:* o valor do tributo deve ser diretamente relacionado com o montante de benefícios auferidos. Existem dificuldades na implementação deste princípio, pois é discutível a identificação dos benefícios que cada um atribui às quantidades de bem, ou de serviços públicos que recebe.

d) *Princípio da capacidade de pagamento (progressividade):* os agentes devem contribuir de acordo com sua capacidade de pagamento, medida pela renda, pelo

consumo e pelo patrimônio, mas existem diferentes posições sobre quais destas medidas utilizar. A renda é considerada a mais abrangente, pois inclui consumo e poupança. Alguns consideram que a poupança não deveria ser tributada, uma vez que beneficia a sociedade como um todo, mas por outro lado, o indivíduo somente deixa de gastar e poupa porque recebe juros. Sobre o patrimônio, pode-se defender que este já teria sido tributado, uma vez que é constituído por fluxos de poupança acumulados anteriormente.

Tipos de Tributos

a) *Taxas:* a cobrança de taxa ocorre quando existe a prestação ou é colocada à disposição do contribuinte um serviço público específico e divisível (Vasconcelos e Garcia, 2001, p. 193).

b) *Contribuição de melhoria:* somente é cobrada quando uma obra pública aumenta o valor de bens imóveis do local (Vasconcelos e Garcia, 2001, p. 193).

c) *Impostos:* os impostos podem ser diretos e indiretos, também podem ser classificados como regressivos, como progressivos ou, ainda, como neutros.

c.1) *Diretos:* incidem sobre a renda e riquezas e estabelecem uma relação direta entre renda/estoque de capital e alíquota, por isso são menos regressivos e não são inflacionários, pois existe dificuldade de repassar aos preços, entretanto é difícil usar este tipo de imposto para tributar as atividades do mercado informal.

c.2) *Indiretos:* são os que incidem sobre a produção, circulação e consumo de mercadorias e serviços, são mais regressivos, pois não é possível determinar, precisamente, os grupos de renda atingidos a partir do consumo, também podem ser mais inflacionários e sua fiscalização é mais complexa.

c.3) *Regressivos:* quando o aumento na contribuição é proporcionalmente menor que o aumento na renda e os grupos mais pobres são mais onerados, normalmente são impostos indiretos. Por exemplo, o valor do imposto cobrado

sobre um litro de leite: tem diferente influência no orçamento de uma pessoa de classe econômica (poder aquisitivo) D e de uma pessoa das classes econômicas (poder aquisitivo) A ou B.

c.4) *Proporcionais ou neutros:* o aumento na contribuição é proporcionalmente igual ao aumento na renda e todos os grupos sociais são igualmente onerados. É neutro em relação a variação da demanda agregada, pois a renda total, a renda disponível (renda menos impostos) e os gastos, crescem em taxas iguais.

c.5) *Progressivos:* ocorrem quando o aumento na contribuição é proporcionalmente maior que o aumento na renda e os grupos de maior renda são proporcionalmente mais onerados.

A simplificação do sistema de cálculo, arrecadação e fiscalização leva à redução dos custos administrativos e elevação da arrecadação, portanto, é um objetivo a ser perseguido pelos sistemas tributários. Existem algumas medidas utilizadas para avaliar a carga tributária de uma sociedade, uma delas é a *Curva de Lafer*, que estabelece uma relação entre o total da arrecadação e a alíquota. A partir de um determinado nível da alíquota, qualquer aumento resultará em diminuição da arrecadação total em função da evasão, sonegação e desestímulo ao negócio.

Déficit público

Ocorre quando a despesa do governo é maior que sua arrecadação. Existem diversas classificações para o déficit que pode ser nominal ou total, primário ou fiscal e déficit operacional.

a) *Déficit nominal ou total:* é a diferença entre a arrecadação e as despesas do governo no período de um ano, neste caso são considerados os valores nominais, ou seja, soma-se a inflação e a correção monetária do período.

b) *Déficit primário ou fiscal:* é a diferença entre a arrecadação e as despesas do governo no período de um ano sem levar em consideração o pagamento das dívidas pública interna e externa e o pagamento de juros de dívidas passadas.

c) *Déficit operacional:* é o déficit primário mais o juro real da dívida passada, exclui a correção monetária e cambial. É considerada a medida mais adequada para refletir as necessidades de financiamento do setor público. Normalmente o financiamento do déficit público é feito pelo aumento de impostos, corte de gastos, emissão de moeda, venda de títulos da dívida pública ao setor privado ou, ainda, por uma política de privatizações.

Normalmente, o financiamento do déficit público é feito pelo aumento de impostos, corte de gastos, emissão de moeda, venda de títulos da dívida pública ao setor privado ou, ainda, por uma política de prvatizações.

Oferta e demanda em saúde[1]

A teoria de mercado pressupõe a condição de perfeita competição, devendo ocorrer o ajuste entre a oferta e demanda automaticamente. Segundo Donaldson e Gerard (1993), *nenhuma das condições de perfeita competição está presente* no caso da saúde, assim, justifica-se uma ação mais intensa do Estado, pois podem ocorrer as falhas de mercado, a seguir abordadas.

Ocorrência de riscos e incerteza

A ocorrência da doença é imprevisível, portanto, não é possível planejar o consumo futuro de cuidados de saúde. A resposta de um mercado não regulado pelo Estado, nessas circunstâncias, é o desenvolvimento de mecanismos de seguros privados de saúde que *garantiriam* o ressarcimento das despesas com cuidados de saúde. Entretanto, os seguros privados de saúde apresentam alguns problemas. As companhias de seguro privado, além dos custos administrativos e de *marketing*, também auferem lucros. Por isso, o custo do prêmio do seguro tem que ser maior do que o custo efetivo com possíveis cuidados de saúde que o segurado venha a necessitar, ou seja, os segurados estão pagando por outras despesas, além daquelas relacionadas com cuidados de saúde. Como os indivíduos são avessos ao risco, eles se dispõem a pagar, precavendo-se contra a possibilidade de

[1] Este trecho foi parcialmente publicado anteriormente em CASTRO, JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 1, p. 122-135, 2002.

ocorrerem grandes perdas financeiras em caso de doença.

Aparentemente, esta é uma solução para responder ao problema da incerteza quanto ao futuro, no entanto, *no mercado de seguro privado de saúde ocorrem também falhas*, que são as deseconomias de escala, a seleção adversa e o risco moral.

A economia de escala ocorre quando as grandes companhias distribuem seu custo fixo entre todos os seus produtos e, assim, conseguem uma diminuição no custo por unidade de produto. A desvantagem da existência da economia de escala é a tendência à formação de monopólios que passam a determinar sozinhos os preços de mercado já que não têm concorrentes e o consumidor não tem escolha. A *deseconomia de escala* ocorre no mercado de seguro saúde quando há muitas pequenas companhias competindo entre si; cada qual com custos diferentes. Isso significa um custo final, por unidade de produto, maior. Desse modo, o custo final de seguro será maior para o consumidor.

A *seleção adversa*, outra falha de mercado é a exclusão de alguns grupos do acesso ao seguro saúde. Por exemplo, portadores de doenças crônicas e determinados grupos etários ou sociais. Num mercado competitivo, as companhias de seguro, por não terem um pleno conhecimento do mercado, não sabem os riscos a que cada indivíduo está submetido; sendo assim, calculam o valor do prêmio com base num risco médio. No entanto, o consumidor sabe mais sobre as suas condições de saúde e, quando percebe que seu risco é menor do que a média, opta por não participar do seguro. Quando os de menor risco desistem de participar, aumenta o risco médio do grupo que continua interessado e, conseqüentemente, o preço final do prêmio. Esta situação se repete indefinidamente para os remanescentes porque os riscos nunca serão iguais para todos. Para contornar este problema as companhias criam os seguros que avaliam o risco de cada indivíduo com base na história pessoal e familiar. O resultado mais perverso é o aumento do valor do prêmio para os grupos de maior risco (crônicos, idosos), que, provavelmente, não terão condições de pagar e ficarão de fora do seguro. Então, a seleção adversa deixa de fora dois grupos: os de menor risco que iniciaram o processo, mas saíram fora do esquema e os de maior risco que não puderam pagar pelo seguro calculado com base no risco individual.

Conforme a teoria de mercado tradicional, existe falha de mercado apenas no

primeiro caso, em que o conhecimento do risco não é igual para o consumidor e produtor. No segundo caso, não ocorre uma falha de mercado, apenas os consumidores não têm renda para entrar no mercado.

Risco moral

Este termo deriva do inglês *Moral Hazard* e não tem tradução adequada para o português, seria mais bem descrito como o risco de não adotar a atitude mais racional do ponto de vista do consumidor pelo fato de ter todos os cuidados de saúde cobertos pelo seguro. O *risco moral* ocorre quando em determinadas situações, a condição de perfeita competição – lógica racional – não acontece. O *risco moral* pode ocorrer em sistemas de saúde embasados no seguro privado ou público e, também, naqueles sistemas que cobrem totalmente os gastos com cuidados de saúde. Nestes casos, existiria uma tendência a ocorrer excesso de demanda, pois, o consumidor e o produtor mudam a sua atitude em relação à necessidade de cuidados de saúde, já que as despesas estão completamente cobertas. Como os gastos com cuidados de saúde são plenamente cobertos (seguro privado ou público ou pelo sistema público de saúde), o consumidor considera o fato de ficar doente menos indesejável e tem menos cuidados para permanecer saudável. Além disso, como o seu gasto com os cuidados de saúde não se altera em relação ao volume consumido, tenderia a consumir mais do que o necessário. Em contrapartida, do lado do produtor, ocorre o excesso de demanda por duas razões: o produtor não tem conhecimento dos custos; o sistema de saúde público – ou o seguro saúde (público e privado) – utiliza o mecanismo de pagamento por procedimento e o médico teria interesse financeiro em prover cuidados de saúde em excesso ou executar procedimentos desnecessários.

Este processo desrespeita um dos principais pressupostos da teoria de mercado, a independência entre a oferta e a demanda. É conhecido como a oferta induzindo a demanda porque o médico atua nas duas posições: do lado da oferta - prestando serviço - e do lado da demanda – como agente do paciente que, por não possuir as informações necessárias para a tomada de decisões, consumirá os serviços de acordo com o aconselhado por seu médico. Além disso, o efeito da oferta induzir a demanda é reforçado pela existência de uma terceira parte envolvida – o Estado, a empresa ou a companhia de seguros – que vai pagar pelas

despesas, o que também não motiva, tanto o paciente como o médico a moderar o consumo. Temos como conseqüência deste processo o aumento dos gastos dos sistemas de saúde públicos e dos custos dos prêmios dos seguros para os consumidores finais.

Externalidades

São os efeitos colaterais da produção ou consumo de um bem auferido por um terceiro. Neste caso, somente é possível calcular os custos e benefícios do consumidor direto. Num mercado não regulado, a existência de externalidades leva a sociedade a produzir bens e serviços num ponto que não é o de equilíbrio de mercado. Sendo assim, se a produção de um bem ou serviço tiver externalidades negativas e o produtor não tiver que pagar pelos custos destas, ele produzirá muito, mas se tiver que adicionar aos seus custos de produção os custos das externalidades negativas, o preço do bem ou serviço vai aumentar, diminuindo a demanda e, conseqüentemente, a produção, num segundo momento. No caso da saúde, existe a produção de externalidades positivas, especialmente as de um tipo especial chamadas de "bem público", cuja principal característica é a inexistência de rivalidade e de exclusão no consumo, ou seja, todos podem consumir o mesmo bem ao mesmo tempo.

Para Donaldson e Gerard (1993) as externalidades podem ser classificadas como:

a) *Egoístas*: quando o consumo de um bem ou serviço por um indivíduo afeta diretamente o risco para a saúde de outro indivíduo. É o caso das vacinas: quanto maior o número de vacinados, menor o número estimado (risco) de doentes.

b) *Social*: ocorre quando um indivíduo que precisa recebe cuidados de saúde complementares, mesmo que isto não afete o seu estado de saúde. Os autores usam a palavra *caring*, que significa cuidado, carinho, preocupação com o outro, achamos que *atenciosas* traduziria melhor a intenção dos autores.

Num mercado não regulado, não é possível contabilizar o desejo do indivíduo de pagar por um benefício externo positivo; assim, o mercado produzirá menos deste bem ou serviço do que seria demandado pela sociedade. A idéia básica do modelo de externalidade

positiva é de que a sociedade compõe-se de indivíduos ricos e pobres e de que os ricos estão dispostos a transferir parte de sua renda para os pobres. No entanto, é um problema deixar que esta transferência de renda seja feita pelo mercado, pois haveria uma tendência de transferir menos do que se isto fosse realizado de outras formas. Além disso, seria muito caro em termos de tempo e esforço.

É muito mais eficiente fazer isto por meio da taxação progressiva ou de algum mecanismo de seguro de saúde público. Alguns podem dizer que seria suficiente subsidiar aqueles que precisam e deixar os outros cidadãos para o mercado. No entanto, é difícil definir quem precisa e prever quanto custará. Além disso, quando o governo subsidia o lado da demanda (aqueles que precisam) não pode ignorar a importância dos médicos do lado da oferta, influenciando o consumo (oferta induzindo a demanda) como já foi visto anteriormente.

Distribuição desigual da informação entre produtores e consumidores – a relação de agente

Não é possível comprar no mercado a melhoria no estado de saúde, a cura. O consumidor é obrigado a comprar cuidados de saúde que resultarão em melhoria do estado de saúde. Existe uma relação técnica entre cuidados de saúde e melhoria no estado de saúde que é o conhecimento que o médico (produtor) possui e que o paciente (consumidor) não possui.

Existe uma diferença do grau de informação (assimetria de informações) que o consumidor e o produtor (no caso, o profissional ou serviço de saúde) detêm. Neste caso, o mercado falha ao não informar plenamente o consumidor sobre a relação entre determinada ação e o seu futuro estado de saúde. Ele precisa do médico que o aconselha a fazer uma determinada escolha. Neste momento, se estabelece uma relação de agente. Devido a esta posição especial no mercado, os médicos poderão exagerar na quantidade de cuidados de saúde elevando os gastos do sistema ou provendo cuidados inadequados e ineficientes se houver conseqüências para o sistema de remuneração.

A falta de informação, por parte dos consumidores, sobre o resultado de

determinada ação na sua futura condição de saúde coloca os médicos numa posição de agentes e de conselheiros que atuam em nome dos consumidores. É uma posição bizarra, pois podem influenciar, ao mesmo tempo, a demanda e a oferta. Os médicos têm o poder de induzir a demanda de seus próprios serviços; assim, os pacientes podem ser induzidos a consumir mais do que necessitariam.

Existência de barreiras

Podem existir barreiras no mercado do lado da oferta, seja por meio da regulamentação e controle do licenciamento para atuação profissional e do controle do número de vagas nas escolas formadoras, seja por restrições no número de consultas, exames, natureza das patologias assistidas etc.. Como os consumidores (pacientes) não conhecem plenamente as repercussões em seu estado de saúde pela adoção de determinados cuidados, é possível que, se escolhssem livremente no mercado, cometessem graves erros. Por isso, o Estado, que tem como uma de suas atribuições zelar pelo bem-estar de seus cidadãos, deve intervir regulando este mercado. No entanto, esta regulação pode se transformar na defesa da corporação médica, uma vez que a redução da oferta tende a aumentar os preços, ou seja, se a regulação da entrada de novos profissionais no mercado for feita de tal forma que a oferta de profissionais seja menor que a demanda, haverá uma tendência ao aumento do valor dos salários. Esta é uma situação contraditória, pois com o objetivo de proteger os interesses do consumidor coloca-se a exigência do licenciamento que, por seu turno, dá aos médicos um poder de mercado especial; principalmente quando são eles mesmos que m decide o número de novos médicos no mercado.

Utilizando os conceitos da teoria tradicional da oferta e da demanda, nos deparamos com inúmeras falhas de mercado no setor da saúdes. A existência destas falhas é uma indicação de que o mercado, neste caso, não consegue promover o equilíbrio entre a oferta e a demanda e, assim, justifica-se a intervenção do Estado na regulamentação ou mesmo, de forma mais direta, na produção de serviços.

Necessidade

A partir das dificuldades de análise da realidade com base na teoria de mercado,

procurando avançar na compreensão das especificidades do setor da saúde, alguns autores (McGuire, Henderson, Mooney, 1992) introduziram o conceito de *necessidade.* Segundo os autores, a demanda por saúde é uma expressão da "necessidade por serviços de saúde", que é um conceito relativo, pois resultante do julgamento da sociedade e do indivíduo sobre a importância dos custos e benefícios de determinado tratamento.

Piola e Viana (2002, p. 116), trabalhando com o conceito de necessidade, referem que essa é uma definição exógena feita por um *expert*. Em sua interpretação mais comum, o conceito de necessidade é definido como "aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto possível segundo o conhecimento médico existente" (os autores referem Jeffer; Bagnano e Bartlett)[2].

O conceito de necessidade já parte do reconhecimento de que, no setor saúde, a oferta e a demanda não interagem da maneira convencional: a demanda não é autônoma e a oferta tem um papel importante na determinação dos níveis de consumo. A quantidade de serviços considerada necessária pode ser diferente da quantidade demandada, a necessidade, como percebida pelo individuo, é apenas um dos componentes da demanda**.**

São muitas as críticas ao conceito de necessidade, especialmente, pelo fato de que ao estabelecer normas (médicos por habitantes, leitos por habitantes) não se leva em consideração as possibilidades alternativas de utilização dos recursos. As normas desencorajam a busca de novas alternativas de produção, e por serem altas, determinam altos gastos em saúde.

Este conceito, entretanto, tem sido bastante usado por permitir mensurar as iniqüidades e por ser mais igualitário que o conceito de demanda. Também porque a definição de normas tem aspectos facilitadores do ponto de vista do planejamento. A economia da saúde tem discutido a melhor maneira para que se faça a alocação dos recursos, se por meio do mercado ou se pela intervenção do Estado no setor. Mesmo dentro do marco conceitual da teoria do equilíbrio geral, justifica-se a intervenção do Estado na

[2] JEFFER Jr; BAGNANO, MF e BARTLETT, JC.. On the demand versus need for medical services on the concept of "short-age". *American Journal of Public Health*, v. 61, n.1, p. 46-63, 1971.

área, por todas as razões apontadas.

Medidas de Desigualdade

O exercício de medir as desigualdades se deve à necessidade de intervir na realidade no sentido de propiciar melhores condições de desenvolvimento e promoção de uma sociedade mais justa. Dachs (2001) salienta que, na mensuração das desigualdades, é indispensável ter claro: o que se quer medir, por que queremos medir e quem vai utilizar os resultados.

O interesse em desenvolver metodologias adequadas para o conhecimento e o monitoramento das desigualdades sociais em saúde tem crescido em todo o mundo. Para a discussão das medidas de desigualdade é necessário ter presente os conceitos de desigualdade, exclusão, discriminação e iniqüidade. Conforme Mendes e Marques (2002), as diferentes abordagens relacionam *desigualdade* à abordagem estatística; *exclusão* à abordagem política; *discriminação* à abordagem cultural e *iniqüidade* à abordagem filosófica.

Solon Vianna (citado em Pelegrini, Castro e Drachler, 2005, p. 296-297)[3] apresentou estudo salientando que a aferição de desigualdade entre diferentes unidades de análise é de três tipos:

a) medidas relativas embasadas na construção de razões de risco entre uma das categorias e a categoria de referência (Risco Relativo);

b) medidas relativas e absolutas de diferença de risco entre cada uma das categorias e a categoria de referência (Risco Atribuíve l e Risco Atribuível Populacional);

c) índices de concentração, distribuição ou similaridade, assemelhados ao coeficiente de Gini e à curva de Lorenz.

[3] VIANA, S. Revisando a distribuição de encargos na saúde entre as esferas de governo. Projeto BRA/97/013. VI Encontro Nacional de Economia da Saúde – Abres, CD-ROM. Rio de Janeiro.

Em anexo, apresentamos a tabela proposta por Dachs (2001) contendo um inventário das principais medidas de desigualdade socioeconômica em saúde. Conforme orienta Hoffmann (1998), em toda distribuição existem medidas de tendência central, medidas de dispersão e medidas do grau de desigualdade de distribuição, estas medidas são usadas em grande parte dos estudos de distribuição de renda. A seguir, apresentamos o coeficiente de Gini e a curva de Lorenz como índices de concentração.

Índices de concentração

a) *Coeficiente de Gini:* é uma medida de dispersão, que mede a distribuição relativa de renda ou desigualdade numa distribuição, desenvolvida originalmente por Conrado Gini (1912) para compreender a desigualdade ou distribuição da renda.

$$G = \frac{1}{2n^2 \bar{y}} \sum_{i=1}^{n} \sum_{j=1}^{n} |y_i - y_j|$$

Onde:
G = coeficiente de Gini
y = variável renda
y_i: variável renda do grupo i.
y_j: variável renda do grupo j.
n = variável população.

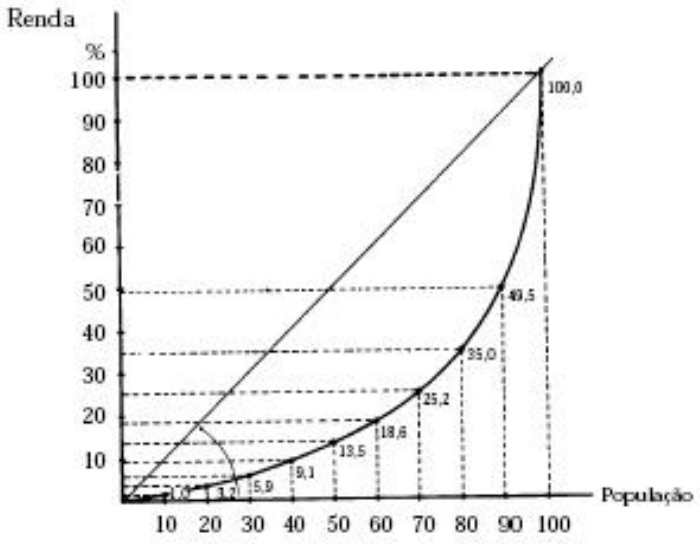
Este coeficiente assumirá valores entre zero a um, representando respectivamente concentração nula (igualdade completa na distribuição de renda) ou concentração máxima (desigualdade absoluta na distribuição de renda).

Conforme salienta Sen (citado por Hoffmann, 1998) o coeficiente de Gini, como medida do grau de desigualdade, apresenta a vantagem de medir diretamente as diferenças de renda, levando em consideração diferenças entre as rendas de todos os pares de indivíduos.

b) *Curva de Lorenz:* é a representação gráfica da distribuição socioeconômica de determinado atributo. Originária do estudo de M.C. Lorenz (1907), a curva terá como coordenada a porcentagem acumulada da variável X no eixo vertical, e a

porcentagem acumulada da população, quando ordenada pelos níveis de rendimento, no eixo horizontal (Piola e Viana, 2002).

A curva de Lorenz permite comparar localidades e tempos históricos, colocando uma curva sobre a outra, compreendendo-se as distribuições geográficas ou temporais. Uma distribuição de renda perfeitamente equilibrada desenharia uma curva em 45º e uma desigualdade absoluta desenharia uma "curva" coincidente com o eixo vertical (toda a renda nas mãos de um).



Índice do Desenvolvimento Humano (IDH)

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU)[4], procura dar uma dimensão para além da renda per capita. Foi criado a partir de indicadores de educação, longevidade e renda. O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; países com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.

A primeira variável do índice é medida pela expectativa de vida da população, a

[4] Disponível na Internet em <http://www.undp.org.br>.

segunda é uma combinação da taxa de matrícula bruta nos três níveis de ensino como taxa de alfabetização de adultos e a terceira é dada pelo PIB per capita medido em dólar PPC (Paridade do Poder de Compra – PPP US$) calculado pelo Banco Mundial.

A partir da medida do IDH, desenvolve-se o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), junto a uma rede mundial consultiva de representantes da academia, do governo e da sociedade civil, discutindo o processo de ampliação do papel das pessoas, tais como a liberdade e a dignidade humana para o desenvolvimento.

Como parte deste acompanhamento, é calculado o IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal que, no Brasil, é realizado em parceria entre o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e o Instituto de Pesquisa Econômica e Social (Ipea), usando as mesmas dimensões: Educação (medida da taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos e taxa bruta de freqüência à escola), Longevidade (esperança de vida ao nascer) e Renda (renda municipal *per capita)*.

A formulação destes índices faz parte do esforço para fundamentar a discussão sobre a distribuição de recursos de maneira a garantir a eqüidade entre os membros da sociedade.

Distribuição de Recursos[5]

A distribuição adequada e justa de recursos na área da saúde tem sido um grande desafio para todos. Esta questão passou a receber ainda maior relevância nas duas últimas décadas do século XX, quer pelo aumento da expectativa de vida, quer pela grande incorporação tecnológica na saúde com o progressivo aumento dos gastos do setor. As formas tradicionais de pagamento de serviços: por produção ou por assalariamento, não conseguem dar conta de corrigir as desigualdades. O padrão de desigualdade se mantém, pois são financiados os serviços que têm capacidade de *produzir* e cobrar, deixando sem acesso parcelas da população que vivem onde não existem serviços ou os serviços são

[5] Este trecho pertence à sistematização anteriormente elaborada por Pelegrini como atividade no curso de Mestrado em Saúde Coletiva: PELEGRINI, MLM. Metodologias equitativas para financiamento do setor saúde. São Leopoldo: Unisinos, 2004, 13 p.

precários. Não é possível mudar o padrão de financiamento dos serviços se não houver um esforço de financiar investimento nas áreas onde ocorre essa carência. Assim a solução sugerida para garantir o rompimento deste ciclo de desigualdades e buscar a eqüidade é a utilização de metodologias alocativas para a distribuição de recursos de custeio e de capital.

As primeiras metodologias utilizadas foram no Reino Unido (metodologia RAWP) na década de 1970, seguidas por várias outras, a seguir sumarizadas.

Modelo britânico (RAWP)

O sistema de saúde inglês é um dos precursores da universalização da cobertura assistencial. Ainda em 1944, antes mesmo da implantação do National Health Service, em 1948, entre seus princípios básicos constavam: cobertura universal tanto dos serviços assistenciais como dos preventivos; proporcionalidade no financiamento em função da capacidade de pagamento; igualdade na oportunidade de acesso a serviços; distribuição geográfica eqüitativa de recursos físicos e financeiros (Whitehead, citado em Porto, 2002, p. 18).

Na década de 1970 foi elaborado o RAWP – Resource Allocation Working Party (Grupo de Trabalho para a Alocação de Recursos), que distinguiu diferentes critérios para orientar os gastos em saúde (de custeio e de investimentos), buscando que os recursos de investimentos conseguissem igualar a relação de leitos por habitantes nas diferentes regiões. Para a distribuição de recursos de custeio foram determinados critérios para sete itens de despesa:

a) *internações não psiquiátricas*: para a obtenção dos percentuais de distribuição para cada região, a população foi corrigida em função de três tipos de indicadores: sexo e idade; taxas de utilização observadas segundo causa básica (CID) e fluxos inter-regionais;

b) *internações psiquiátricas e de incapacitados mentais*: para a qual a população foi ajustada por sexo, faixa etária e estado civil; taxas de utilização esperada (excluindo a mortalidade); fluxo inter-regional e casos de longa duração;

c) *serviços ambulatoriais*: utilizou-se os mesmos critérios das internações não psiquiátricas, porém a população foi ajustada para 6 grupos etários;

d) *serviços de saúde coletiva*: a distribuição foi estimada a partir da população residente segundo faixas etárias sem distinção de sexo e a utilização estimada em cada faixa foi corrigida a partir das respectivas razões padronizadas de mortalidade (SMR – Standardised Mortality Ratios);

e) *serviços de ambulância*: a distribuição foi feita a partir das SMR globais, pois estudos anteriores demonstraram não haver variáveis de sexo e idade para esses serviços;

f) *custos administrativos*: somente base populacional, sem ajustes.

A RAWP utiliza critérios de necessidades regionais que incluem população ponderada pela taxa nacional de utilização dos serviços, pela idade e sexo e pela taxa de mortalidade regional padronizada (Côrtes et al., 2002, p. 124). Desde a sua implantação, muitos ajustes a essa metodologia já foram realizados, permanecendo como um dos principais métodos de avaliação sistemática de necessidades e o principal mecanismo para distribuição de recursos financeiros por região, conforme declaram Côrtes et al. (2002). Este método tem sido base para a orientação de diversos outros países dentro do Reino Unido: Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales; países da Europa: Espanha e Portugal; da África: Zâmbia e África do Sul; das Américas: Canadá, México e Brasil; da Oceania: Austrália e Nova Zelândia e da Ásia: Índia (Tobar et al., 2001).

Modelo escocês (SHARE)

Seguindo os princípios do método RAWP, o modelo escocês desenvolveu algumas adaptações para distribuição entre suas regiões:

a) distingue as internações não psiquiátricas e as internações obstétricas;

b) para o financiamento de serviços coletivos, não aplica a discriminação das SMR segundo causa, por não considerar significativa, usando a padronização apenas para

o grupo inferior a 65 anos, aplicando, ainda, um ajuste por dispersão geográfica da população;

c) não inclui como componente os incapacitados mentais;

d) no montante destinado a compensar fluxos inter-regionais de pacientes, distingue os custos particulares de cada especialidade classificando os hospitais em diferentes grupos dando diferentes valores a cada grupo.

Modelo SCRAW do País de Gales

Ainda seguindo a metodologia RAWP, o País de Gales incorpora as seguintes adequações:

a) para as internações não psiquiátricas, considera o custo médio anual ajustado por grupo etário, sexo e SMR global (não discriminado por causas);

b) para os serviços de ambulâncias, corrige a dispersão da população, segundo o fator: quilômetros/total de habitantes;

c) para cálculo da compensação inter-regional, usa uma amostra dos serviços realizados.

Modelo PARR da Irlanda do Norte

O modelo adaptado pela Irlanda do Norte resulta de uma combinação dos demais modelos do Reino Unido com uma inovação que merece destaque: a distribuição final. Uma vez somados todos os componentes, além de incorporar um ajuste por formação e por fluxo inter-regional de casos, o modelo agrega um ajuste por serviços especializados, em particular os serviços laboratoriais.

Modelo espanhol

A distribuição é feita com base populacional e cabe ressaltar que ainda que o Sistema Nacional de Saúde garanta acesso universal (1986), para o cálculo da distribuição são deduzidos os cidadãos com cobertura específica de seguros especiais (forças armadas, poder judiciário e outros); são também deduzidos dos repasses os montantes gastos com os serviços administrados pelo governo de forma centralizada.

Em 1995, foi proposto, conforme Tobar et al. (2001), uma metodologia distributiva embasada no método RAWP, porém com três diferenças: o modelo proposto não diferencia despesas de custeio e de capital; é aplicado apenas ao setor hospitalar; e permite uma combinação dinâmica e flexível da distribuição de recursos, de maneira que se podem simular diferentes combinações de variáveis com diferentes pesos e ponderações. As variáveis utilizadas são:

a) população;

b) gasto em saúde (incluindo as transferências do governo central e não incluindo os gastos correspondes ao das administrações territoriais);

c) taxa de utilização: número de leitos do setor público e privado diferenciando pacientes agudos e crônicos e trabalhadores (diferenciando médicos e enfermeiros);

d) mortalidade e níveis sócio-econômicos: utilizando a taxa de mortalidade padronizada e índice de Townsed.

Modelo italiano

O Plano Sanitário Nacional, do início da década de 1980, estabelecia distribuição embasada em dois tetos de recursos: teto histórico de cada região e teto teórico calculado em função de variáveis de necessidade. A implementação contemplava uma reforma gradual, garantindo às regiões o teto histórico por no máximo seis anos. A partir de então só haveria o teto teórico embasado em um per capita ajustado segundo: idade (agrupada em três grupos), taxa de mortalidade infantil e doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e mortalidade de idosos.

Em 1985, foi definido um novo modelo de distribuição que distinguiu os componentes relacionados com funções de saúde: serviços hospitalares, serviços ambulatoriais e programas de higiene e prevenção.

Modelo mexicano

Em 1996, foi desenvolvida uma fórmula de distribuição que contemplava tanto a eqüidade como a eficiência. Porém, devido à ausência de informações sobre desempenho, foi decidido o uso apenas do critério de eqüidade. Passou, assim, a distribuir recursos para os estados por meio da distribuição per capita ajustada por:

a) condições de saúde: mediante uso da taxa de mortalidade infantil – indicador sensível para as condições de pobreza, representativo para os atrasos de saúde que pretende corrigir e com registros confiáveis no país;

b) dificuldade de oferecer serviços: foi medida com o índice de marginalização do Consejo Nacional de Población (Conapo) que também dá conta da capacidade estatal de apoiar com recursos próprios os serviços de saúde.

Modelo brasileiro

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90), conforme o previsto na Constituição Federal, dispõe sobre os princípios e as diretrizes para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim como sobre a organização e o funcionamento dos serviços. Essa lei registra alguns dos conceitos que devem ordenar o sistema de saúde brasileiro: universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os âmbitos de assistência; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; e conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e de pessoal da União, Estados, Distrito Federal e Municípios na prestação dos serviços de assistência à saúde da população.

Na Lei Orgânica da Saúde são estabelecidos os critérios de financiamento do Sistema de Saúde. O artigo 35 afirma em seu parágrafo primeiro que:

a) metade dos recursos destinados a Estados e municípios serão distribuídos segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio;

b) metade dos recursos destinados a Estados e municípios serão distribuídos de acordo com:

b.1) perfil demográfico da região;

b.2) perfil epidemiológico da população a ser coberta;

b.3) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

b.4) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

b.5) níveis de participação da saúde nos orçamentos estaduais/municipais;

b.6) previsão do plano qüinqüenal de investimentos na rede;

b.7) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

A legislação brasileira prevê, ainda, que nos casos de regiões sujeitas a notório processo de migração, os indicadores demográficos deverão ser ponderados por outros critérios de densificação populacional. Apesar das grandes discussões e avanços nas questões relativas à distribuição de recursos e à busca de fórmulas mais justas, ainda são muitos os problemas de implementação, seja porque não existem adequadas informações disponíveis, seja porque não é tarefa fácil a de alterar a correlação de forças presente no interior da sociedade.

Questões relevantes sobre o processo orçamentário

O processo orçamentário no Brasil é regulamentado pela Constituição Federal, pela

Lei 4.320/64 e pelas leis orgânicas dos estados e municípios. A Lei 4.320, de 17 de março de 1964 estabeleceu alguns princípios que os orçamentos públicos devem seguir: o princípio da **unidade**, ou seja, deve existir apenas um documento, da **anualidade**, o orçamento deve ser anual e da **universalidade**, todas as receitas e despesas devem fazer parte do orçamento. Outros princípios são complementares, como a **não vinculação das receitas**, ou seja não pode haver vinculação de uma receita com um gasto determinado, a **exclusividade**, o orçamento deve tratar apenas de questões orçamentárias e a **discriminação ou especificação**, a origem e destinação dos recursos deve ser dara no orçamento.

O Executivo é responsável pela elaboração da proposta orçamentária e seu encaminhamento para o legislativo nos prazos definidos nas Constituições Nacional e Estadual e nas Leis Orgânicas dos municípios. Assim, no Brasil existe um ciclo orçamentário, com as seguintes etapas:

I. Elaboração do plano plurianual;
II. Elaboração da lei de diretrizes orçamentárias;
III. Elaboração da proposta de orçamento e apresentação ao legislativo;
IV. Discussão e votação pelo legislativo e sanção pelo executivo;
V. Execução do orçamento;
VI. Avaliação dos resultados e aprovação das contas.

O orçamento faz parte da programação e controle do processo administrativo, assim o conceito de orçamento – programa faz com que reflita a proposta de trabalho do governo para o período de um ano. Os programas devem ser definidos e expressos em termos físicos e financeiros.

O orçamento é composto de Receitas que são classificadas quanto à instituição, à natureza e quanto às fontes de recursos. E das Despesas que são classificadas quanto à instituição, a funcional - programática e à sua natureza.

As ações do governo são agrupadas em funções, representam o maior nível de agregação das informações. As funções se desdobram em programas que fazem a

integração entre os planos e o orçamento. Os programas são desdobrados em subprogramas que são os projetos[6] e atividades[7]. Estes, por sua vez, se desdobram em subprojetos e subatividades que são o menor nível de programação.

Classificações orçamentárias

a) *Receita***:** deve constar uma estimativa das receitas para o exercício. As receitas são classificadas quanto à instituição, à natureza (ou categoria econômica) e quanto às fontes de recursos:

a.1) *instituição*: classifica o destino conforme o órgão, instituição ou unidade orçamentária onde está prevista sua utilização;

a.2) *categorias econômicas* (ou sua natureza): classifica, conforme o uso das receitas, em Correntes[8] e de Capital[9];

a.3) *fontes*[10]: classifica, conforme a origem dos recursos, em correntes e de capital.

b) *Despesa*: considera a categoria econômica, o grupo a que pertence, a modalidade de aplicação e o elemento de despesa[11]. A despesa é o gasto dos recursos públicos e pode ser classificada quanto à instituição, à funcional-programática e à natureza:

b.1) *institucional*: identifica o órgão e a unidade orçamentária onde foi

[6] Um projeto é um conjunto de operações limitadas no tempo, das quais, normalmente, resultam produtos quantificáveis física e financeiramente, que concorrem para a expansão ou para o aperfeiçoamento da ação governamental (Manual do Orçamento da União, 1994).
[7] As Atividades são o "conjunto de operações, que se realizam de modo contínuo, concorrendo para a manutenção da ação do governo, com resultados que geralmente podem ser medidos quantitativamente ou qualitativamente" (Manual do Orçamento da União, 1994).
[8] "São Receitas Correntes as receitas tributárias, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes" (Lei 4.320/1964).
[9] "São Receitas de Capital as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão em espécie de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o superávit do Orçamento Corrente" (Lei 4.320/1964).
[10] No Anexo 2 temos um exemplo de classificação orçamentária conforme as fontes.
[11] No Anexo 4 , a codificação para classificar a despesa.

realizada a despesa;

b.2) *funcional-programática*: classifica a despesa por função, programa, subprograma, atividade e projeto. A Lei 4.320/1964 e as portarias que a regulamentam definem as funções, programas e subprogramas aos quais os orçamentos devem se adequar. No entanto, permitem que sejam criados atividades e projetos conforme as necessidades de cada local;

b.3) *natureza*: a classificação econômica da despesa é feita conforme o objeto do gasto. São duas as classificações da despesa quanto a sua natureza: despesas correntes e de capital. Essas duas se subdividem em diversas subcategorias econômicas e em elementos e sub-elementos de despesa (Anexo 3).

Execução orçamentária

A Lei 4.320/1964 prevê que após a promulgação da Lei de Orçamento e com base em suas diretrizes o executivo deve aprovar um quadro com quotas trimestrais de despesa que cada unidade orçamentária fica autorizada a executar.

Controle e acompanhamento orçamentário

O controle da execução orçamentária deve ser uma preocupação de todo gestor que busca eficiência na realização de suas atribuições. No caso, somente por intermédio do controle e acompanhamento da execução do orçamento é possível planejar as ações.

Créditos adicionais

Os créditos suplementares e os especiais são autorizados por lei e abertos por decreto do executivo. Dependem da existência de recursos disponíveis que podem ser oriundos: de superávit, do exercício anterior; por excesso de arrecadação; por anulação parcial ou total de dotações orçamentárias ou por créditos adicionais autorizados em lei e por operações de crédito autorizadas. Serão créditos adicionais as autorizações de despesas não computadas ou insuficientemente dotadas na Lei de Orçamento" (Lei 4.320/1964). Os créditos adicionais classificam-se em:

a) *suplementares*: destinados ao reforço de dotação orçamentária;

b) *especiais*: destinados à despesa para as quais não haja dotação orçamentária específica;

c) *extraordinários***:** os destinados a despesas urgentes e imprevistas, como em casos de guerra, comoção intestina ou calamidade pública.

Avaliação econômica

Segundo alguns teóricos representados principalmente pelos Cepalinos[12], o principal obstáculo para o desenvolvimento é a escassez de recursos financeiros para financiar a industrialização, devido às baixas taxas de poupança e investimento. Chamamos a este processo de "círculo vicioso da pobreza". Para suprir esta falta, o setor público deveria intervir no setor produtivo por intermédio dos organismos de financiamento para promover o desenvolvimento. Mostrando-se como um instrumento de gestão e informação qualificada, a avaliação econômica ganha impulso na década de 1950, pela necessidade de conhecer o impacto dos projetos desenvolvimentistas na realidade e priorizar o financiamento daqueles com maior retorno para o conjunto da sociedade.

A avaliação econômica é sempre uma análise comparativa entre diferentes alternativas e considera os custos e os resultados, nesta medida faz parte do processo de planejamento. Podemos dizer que uma das potências da avaliação é a de verificar se as metas e objetivos, estabelecidos previamente, foram alcançados.

O financiamento privado segue regras diversas do financiamento público, no primeiro caso, são exigidas garantias reais, bens da empresa ou do empresário e a preocupação principal não é com os possíveis impactos do projeto, mas com a capacidade do empresário garantir o retorno, com juros, dos recursos financeiros emprestados.

[12] Os cepalinos se perfilam com a comissão regional da Organização das Nações Unidas que se dedica a estudar o desenvolvimento econômico para a região latino-americana. A Cepal é a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

O financiamento público, por sua vez, assume diferentes contornos, pode ser feito de maneira indireta pelas isenções de impostos ou diretamente por meio dos financiamentos com baixas taxas de juros, viabilizados pelas agências de fomento. Mas como os recursos financeiros disponíveis são limitados é necessário selecionar os projetos de maior impacto. Existem alguns métodos que podem ser utilizados para avaliar a rentabilidade privada e pública dos recursos, tais como:

Método da rentabilidade financeira

O método da rentabilidade financeira avalia a rentabilidade *privada,* considera a garantia do retorno do financiamento e capital próprio empregado, o impacto positivo sobre o emprego de mão de obra, recursos naturais nacionais e poupança de divisas.

Para medir a **rentabilidade privada ou mérito financeiro de projetos em termos correntes ou sem atualização monetária** pode ser usado o **método da rentabilidade simples**, neste caso, divide-se lucro médio anual estimado do projeto, de um ano considerado representativo, pelo valor total do investimento, obtendo-se assim o valor de recuperação dos recursos para cada unidade de investimento, permitindo escolher, entre distintos projetos, aquele de maior lucratividade (Buarque, 1984). Pode ser calculada também em relação ao investimento total, capital próprio ou financiamento e pode-se considerar o lucro antes ou depois das despesas. O seu maior problema é considerar que o lucro será constante durante todo o período e não considerar o fator tempo, desta forma projetos com a mesma rentabilidade e com diferentes prazos para o retorno teriam a mesma avaliação. No entanto, o investidor iria preferir o projeto que permite o retorno dos recursos antes.

Também pode ser usado o **tempo de retorno do capital,** ou seja, o tempo necessário para recuperar o capital investido. Não leva em consideração a vida útil do projeto, apenas o tempo para recuperar o capital. E, ainda, pode-se avaliar a rentabilidade usando o **método do total de lucros líquidos em relação ao total dos investimentos,** neste caso o total dos lucros líquidos anuais é dividido pelo total investido. Considera o projeto em toda a sua vida útil. A desvantagem é não considerar a preferência dos investidores de recuperar o capital nos primeiros anos do projeto (Buarque, 1984).

Para medir a **rentabilidade ou mérito de projetos em termos atuais ou com atualização monetária** são comparados os valores monetários em períodos de tempo diferentes, considerando a preferência do investidor de obter o retorno de seu investimento antes. Este método é útil também para comparar projetos com diferentes fluxos de retorno de capital.

O **método do Valor Atual Liquido – VAL** usa a taxa de desconto para comparar o fluxo de receitas (benefícios) e despesas do projeto durante a sua existência. A taxa de desconto é o custo de oportunidade ou custo financeiro do capital que está empregada neste projeto e não pode ser investida em alternativa. É um valor externo ao projeto, aquele da melhor aplicação alternativa dos recursos, como por exemplo a taxa de juros dos títulos do governo. O Valor Atual Líquido representa o retorno líquido atualizado, gerado pelo projeto. O projeto será rentável se a VAL das receitas for maior que a VAL das despesas, dada uma mesma taxa de desconto (Buarque, 1984).

A **Taxa Interna de Retorno – TIR**, ou a taxa de atualização que iguala a zero o fluxo de recursos do projeto, representa a rentabilidade média do capital durante o período de realização do projeto. Permite comparar projetos entre si e com a rentabilidade geral da economia. O cálculo da TIR é feito por sucessivas tentativas de identificação da taxa de desconto do projeto. Sua vantagem é não usar variáveis externas ao projeto.

A **Taxa Interna de Retorno Financeiro – Tirf** é usada como principal indicador de mérito privado dos projetos. Deve ser comparada com o custo financeiro do dinheiro no país, ou seja, o custo de oportunidade do capital – COC.

Método da rentabilidade econômica

Os projetos devem ser ordenados conforme a sua capacidade para contribuir com os objetivos macroeconômicos da nação.

Para a determinação do mérito econômico são analisados os custos e benefícios gerados pelo projeto e as possibilidades de obter melhores resultados em projetos alternativos. O resultado de um projeto do ponto de vista da coletividade considera o

resultado financeiro (mérito financeiro ou rentabilidade privada) e o mérito econômico (rentabilidade econômica) que trata do impacto do projeto com relação a geração de emprego, uso de recursos naturais nacionais e poupança de divisas. Para o financiamento público de projetos não é fundamental o mérito financeiro ou rentabilidade privada. Alguns casos de projetos realizados pelo setor público podem não ter necessariamente mérito privado, é o caso de projetos em infra-estrutura.

As avaliações do **Mérito ou Rentabilidade Econômica** procuram determinar os efeitos do projeto para o conjunto da economia. Os benefícios e custos são valores econômicos e não privados ou de mercado.

A **Pontagem** atribui pontos aos projetos em função de sua possibilidade de criar efeitos positivos sobre os objetivos do desenvolvimento da nação.

A **Taxa Interna de Retorno Econômico (Tire)** analisa os fluxos de entrada e de saída de recursos do ponto de vista da economia em geral. Todos os benefícios e custos do projeto são analisados em relação a coletividade, e não apenas em relação ao empresário. Neste caso, é necessário transformação dos custos do ponto de vista da empresa, em custos do ponto de vista econômico, pois alguns deles não representam custos, se analisados do ponto de vista da economia como um todo. O pagamento de salários representa custos para o empresário, mas a criação de empregos é um beneficio à sociedade e, neste caso, não podem representar um custo econômico em sua totalidade.

Como transformar os valores privados dos orçamentos dos projetos em seus valores econômicos? Por meio do que chamamos de **Preço Sombra** que é o valor que a sociedade atribui aos insumos e produtos do projeto. “Isto é, um preço calculado para adaptá-lo aos verdadeiros custos que o uso desses recursos representa, não para os empresários, mas para toda a coletividade” (Buarque, 1984). O valor do tempo, dos recursos esgotáveis e lucros no futuro distante mudam se observados do ponto de vista do empresário ou da coletividade. Por exemplo, quando uma fábrica de papel necessita de madeira e compra um bosque por determinado valor, este é o custo privado para o empresário. O custo econômico é o custo para a sociedade que deixa de usar o bosque. A falta de sombra pela sua destruição, a falta de combustível, a possibilidade de erosão, os problemas ecológicos etc..

Alguns custos não incidem sobre o orçamento privado, mas incidem sobre o orçamento da sociedade. Os custos privados sofrem transformações quando são valorados em termos econômicos.

Para transformar o fluxo financeiro em fluxo econômico é necessário:

a) eliminar as transferências que indicam apenas a troca de controle sobre os recursos entre os membros da sociedade;

b) ajustar os preços do projeto transformando os valores de mercado em valores econômicos, ou seja, determinando o custo de oportunidade econômica para a sociedade dos insumos do projeto (Buarque,1984);

c) excluir gastos financeiros, depreciação, impostos e subsídios que são apenas transferências;

d) ajustar o fluxo de investimentos, utilizando o preço internacional livre de tarifas e subsídios ou o preço de mercado expurgadas as transferências ou ainda o custo de oportunidade;

e) ajustar a taxa de câmbio, estabelecer o custo de oportunidade da moeda;

f) incluir as externalidades;

g) incluir os custos intangíveis;

h) incluir o mérito social, que avalia a capacidade distributiva do projeto, diferentemente do mérito privado e econômico que não consideram a divisão da sociedade em classes sociais com rendas diferenciadas.

Apesar das dificuldades inerentes ao processo de avaliação econômica, cada vez mais se mostra necessária a utilização de alguma metodologia para selecionar onde serão alocados os escassos recursos disponíveis na sociedade.

Métodos de avaliação de custos

Dentre os métodos de avaliação econômica, se destacam os métodos de avaliação de custos, os mais importantes serão apresentados a seguir:

a) *Custo Mínimo* (ACM): compara duas alternativas de projetos que tenham o mesmo resultado, buscando a alternativa mais barata, muitas vezes é chamado apenas de **análise de custos.** Pode ser usado para escolher entre a realização de pequenas cirurgias em hospital ou ambulatório, para isso é preciso comparar o mesmo número de cirurgias realizadas com o mesmo sucesso e escolher o método de menor custo.

b) *Custo Efetividade* (ACE): definido um objetivo, compara os custos de diferentes projetos, escolhendo o de menor custo. Os custos são expressos em unidades monetárias e os resultados em unidades físicas de "conseqüência" (anos de vida ganho, casos detectados), é usado quando os benefícios são de difícil monetarização, como por exemplo, para a definição de qual a melhor alternativa para o prolongamento da vida depois de falha renal: transplante ou diálise?

c) *Custo Benefício* (ACB): avalia sistematicamente todos os custos e benefícios associados as diferentes alternativas possíveis de ação, determinando qual maximiza a diferença entre benefícios e custos. Neste caso, os benefícios e custos são avaliados em termos monetários. Por exemplo, para a escolha entre o tratamento psiquiátrico hospitalar ou ambulatorial é necessário considerar também os ganhos em termos de qualidade de vida dos pacientes, assim, o custo direto do tratamento ambulatorial pode ser maior, mas os ganhos dos pacientes, que com tratamento ambulatorial podem estar empregados e levando uma vida mais feliz, leva a escolher o tratamento ambulatorial como o maior custo benefício.

d) *Custo Utilidade* (ACU): mede o efeito de uma ação em termos de utilidade, ou seja, do valor para o indivíduo e para a sociedade. Os resultados são expressos em termos de custo por dia saudável ou anos de vida ajustado pela qualidade, não implica em monetarização dos benefícios. Como por exemplo, em caso de dois indivíduos um escritor e outro pintor, caso venham a sofrer fratura de um braço a forma de valorar o mesmo sofrimento será diferente entre esses indivíduos.

A avaliação de custos, no entanto, depende da existência de informação adequada e da busca da realização sistemática de levantamento de dados que suportem estas análises. Sem estas informações, apenas é possível realizar estudos pontuais que irão mostrar uma fotografia de importantes momentos da realidade. O que se busca é que estudos sejam capazes de incentivar o monitoramento e a constante avaliação dos serviços para que com o melhor gerenciamento dos recursos escassos seja possível construir uma sociedade mais justa.

Referências

BARROS, Pedro Pitta. *Economia da saúde e comportamentos.* Coimbra: Almedina, 2005.

BUARQUE, Cristóvam. *Avaliação econômica de projetos.* Rio de Janeiro: Campus, 1984.

CÔRTES, Soraya, DRACHLER Maria de Lourdes e CASTRO, Janice Dornelles de. Definindo prioridades para a gestão pública: metodologia da pesquisa avaliativa de desigualdades sociais em saúde no Rio Grande do Sul. In: FERLA, Alcindo Antônio e FAGUNDES, Sandra, *Tempo de inovações*: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa; Escola de Saúde Pública/RS, 2002, p. 123-132.

DACHS, Norberto. Inequidades en salud: como estudiarlas. In: RESTREPO, H. e MALAGA, H. *Promoción de la salud*: como construir vida saludable. Bogotá (CO): Editorial Médica Panamericana, 2001.

DONALDSON, Cam e GERARD, Karen. *Economics of health care financing*: the visible hand. London: McMillan Press, 1993.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de política pública no Brasil. *Planejamento e políticas públicas*, Brasília: Ipea, v. 21, 2000, p. 211-259.

GUARESCHI, Neuza et al.. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: STREY, Marlene N.; AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de e JAEGER, Fernanda Pires (org.). *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

HOFFMANN, Rodolfo. *Estatística para economistas*. 3 ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos do Cedes* (Campinas), v. 21, n. 55, nov 2001, p. 30-41. [política educacional]

McGUIRE, Alistair; HENDERSON, John B. e MOONEY, Gavin. *The economics of*

health: an introductory text. London: Rout Ledge and Kegan Paul, 1992.

MENDES, Áquilas e MARQUES, Rosa (Rel.). Conceitos e instrumentos da economia da saúde e da epidemiologia nos estudos das desigualdades: relatório da oficina. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA (5.: 2002: Curitiba). *Anais*... Curitiba: Abrasco, 2002.

OFFE, Claus. Algumas contradições do Estado social moderno. Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. *Tempo Brasileiro,* Rio de Janeiro, 1991.

OFFE, Claus e LENHARDT, Gero. Teoria do Estado e política social: tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social. Problemas estruturais do Estado capitalista. *Tempo Brasileiro,* Rio de Janeiro, 1984.

PELEGRINI, Maria Lectícia Machry de; CASTRO, Janice Dorneles de e DRACHLER, Maria de Lourdes. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciência e saúde coletiva, v.10, n.2, p. 275-280, 2005. [As autoras respondem – p. 296-297].

PIOLA, Sérgio Francisco e VIANNA, Sólon Magalhães (org.). Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde. Brasília: IPEA, 2002.

PORTO, Silvia Marta. Equidad y distribuición geografica de recurso financeiros en los sistemas de salud. Caderno s de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 939-957, 2002.

SANTOS, Raul Cristovão. De Smith a Marx: a economia política e a marxista. In: PINHO, Diva Benevides e VASCONCELLOS, Marco Antônio S. *Manual de economia.* 5 ed. São Paulo : Saraiva, 2005.

SOUZA, Nali de Jesus. *Curso de economia.* São Paulo: Atlas, 2000.

SOUZA, Nali de Jesus. *Desenvolvimento Econômico.* 5 ed. São Paulo: Atlas, 2005

TOBAR, Federico; MONTIEL, Letícia; GAYA, Raúl e MARTINEZ, Ernesto. Modelos equitativos de distribución de recursos sanitarios. Resultado parcial proyecto de investigación: propuesta para um modelo de federalismo sanitario en Argentina. Buenos Aires, 2001.

VASCONCELLOS, Marco Antônio e GARCIA, Manuel. *Fundamentos de economia.* São Paulo: Saraiva, 2001.

Anexos

Anexo 1: Medidas de desigualdade

Inventário de medidas que resumem a magnitude das desigualdades sócio-econômicas em saúde (morbidade e mortalidade são aplicados reciprocamente)		
Técnica de medida básica		
Indicador	Referência	Interpretação
Razão de baixo x alto SSE (Status Sócio-Econômico)		
Grupos extremos	Towsend, 1988 (Black Report) Kagamimon, 1983 Leclerc, 1984	Taxa de morbidade do gupo socio-ecnômico mais baixo como razão do grupo mais alto
Grupos amplos	Valkonen, 1990 Vagero 1989	Taxa de morbidade do grupo amplo como razão do grupo com alto SSE
Percentis	Wilkins, 1989 Carr-Hill, 1990	Taxa de morbidade em quintil (decil, vintil) o mais baixo como razão do mais alto SSE
Correlação e regressão		
Coeficiente de correlação	Winkleby, 1992	Correlação entre taxa de morbidade x SSE
Regressão sobre SSE	Valkonen, 1989 Kunst, 1994	Aumento da taxa de morbidade por incremento de uma unidade de SSE
Regressão sobre percentil cumulativo (índice relativo de desigualdade; índice de inclinação de desigualdade)	Pamuk, 1985 e 1988 Kunst, 1994,1992 e1994	Razão de taxas de morbidade ou diferença entre pessoas menos e mais favorecidas
Regressão sobre valores -Z	Minder, 1991	Diferença de taxas de morbidade entre o grupo com taxas mais baixas e mais altas que a taxa de morbidade média (vezes 0,5)
Coeficiente tipo Gini		
Coeficiente pseudo-Gini	Leclerc, 1990	0 = não há diferença de morbidade entre grupos 1= toda a má situação de saúde ocorre em apenas uma pessoa
Índice de concentração	Wagstaff, 1990	0 = não há diferença de morbidade associada com SSE 1/+1 = toda a má situação de saúde ocorre em uma só pessoa
Outros		
Risco atribuível populacional	Leon, 1992 Mackenbach, 1992 Yeracacis, 1978	Redução percentual da morbidade geral se todas as pessoas alcançassem a morbidade do grupo mais alto do SSE
Índice de similaridade	Koskinen, 1988 Pappas, 1993 Mackenbach, 1993	Percentual da morbidade geral que deve ser redistribuída para que todos os grupos tenham a mesma taxa

Fonte: Dachs, 2001.

Anexo 2: Classificação das receitas conforme as fontes

1.0.0.0.0.0.00 Receitas Correntes
1.1.0.0.0.0.00 Receitas Tributárias
Impostos
Taxas
Contribuições de Melhoria
1.2.0.0.0.0.00 Receitas de Contribuições

1.3.0.0.0.0.00 Receita Patrimonial
1.4.0.0.0.0.00 Receita Agropecuária
1.5.0.0.0.0.00 Receita Industrial
1.6.0.0.0.0.00 Receita de Serviços
1.7.0.0.0.0.00 Transferências Correntes
1.8.0.0.0.0.00 Outras Receitas Correntes
2.0.0.0.0.0.00 Receitas de Capital
2.1.0.0.0.0.00 Operações de Crédito
2.2.0.0.0.0.00 Alienações de Bens
2.3.0.0.0.0.00 Amortizações de Empréstimos
2.4.0.0.0.0.00 Transferências de Capital
2.5.0.0.0.0.00 Outras Receitas de Capital

Anexo 3: Código para a classificação da natureza da despesa, constituído por seis algarismos

1? - indica a categoria econômica da despesa;
2? - indica o grupo da despesa;
3? /4? - indicam a modalidade da aplicação;
5? /6? - indicam o elemento de despesa.

Anexo 4: Código para a classificação da despesa

3.0.0.0.00 Despesas Correntes (categoria econômica)
3.1.0.0.00 Despesas de Custeio (subcategoria econômica)
3.1.1.0.00 Pessoal (elemento de despesa)
3.1.1.1.00 Pessoal Civil (subelemento de despesa)
3.1.1.1.01 Vencimentos e Vantagens Fixas (desdobramento)
3.2.0.0.00 Transferências Correntes (subcategoria econômica)
4.0.0.0.00 Despesas de Capital (categoria econômica)
4.1.0.0.00 Investimentos (subcategoria econômica)
4.2.0.0.00 Inversões Financeiras (subcategoria econômica)
4.3.0.0.00 Transferências de Capital (subcategoria econômica)

2.2.1. Literatura técnico-científica em Economia da Saúde: seleção indicativa para estudo, com resumos

Janice Dornelles de Castro
Maria Lectícia Machry de Pelegrini

Reunimos, a seguir, um rol de textos e documentos de suporte àqueles que tensionam aproximar-se do estudo em Economia da Saúde. O elenco oferecido não esgota autores ou veículos de publicação, tampouco seleciona períodos específicos de tempo, sua função é simplesmente indicativa. Para todos os títulos, foram privilegiados os resumos com que foram divulgados na literatura técnico-científica. Os títulos foram apresentados pela classificação alfabética ascendente, segundo a identificação bibliográfica da autoria.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS passo a passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo/Sobral: Hucitec/Edições UVA, 2001. 279p.

Revisão sobre as origens do sistema brasileiro de saúde até a formação do SUS e sua regulamentação, com enfoque ao financiamento. Faz importante análise comparativa das diferentes Normas Operacionais que orientaram o financiamento do sistema.

BANCO MUNDIAL. **Brazil Governance in Brazil's Unified Health System (SUS)**. Fevereiro, 2007, Washington, USA.

Analisa a alocação, a "gestão e planejamento" e a execução orçamentária dos gastos públicos em todas as esferas, inclusive nos prestadores de saúde do setor privado. Faz importante discussão sobre os gastos públicos, tentando avaliar a ineficiência destes gastos, e a capacidade de manter os mesmos com a equidade, a partir da implementação do Sistema Único de Saúde.

BARROS, Elizabeth Diniz de. **Financiamento do sistema de saúde no Brasil**: marco legal e comportamento do gasto. Série Técnica do Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003.

Texto recupera pontos fundamentais do financiamento do sistema de saúde de forma clara e breve, constituindo-se numa excelente fonte sobre os aspectos mais importantes do SUS. Faz análise critica deste financiamento principalmente de seu período mais recente.

BARROS, Pedro Pita. **Economia da saúde: conceitos e comportamentos**. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

Apresenta questões relevantes da questão econômica e alguns temas escolhidos sobre a realidade portuguesa. Pretende introduzir o leitor a forma de pensar do economista aplicado aos problemas do setor da saúde.

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvo José. **Gestão de custos e resultado na saúde**. São Paulo: Saraiva, 1997.

Os autores explicam a teoria da gestão de custos e resultados na saúde e oferecem exemplos práticos para o alcance de equilíbrio financeiro nas instituições.

CASTRO, Janice Dornelles de. **Regulação em saúde**: análise de conceitos fundamentais. Sociologias, Porto Alegre, v.1, n.7, p.122-135, 2002.

As atribuições do Estado relativas ao assegurar o direito de acesso aos cuidados de saúde ampliaram-se após a promulgação da Constituição Federal de 1988 que introduziu a garantia do acesso universal e integral. Além disso, a efetiva política de descentralização das ações de saúde para estados e, principalmente, para os municípios gerou a necessidade

de debater sobre responsabilidades e atribuições dos diferentes níveis de governo, dos cidadãos, do Estado e dos setores público e privado. Por fim, as políticas públicas voltadas à redução da intervenção do Estado na economia também trazem à tona essa questão polêmica.

CIÊNCIA e SAÚDE COLETIVA. **Economia e gestão da política de saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

Volume especial que atualiza o debate quanto às possibilidades de interação positiva entre a economia e a saúde coletiva na efetivação de uma gestão pública eficiente e eficaz do cuidado à saúde no novo ambiente da federação brasileira.

MÉDICI, André Cezar. **El desafio de la descentralizacion**: financiamiento público de la salud en Brasil. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2002.

O livro discute aspectos do quanto se gasta em saúde, como se distribuem esses recursos nas diferentes áreas geográficas e extratos sociais. Discute também temas como a concentração de gasto governamental dada a sua importância para a saúde pública. Tendo em vista a aplicação da teoria econômica e as informações disponíveis, oferece análise empírica, histórica e conceitual da década de 1990, mostrando aonde se chegou na luta por uma melhor saúde.

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. In: **Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS - Ministério da Saúde, 2003. v. 4, p. 71-102.

Apresenta os resultados de seis estudos de caso, organizados pela Organização Pan-

Americana da Saúde, por meio do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil, com o intuito de verificar a reação da gestão municipal, sob diferentes formas de adesão ao SUS, aos incentivos do PAB Variável e às transferências federais destinadas, entre outras, às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

NUNES, André; SANTOS, James Richard Silva; BARATA, Rita Barradas; VIANNA, Sólon Magalhães. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Opas-OMS-Ipea, Brasília. 2001.

A pesquisa divulgada neste livro, de iniciativa e patrocínio da Representação da Opas no Brasil, foi desenvolvida no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea com triplo escopo: desenvolver metodologia de monitoramento das desigualdades em saúde em diferentes dimensões e categorias de análise; avaliar a evolução dessas desigualdades nos primeiros dez anos do processo de construção do Sistema Único de Saúde; e estimular a realização de estudo similar nas esferas estaduais e municipais de governo.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólon Magalhães. **Economia da saúde**: conceitos para a gestão da saúde. Ipea, Brasília, 1995.

Constitui-se em referência "clássica" para a área de conhecimento da Economia da Saúde no Brasil. Aborda conceitos, fundamentos e relações entre a economia e a saúde, destacando aspectos macro e microeconômicos. Os principais temas tratados são: modelos de financiamento; incentivos econômicos que agem sobre o comportamento dos agentes profissionais de saúde e usuários; tendências do financiamento e da gestão em saúde; bases conceituais sobre demanda e necessidade em saúde; eqüidade e indicadores demográficos no campo da saúde; instrumentos de avaliação econômica.

PINHO, Diva Benevides; VASCONCELLOS, Marco Antonio (org). **Manual de**

economia. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

Apresenta as principais questões relativas à teoria econômica, seus principais pensadores e metodologia de análise.

TRAVASSOS, Cláudia Maria de Rezende; VIACAVA, Francisco; FERNANDES, Cristiano; ALMEIDA, Célia Maria de. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, Rio de Janeiro, 2000.

O consumo de serviços de saúde em função das necessidades e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde, bem como das formas de financiamento e dos serviços e recursos disponíveis para a população. A Constituição brasileira de 1988 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) com base na institucionalização da universalidade da cobertura e do atendimento. O Sistema é efetivamente implementado a partir em 1990 e pode ser traduzido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais. Estuda a eqüidade no uso de serviços de saúde a partir de duas dimensões: a geográfica e a social. Os dados utilizados são de pesquisas realizadas em 1989 e 1996-1997, pelo IBGE. Para avaliar as desigualdades geográficas no consumo de serviços de saúde foram calculadas taxas padronizadas de utilização de serviços. Comparou-se também a dimensão do gasto privado domiciliar com medicamentos e com planos de saúde. Para avaliar as desigualdades sociais, estimou-se a Razão de Odds para três grupos de renda e para as pessoas com e sem cobertura de plano de saúde. Observou-se pequena redução dos níveis de desigualdades no período analisado (1989-1996/1997), com o sistema de saúde atual mantendo-se caracterizado por marcadas iniqüidades.

RONCORONI, Aquiles Juan. La ética médica en el mundo del mercado: fidelidad hipocrática o fidelidad a la empresa. **Revista Argentina de Transfusión**, v. 26, n. 1, p. 53-61, 2000.

El avance de conocimientos y tecnología aumentó, entre 1920 y 1990, en 25 años la supervivencia media y también el gasto. Para contenerlo se aplicaron técnicas empresariales que consideran la salud como una mercancía, a los pacientes, "consumidores", y a los médicos "proveedores". Organizaciones ("gerenciadoras de salud") dirigidas por economistas, gestores de negocios y contadores lucran intermediando entre "consumidores" y "proveedores". Deciden cuándo, cuánto y cómo se gastará. Intervienen entre médicos y pacientes y han convertido una relación amistosa e interactiva en una relación conflictiva. Desde el paternalismo de la era del médico, pasando por la era del paciente hemos llegado a la del pagador. El médico es forzado a ignorar su responsabilidad fiduciaria y a someterse a los intereses económicos corporativos a través del racionamiento, sujeción a guías de práctica sin respetar la individualidad, selección de procedimientos subóptimos y evitando los pacientes ancianos, crónicos y/o complejos. La tecnología, de fácil control administrativo, sustituye a la labor intelectual del que escucha, entiende, examina, diagnostica y compadece. Su despreciada actividad lo obliga a expandir demasiado su lista de consultas y acota su relación con el paciente. La empresa se jacta de la calidad que brinda, ésta es el uso oportuno y adecuado de los recursos de hoy. La calidad del mañana depende de la búsqueda del progreso, sin ella la medicina pasa de la práctica de una profesión al desarrollo de un negocio. El centro médico-académico donde se enseña e investiga, la "cenicienta del Estado", es discriminado por su compromiso con la función fiduciaria, su incierto destino simboliza el desinterés por el desarrollo de la excelencia. El bienestar general de un país con más del 14% de desocupación y un tercio sin cobertura de salud exige instituir el seguro universal de salud.

VERAS, Renato. **O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e o privado**. Rio de Janeiro: Uerj, 2000. 24 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 211).

Este artigo se propõe a analisar a organização do setor da saúde, particularmente o setor privado, a partir das informações obtidas no estudo realizado pelo IBGE/Pnad sobre a utilização e o acesso dos serviços de saúde. A deficiência do modelo de atenção,

evidenciada com a ampliação da população idosa, é analisada, e são apresentadas informações sobre o consumo e o custo das "novas doenças", decorrentes do rápido processo de envelhecimento - as doenças crônicas -, e seu impacto na atual estrutura de assistência à saúde. Hospitais, equipamentos de alto custo e modo de captação da clientela são itens que fazem parte da análise e ratificam a hipótese discutida sobre o anacronismo do setor da saúde, na atual estrutura assistencial em nosso país.

OCKÉ-REIS, Carlos Octavio; SILVEIRA, Fernando Gaiger; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Avaliação dos gastos das famílias com assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, dez. 2002. 29 p. (Texto para Discussão, 921).

Avalia a natureza do gasto das famílias com assistência médica, em especial com planos de saúde - no marco do surgimento do atendimento e cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da leitura dos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), avalia a magnitude e a distribuição dos gastos nos anos de 1987 e 1996. Enfatiza a avaliação do gasto com "seguro-saúde e associação de assistência", isto é, com os planos de saúde - dando especial atenção aos resultados encontrados para os estratos de renda inferior e intermediário. Observa que: houve uma redução do gasto total com assistência à saúde das famílias, seguindo a redução do gasto "per capita"; as maiores reduções ocorreram nos estratos situados no topo da distribuição de renda; ocorreu um aumento expressivo do gasto total com planos de saúde, em torno de 74%, alcançando R$ 4 bilhões em 1996; os gastos estavam concentrados na região Sudeste; os gastos com assistência à saúde em relação ao PIB caíram de 2,24% para 1,66%; e existe um alto grau de concentração da distribuição dos gastos com assistência à saúde.

PINHEIRO, Ivan Antônio; MOTTA, Paulo César Delayti. A condição de autarquia especial das agências reguladoras e das agências executivas e as expectativas sobre a qualidade da sua gestão. **Revista Brasileira de Administração Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 459-

483, 2002.

Traz ao debate a seguinte questão: as agências reguladoras (AR) possuem a necessária independência e a autonomia para o pleno exercício das suas atividades? Uma tentativa de resposta surge a partir da análise e da discussão dos elementos da arquitetura (a natureza jurídica, a designação e a atuação do corpo dirigente, a questão orçamentária e os contratos de gestão) que os autores acreditam configurem a condição de "autarquia sob regime especial", que identifica as agências reguladoras com atuação no âmbito nacional. O estudo demonstra que são múltiplos os desenhos abrigados sob a denominação genérica de "autarquia sob regime especial", impedindo, assim, qualquer tentativa de inferência generalizada quanto à eficiência, à eficácia e à efetividade das AR, seja quanto à qualidade da gestão interna, seja no que se refere à atuação externa dessas entidades.

CARÂP, Leonardo Justin; CREPALDI, Ricardo; NAVARRO, Andréia. Proposta de modelo de acreditação para operadoras privadas de planos de saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 285-312, 2003.

Propõe a constituição de um modelo de acreditação de operadoras privadas de planos de saúde como forma de diminuir as imperfeições informacionais deste mercado. Procede ao levantamento e análise das bases filosóficas e metodológicas dos modelos de avaliação dos sistemas de saúde norte-americano e canadense: o primeiro, por representar o mercado de saúde que se tenta implantar e sedimentar no Brasil; o segundo, por suas características de valorização do ser humano, de suas necessidades, expectativas e desejos, pelo reconhecimento da importância dos trabalhadores do setor e também por adotar conceitos "donabedianos" no estabelecimento de suas dimensões qualitativas, reconhecidos e utilizados no Brasil como referência e nos quais se podem basear as ações da ANS para formulação de políticas para o setor.

OCKÉ REIS, Carlos Octavio; SILVEIRA, Fernando Gaiger; ANDREAZZI, Maria de

Fátima Siliansky de. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 859-897, 2003.

O objetivo deste artigo é avaliar a natureza do gasto das famílias com assistência médica, em especial com planos de saúde no marco do surgimento da universalização do atendimento e cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outras palavras, a partir da leitura dos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), onde se identificam as estruturas de gasto, receita e poupança das famílias, avaliamos, de forma descritiva e analítica, a magnitude e a distribuição dos gastos nos anos de 1987 e 1996. Em particular, enfatiza a avaliação do gasto com "seguro-saúde e associação de assistência", isto é, com planos de saúde dando especial atenção aos resultados encontrados para os estratos de renda inferior e intermediária.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. **Physis** – revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003.

Este texto procura extrair, da heterogeneidade apresentada pelo setor privado em saúde, no Brasil, o dado qualitativamente novo dos anos 1990, bem como os desafios da nova dinâmica desse setor, especialmente em sua relação com o Estado. Apresenta uma introdução, apontando elementos considerados essenciais para a compreensão das mudanças ocorridas no setor da saúde. Nessa perspectiva, localiza as mudanças no quadro de referência do modelo econômico adotado pelo país, nos anos 1990, com foco nos desenvolvimentos vinculados aos ditames da globalização produtiva e, sobretudo, financeira. Em seguida, na segunda e terceira seções, são apresentadas as principais mudanças no interior do setor privado em saúde, quanto à demanda, oferta e suas inter-relações. Finalmente, a guisa de epílogo, são apresentados alguns dos desafios interpostos na relação entre os provedores e os consumidores de atenção à saúde, dita suplementar, ou a assistência à saúde.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. **Revista Brasileira de Administração Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 189-200, 2003.

Discute as noções de público e privado como dimensões no campo da saúde, nos serviços pertencentes aos setores público e privado. Assume que nunca existirá, por exemplo, um serviço totalmente público, ainda que se trate do setor estatal; nem, tampouco, um serviço absolutamente privado, mesmo que seja um serviço lucrativo. Analisa como o planejamento em saúde lidou com esses conceitos durante a década de 1990 e as conseqüências práticas daquelas abordagens. Propõe a incorporação de novas categorias de análise e intervenção para a área de planejamento em saúde que lhe permita sair do papel de disciplina de controle e enquadramento de profissionais e equipes, para transformá-la em instrumento que propicie graus maiores de compromisso com a produção de saúde e liberação da capacidade criativa de profissionais e equipes. Destaca, entre essas novas categorias, algumas vinculadas à gestão, organização do processo de trabalho e subjetividade.

PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

Foram utilizados o Cadastro de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE) para descrever o perfil da cobertura dos serviços por planos privados de saúde. Apesar da regulação pela ANS, não se deve perder de vista que o acesso, a utilização e a cobertura populacional em planos de saúde precisam ser periodicamente monitorados, principalmente na região Sudeste, que concentra 70% da população coberta por planos de saúde. Também são necessários estudos mais detalhados sobre as capitais brasileiras, que constituem grandes centros de concentração de clientela; e investigações para os subgrupos etários que mais

utilizam os serviços de saúde: crianças menores de 5 anos, mulheres em idade fértil e idosos. Os resultados do estudo indicam que, no sistema de saúde brasileiro, os planos privados de assistência à saúde se configuram como mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira: pessoas de maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho, moradores das capitais/regiões metropolitanas.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Iniciativa. **Cuentas nacionales de salud: Ecuador / National.**

Analisa a situação da saúde e sua estrutura, principais desafios da reforma do setor e o sistema de financiamento da saúde. Apresenta os fluxos de financiamento e gastos nacionais em saúde que representaram 2,2% do PIB nos anos de 1995-1997, cabendo entre US$ 35,00 e US$ 36.00, por habitante. O financiamento da saúde ocorreu em proporção similar entre agentes governamentais e não governamentais. O Instituto de Seguridade Social captou 30% do financiamento canalizado através dos agentes públicos, seguido do Ministério da Saúde com 28%. Os agentes não governamentais foram classificados em seguros privados de saúde (4,1%), organizações não governamentais (4,2%) e recursos pagos por famílias diretamente a provedores de bens e serviços de saúde (32%). Divulga, entre outros, os gastos com pessoal (29%), com medicamentos (20%) e contratação de serviços médicos terceirizados (25%).

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Papel das reformas dos anos 90 na demanda por seguros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 201-229, 2004.

O objetivo deste artigo é discutir a evolução da demanda por seguros privados de saúde no Brasil durante a década de 1990. Ao lado das tendências identificadas, são discutidas as

principais concepções encontradas na literatura nacional e internacional acerca dos determinantes dessa demanda. A partir dessa discussão, se estabelecerá o cenário mais favorável para a evolução desse mercado para a primeira metade da década atual.

BAHIA, Lígia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, 2001.

Este trabalho examina interfaces público-privadas do mercado de planos e seguros no Brasil, procurando questionar as relações de autonomia e dependência das empresas de assistência médica suplementar com o SUS, bem como alguns dos pressupostos que orientam o processo de regulação governamental. A análise desse mercado se apóia em referenciais extraídos da literatura e sobre informações provenientes de fontes oficiais, empresas de consultoria, dados de empresas de planos e seguros e depoimentos de seus dirigentes. Sugere-se a necessidade de ampliar a agenda de debates e pesquisas sobre o mosaico público-privado que estrutura o sistema de saúde brasileiro.

FARIAS, Luis Otávio Pires. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Rio de Janeiro, 2001.

O artigo discute a adesão aos planos de saúde entre indivíduos de camadas populares. Parte do princípio de que a análise macroestrutural é insuficiente para a compreensão desse fenômeno, e interpreta a ação social tomando como princípio a existência de um campo de possibilidades dentro do qual os indivíduos realizam escolhas e tomam decisões. A discussão baseia-se em pesquisa qualitativa, realizada pelo autor, para a qual foram entrevistados dez informantes que contrataram serviços de empresas do sistema de saúde suplementar. Analisando, a partir de três dimensões: qualidade, acesso e segurança e as representações presentes nos discursos dos entrevistados, procura compreender a lógica subjacente às escolhas em relação à contratação de um plano de saúde. Observa-se que as

representações sobre a vulnerabilidade da própria saúde possuem um papel central para a estratégia de proteção: SUS versus planos de saúde posta em prática pelo sujeito.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; GERSCHMAN, Silvia Victoria. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004.

A partir de revisão bibliográfica e dados do Datasus, IBGE e agências internacionais, são discutidas segmentações e especializações na oferta de serviços de saúde no Brasil. A leitura institucionalista do caso brasileiro destaca transformações que vem sofrendo o SUS, com ênfase em relações público-privadas e no papel e estratégias dos vários atores para formatar o sistema de saúde segundo seus interesses e suas convicções. Os constrangimentos ao desenvolvimento das políticas sociais gerados pelo ajuste macroeconômico e consensos entre atores políticos de maior peso contribuem para a tendência atual de especialização do setor público em tecnologias de cuidados de baixo custo e complexidade, enquanto o setor privado mais dinâmico passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade mais bem remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados. Um fortalecimento da presença de conselhos de saúde e de atores ainda pouco representados na arena política poderia contribuir para uma maior atenção aos impactos potenciais desse padrão de especializações.

MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista; JORGE, Alzira de Oliveira; COSTA, Mônica Aparecida. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004.

O atual trabalho discute os avanços e limites da regulação pública da saúde suplementar e propõe mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado.

Discute um modelo no qual o usuário deveria ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica "indutora de consumo". Esse mecanismo visaria assegurar a qualidade da assistência prestada.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Anuário ANS: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde – 2005.** Vol. 1, Rio de Janeiro: ANS, 2006.

Com o Anuário ANS, estamos proporcionando dados econômico-financeiros estruturados e disponíveis no nosso sistema de informações, buscando aprimorar o conhecimento sobre o setor, prevendo desde já enormes ganhos, diretos e indiretos, no monitoramento dos indicadores de interesse do setor da saúde suplementar. É apresentada uma edição aonde o leitor encontrará, em linguagem simples e direta, dados fundamentais para o conhecimento desse mercado, resultado de um excelente trabalho coletivo que vem reforçar o papel da ANS como agente de mudança na busca de um setor socialmente justo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar – 2005.** Rio de Janeiro: ANS, 2006.

A regulamentação da saúde suplementar no Brasil alterou de forma significativa a rotina das operadoras. A Agência Nacional de Saúde Suplementar vem desenvolvendo um esforço de qualificação e, no caso específico desta publicação, de coleta, sistematização e análise de dados econômico-financeiros, conseguindo com isto delinear o perfil dessa área de atividade com uma consistência cada vez maior. Após uma rigorosa análise desses dados pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras da ANS, é apresentada a primeira edição do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. O objetivo foi o de fornecer um retrato fidedigno da realidade econômica e estrutural do setor. Propõe-se, desta forma, uma análise acessível a toda a sociedade, que contribua de forma relevante para o debate

nacional e que resulte na proposição de ações e soluções que tornem as operadoras de planos de saúde mais seguras e, conseqüentemente, aptas a cumprirem suas obrigações com seus clientes e prestadores.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de gestão 2000 - 2003: 4 anos da ANS.** Rio de Janeiro: ANS, 2004.

Descreve-se neste Relatório de Gestão a trajetória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde a sua criação, em dezembro de 1999. Com este trabalho, a Diretoria Colegiada informa à sociedade brasileira as razões da constituição de um órgão de regulação para o setor de saúde suplementar e como esse empreendimento foi realizado, cumprindo-se, assim, os requisitos de transparência e de contribuição ao conhecimento que se devem cumprir no exercício gestor para todas as instituições do Estado. Contemplam-se a história da instituição, os motivos da regulação e as etapas vencidas até cada realização.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2001.

Esta apresentação tem por finalidade oferecer uma panorâmica sobre os primeiros meses de atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, caracterizados pela organização e regulamentação do setor de saúde suplementar no País, setor que ao longo de mais de 30 anos operou fora da esfera de controle do Estado e, portanto, da sociedade. Apesar de influenciar a vida de aproximadamente um quarto da população brasileira e movimentar recursos anuais, estimados em 23 bilhões de reais, o setor privado de assistência à saúde esteve, durante todo esse período, por sua conta, agindo segundo sua própria lógica e estabelecendo suas próprias regras, praticamente sem interferência governamental. As primeiras tentativas de definir e enquadrar o setor datam do início dos anos 1990. Contudo apenas em 1997 passou a integrar a agenda da sociedade e do Governo, resultando na regulamentação em junho de 1998, processo intensificado depois

da efetiva implantação da ANS, em abril de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde: planos odontológicos** – uma abordagem econômica no contexto regulatório. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

O trabalho – Planos Odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório – foi realizado por dois técnicos da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O trabalho teve em vista suprir uma lacuna que, ao traçar um painel sobre o crescente mercado de planos odontológicos de assistência à saúde, lança luzes importantes para esse segmento, que ainda apresenta um nível de informação muito incipiente sobre sua extensão e limites. O texto, portanto, não pode ser entendido como uma versão oficial da ANS sobre a questão, mas sua publicação visa, sobretudo, a estimular e enriquecer o debate de idéias sobre o segmento de planos odontológicos e a propiciar aos pesquisadores do assunto um novo ponto de vista, favorecendo a reflexão.

3. CONCEITOS OPERADORES DE APOIO A UMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR: ensaio para um dicionário de especialidade

Ricardo Burg Ceccim (Coordenador)
Fernanda Hampe
Fernanda Peixoto Cordova
Gilnara da Costa Correa de Oliveira
Margareth Lucia Paese Capra
Maria Conceição de Oliveira
Naiane Melissa Dartora Santos
Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha
Raphael Maciel da Silva Caballero
Teresinha Eduardes Klafke

Tendo em vista tecer, não um glossário ou uma definição de termos, mas um contexto definidor terminológico que viabilizasse o acesso de novos estudantes ou estudiosos à área da saúde suplementar, construiu-se um *corpus* de especialidade à Educação em Saúde Suplementar. Esse *corpus*, ainda bastante incipiente para se tornar um dicionário de especialidade, ensaia uma contribuição segundo os termos de uso mais geral na construção da área. O produto apresentado é o de uma construção narrativa para a definição de termos, apresentando verbetes não na forma de dicionário de uso geral, mas na forma de discussão de termos. Para cada verbete são apresentadas noções e as relações de integração entre essas. Como ensaio de dicionário de especialidade, o produto fundamenta-se no caráter intencional de encetar um campo de conhecimentos e práticas específicos. Um conjunto de pesquisadores foi sugerindo os verbetes de interesse e o contexto de sua abordagem, não facilitando a identificação de autoria por termo, assim, todo o bloco trabalhado resultou de um procedimento coletivo dirigido à ampliação do conhecimento de atores sociais diversos. Os verbetes não estão em ordenamento alfabético, mas na trama de operadores conceituais úteis ou necessários a quem trabalha no área da Educação em Saúde Suplementar.

Processo Saúde -Adoecimento

A saúde é entendida como um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde (Travassos e Martins, 2004). Saúde ou doença são consignas muito mais complexas que uma definição de termos. Não podemos nos deter a conceitos normativos para definir o que é ter saúde ou o que é ter doença. Saúde e doença não são conceitos definitivos e nem tampouco opostos, referem-se, entretanto, à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida (Ceccim, 1998).

A saúde está além do bem-estar físico, mental e social, somente podendo ser entendida *em relação às condições* de bem-estar físico, mental e social *das pessoas e coletividades*, uma vez que responde a fatores determinantes e condicionantes da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do ambiente, do trabalho, da renda, da educação, do transporte, do lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais aos níveis de saúde (Lei Federal nº 8.080/1990). A doença, em decorrência, precisa ser entendida como um fenômeno mais complexo que um evento biológico. Do ponto de vista social, uma doença pode ser muito benéfica à transformação de valores e conceitos (por exemplo, depois da Aids, muitos preconceitos e segregações passaram a ser superados, beneficiando importantes parcelas da população não adoecidas pela síndrome e sem convivência com seus sinais e sintomas).

A saúde e a doença envolvem, também, além dos fatores determinantes e condicionantes, a percepção dos indivíduos quanto a estar doente ou estar saudável, pois cada Ser experiencia de maneira particular as influências culturais e sociais. Na experiência pessoal estão envolvidas a decisão de buscar ou não serviços de saúde; a adesão ou não a certos padrões de tratamento; a opção por retornar ou não aos serviços de saúde; a confiança ou não nos profissionais científicos e nas abordagens dos sistemas informais e populares de saúde; a aceitação com facilidade ou não de uma eventual internação, a extensão ou prolongamento de uma internação, a solicitação de certos tipos de exames etc..

O comportamento dos indivíduos em relação à saúde depende de como se consideram suscetíveis a um determinado problema de saúde, como acreditam na gravidade das conseqüências do problema e nas ações de saúde disponíveis. A percepção quanto à suscetibilidade e à gravidade referem-se respectivamente à percepção subjetiva do risco de adoecer e aos sentimentos e preocupações em relação às doenças e suas conseqüências na saúde e nas condições de vida (Travassos e Martins, 2004). Se a doença representa uma entidade mórbida específica, na vivência dos indivíduos representa padrões de adoecimento. Assim, o que nos chega aos serviços de saúde é menos uma doença e mais um processo saúde-adoecimento. Tratar a doença e não abordar o processo tem implicação na tomada de decisão sobre condutas diagnósticas e terapêuticas, assim como na qualidade da assistência e da recuperação.

Cada cidadão apresenta singularidades no seu modo de andar a vida e este modo não pode ser compreendido como algo dissociado das experiências de saúde e doença. A compreensão de saúde como noção de vida e não como um fenômeno das ciências naturais, remete à compreensão de um processo entre ser saudável, adoecer e curar-se, processo constitutivo das experiências singulares do viver. Essas singularidades impedem que haja distância entre saúde e doença, mostrando-se ambas as designações implicadas em processos singulares que se estabelecem ou que se prolongam um pelo outro, conforme vivências pessoais e de contato com os serviços de saúde.

Em consonância com as concepções de saúde e doença na sociedade, Evans e Stoddart (1994) destacaram a relação entre doença e utilização de serviços, constatando que somente a doença e não a saúde é responsável direta pelo consumo de ações e serviços de saúde. A utilização de ações e serviços produz impacto diretamente na doença e apenas indiretamente na saúde, em virtude da lógica presente nos serviços que é a da assistência às doenças (tratamento) e não a da atenção integral à saúde (prevenção de doenças, promoção da saúde dos indivíduos, escuta aos processos do viver, suporte ao desenvolvimento da autonomia no andar a vida). Esta condição de atuar sobre as doenças e apenas secundariamente atuar sobre a saúde, estabelecendo tratamentos, mas não a promoção da saúde, vem sendo, desde os anos 1990, trabalhada no País pela reorientação da atenção designada como Atenção Básica à Saúde. O impacto do sistema de saúde não pode ser pela

cobertura de doenças, mas pela mudança nas configurações do adoecer (redução no surgimento das doenças, na dependência de ações e serviços e nos danos à saúde individual ou coletiva). No subsetor suplementar, entretanto, o perfil assistencial sobre as doenças ainda é predominante.

Educação permanente em saúde

A formulação Educação Permanente em Saúde ganhou estatuto de política pública na área em decorrência da difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da Educação Permanente do Pessoal de Saúde, tendo em vista o desenvolvimento de sistemas de saúde e reconhecendo a complexidade dos serviços sanitários, em que somente a aprendizagem significativa pode promover a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança do cotidiano, conforme apontamentos de Rovere (1996), Roschke e Brito (2002), Roschke, Davini e Haddad (1994).

A formulação desse conceito associa de forma relevante o "mundo da educação" e o "mundo do trabalho", assumindo que ciência e profissão são instâncias abertas ao *sempre atual*, uma espécie de saber-fazer fortemente significativo aos beneficiários do mesmo. Desde os anos 1977 (VI Conferência Nacional da Saúde), tem sido apontada a necessidade de qualificar a formação profissional e o trabalho em saúde, inicialmente utilizando-se a denominação educação continuada. Na produção teórica sobre educação permanente, é possível fazer uma distinção entre educação continuada e educação permanente, mesmo que ambas confiram uma dimensão de continuidade ao processo educativo. A educação continuada é mais compreendida como as atividades de ensino que se seguem à formação profissional básica com finalidade de atualização, apresentando-se direcionada e de maneira descendente, isto é, das equipes dirigentes às equipes executivas, da coordenação aos profissionais em seus núcleos específicos e, conforme Davini (1994), com a finalidade de melhorar a competência relativa ao domínio de conhecimentos e habilidades. Já a educação permanente está orientada para a melhoria de qualidade do cuidado e do acesso

aos serviços de saúde e tem como objetivo a transformação do processo de trabalho e as práticas de saúde, as quais são definidas por múltiplos fatores como conhecimento, valores, relações de poder e organização do trabalho, dentre outros.

Rovere (2005) sintetiza a Educação Permanente em Saúde como um modelo educacional com capacidade de permear as práticas educativas no território *do* trabalho – um território com inscrição de sentidos – *no* trabalho, *por meio do* trabalho e *para o* trabalho, cuja finalidade é melhorar a atenção à saúde.

Ceccim (2005) reconhece que "torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional". Para conceituar Educação Permanente em Saúde utiliza "a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano". Merhy (2005) destaca o desafio da pedagogia da implicação na Educação Permanente em Saúde, que é o desafio de "produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho", atingindo o modo como que se dispõe o trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde.

A Educação Permanente em Saúde parte do pressuposto da *aprendizagem significativa* (que promove e produz sentidos) e se configura como estratégia para a transformação de práticas, mediante a reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços e a problematização dos processos de trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas, das populações e da gestão setorial. É orientada pelas equipes situadas em qualquer instância do sistema de saúde, tomando como foco os processos de trabalho e os problemas enfrentados na atenção, na gestão e na participação social, em que o enfrentamento desses problemas é buscado com as próprias equipes, mediante o diálogo e a ação reflexiva coletiva entre as políticas e a singularidade das pessoas e dos lugares. Sempre em processo, são compartilhados, no

ensino, os diferentes significados ou explicações sobre os problemas a enfrentar pelos atores reais em ação, valorizando percepções, afetos e conceitos relativos ao trabalho em saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004a), em trabalho intelectual, político e institucional compartilhado, desenvolveram a noção de Quadrilátero da Formação no campo da Educação Permanente em Saúde, propondo a interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde, de maneira descentralizada, ascendente e transdisciplinar, tendo como pressuposto a aprendizagem significativa e a concepção construtivista (interacionista e de problematização das práticas e dos saberes), visando à mudança da concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento na direção da melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, da integralidade e da humanização na saúde.

Além da concepção construtivista, uma *prática de ensino-aprendizagem* que compreenda a Educação Permanente em Saúde como política de formação e desenvolvimento pessoal, coletivo e institucional (Ceccim e Ferla, 2006). Nesse plano de entendimento, foi amplamente debatida pela sociedade brasileira, no Conselho Nacional de Saúde, no processo da XII Conferência Nacional de Saúde e da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, tornando-se, por meio de dispositivos legais, uma estratégia do SUS para a educação dos profissionais de saúde e de trabalhadores para esse Sistema.

Modelo Assistencial/Desenhos Tecnoassistenciais

Um modelo assistencial ou a modelagem da atenção à saúde é uma proposta de organização da atenção em saúde. Considerando-se que processos organizadores envolvem ordenamento de recursos tecnológicos, materiais, informacionais, assistenciais, entre outros; envolvem disposições do trabalho, hierarquias, fluxos, normativas e outras

estratégias; envolvem competências especializadas, educação permanente, desenvolvimento de práticas etc., não abrange apenas conhecimentos da assistência propriamente dita, mas as circunstâncias em que se inscreve o trabalho profissional e as relações singulares entre trabalhadores e usuários. Apoiadas em uma dimensão assistencial e tecnológica, as modelagens assistenciais expressam-se como projeto político, articuladas a forças, disputas sociais, jogos de interesse e saberes que buscam expressão nas sociedades em determinados momentos históricos (Merhy, Cecílio e Nogueira, 1992). É nessa medida que a palavra *modelo* também se apresenta como *desenho* (afirmativa de processos organizativos criativos e não reproduções ou transposições modelares). A palavra modelagem também caminha nessa afirmação de sentidos: uma *perspectiva* e não uma *normativa*. A palavra tecnoassistencial busca contrair gestão e atenção, circunstâncias de alocação tecnológica e *práticas de atendimento*, não *assistência técnico-científica*. Para discutir ou propor modelos/desenhos assistenciais/tecnoassistenciais é conveniente dimensionar a cultura popular, a rede de serviços existente, os estilos de formação presentes e os perfis de atuação profissional vigentes.

Sistemas de cuidado

De um ponto de vista socioantropológico, os sistemas de atenção se referem aos modelos de cuidados, estes devem ser considerados como processos dinâmicos e que possuem variados graus de estruturação. Boff (2000) afirma que não existe vida sem cuidado e o identifica como a essência humana. Ayres (2001), por sua vez, assinala o cuidado como fator orientador fundamental da transformação das ações de saúde em práticas profissionais. Sobre o tema do cuidado, alguns autores se dedicaram fortemente, como Collière (1999, 2003), Cassell (1982), Karsch (1998, 2003) e Waldow (1998, 2004), entretanto, não é objetivo dessa abordagem um debate sobre cuidadores ou teorias do cuidado, mas uma discussão dos *modelos* de cuidados para uma compreensão *ampliada* da assistência.

Em termos práticos, a noção de modelos de cuidados é muito próxima da noção de modelo assistencial proposta por Eduardo Menéndez (2003, p. 186). Para o autor, "quando

desde uma perspectiva antropológica falamos de modelos de atenção, nos referimos não somente às atividades de tipo biomédico, mas a todas aquelas que têm que ver com a atenção aos padecimentos em termos intencionais". Conforme explica, atividades que buscam prevenir, dar tratamento, controlar, aliviar e/ou curar um determinado padecimento implicam assumir uma série de pontos de partida que contextualizam um modelo de atenção. Esse estudioso enfatiza que nas sociedades latino-americanas existem diversos modelos de atenção aos padecimentos que são considerados de forma isolada e até antagônica pelo setor da saúde, ao invés de serem observadas as estreitas relações entre os atores que os prestam e utilizam.

Teixeira (2000, p. 261-262) define os modelos assistenciais como "formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) e utilizadas no processo de trabalho em saúde", cujo propósito "é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas".

O termo "modelos assistenciais" ao invés de "sistemas de cuidados" ou modelos em lugar de cuidados, considera que os "cuidados", embora tenham graus variados de sistematização podem ser classificados em agrupamentos diversos como "modelos", mais no sentido de um certo conjunto de cuidados (ou modos de cuidar) a ser(em) explicitado(s) e circunscrito(s) contextualmente.

Alguns pontos de referência se tornam balizadores dos modelos assistenciais: 1) a noção de atenção integral à saúde: os sentidos da integralidade e o desafio de sua prática; 2) o acesso às ações e aos serviços de saúde: proximidade, facilidade, conforto, comunicação; 3) multiprofissionalidade e interdisciplinaridade: garantia de escuta e cobertura aos problemas vividos e experimentados e não apenas prestação de atividades de tipo biomédico; 4) articulação com as mudanças no ensino das profissões de saúde e construção educacional das mudanças no âmbito dos sistemas de cuidados; 5) a permanente reflexão junto às organizações comunitárias, movimentos sociais ou conselhos de saúde sobre o modo como se pensa e se estrutura o cuidado e a atenção em saúde. Toda gestão setorial, gestão de operadora de planos de saúde, gestão de serviços de saúde é gestão de modelo

assistencial, gestão de sistemas de cuidado.

Integralidade

O princípio da integralidade está centrado no exercício de um *acolhimento* capaz de um olhar atento despreconceituoso e de uma escuta sensível às necessidades de saúde daquele sob atenção, sendo empreendido sempre em um contexto de *encontro* entre aquele que atende e aquele que é atendido e que envolve a compreensão do estado de saúde e das inscrições deste estado de saúde numa história de vida e relações.

Frente à perspectiva da integralidade, aquele sob atenção não se reduz à doença que provoca sua demanda por atendimento, ao invés disso, a experiência da intersubjetividade (Ayres, 2001) ou o contato com a alteridade (Ceccim e Capozzolo, 2004) ampliam a percepção de necessidades, contextos de intervenção e demandas por construção da autonomia ou maior inclusividade em ofertas assistenciais. Devem-se considerar, além dos conhecimentos biológicos, conhecimentos sobre os modos de andar a vida dos indivíduos que acessam os serviços de saúde, diante do objetivo de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados (Merhy, 2002). Diante da perspectiva da integralidade, é necessário considerar a importância das orientações de promoção geral da saúde ou orientações de cunho preventivo e educativo demandadas em cada projeto terapêutico singular para que se conquiste uma prestação de assistência voltada às pessoas e não aos seus quadros clínicos pontuais, como se existissem de maneira autônoma (Ceccim e Feuerwerker, 2004b).

Os projetos terapêuticos não devem ser entendidos como produto de uma simples aplicação de conhecimentos sobre a patologia, mas devem surgir do diálogo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, podendo assim estar incluído nestes projetos tanto os conhecimentos do profissional de saúde, quanto os trazidos pelo usuário frente aos seus sofrimentos, expectativas, temores, desejos, percepções e expectativas (Ferla, 2004). As práticas de saúde, no âmbito da integralidade, caracterizam-se pela "articulação entre ações preventivas e assistenciais", contudo, ambas as ações, no plano das políticas de

saúde, apresentam distintos impactos: de um lado respondem a uma terapêutica (assistência), isto é, às necessidades experimentadas pelos usuários e, de outro, se enquadram na perspectiva de modificar (prevenção) o quadro social de uma doença (Mattos, 2005). Pode-se dizer que as políticas de saúde pautadas pela integralidade não devem negligenciar os desejos e direitos individuais quando estabelecem condutas dirigidas à coletividade, tomando os cidadãos concretos como o foco da ação de saúde (Pinheiro, 2001). Embora se trate de uma expressão polissêmica, normalmente a expressão integralidade é utilizada como atributo para políticas, modelagens tecnoassistenciais e práticas de cuidado a partir de três planos de análise: a organização dos serviços, com a garantia de acesso aos diferentes gradientes de sofisticação tecnológica necessários à resolutividade em cada situação assistencial; os conhecimentos e as práticas dos trabalhadores, quando se verifica a humanização e o acolhimento ao usuário; e as políticas governamentais, quando têm capacidade de propor desenhos assistenciais descentralizados, multiprofissionais e interdisciplinares, intersetoriais e porosos à participação da população (Ferla, Jaeger e Pelegrini, 2002; Pinheiro, Ferla e Silva Jr., 2004).

O conceito de integralidade está atravessado por quatro dimensões correspondentes a campos distintos de intervenção, segundo Conill (2004), que são a estruturação de ações com primazia àquelas de promoção e prevenção (campo da política); a garantia de atenção nos diversos âmbitos da assistência (campo da organização "em cadeia" da atenção); a articulação em equipes, redes e recursos das ações de promoção, prevenção e recuperação (campo da gestão) e a abordagem de alta qualidade aos indivíduos (campo do cuidado individual).

A integralidade relaciona-se diretamente com o acesso aos serviços de saúde, pois ações de cuidado só serão efetivas quando houver eqüidade na utilização de ações e serviços (Conill, 2004), entretanto integralidade não é sinônimo de acesso (Mattos, 2004). Segundo Conill (2004), a integralidade é um atributo relevante a ser considerado na avaliação da qualidade do cuidado em sistemas e serviços de saúde. Defender a integralidade é defender práticas em saúde que dizem respeito à intersubjetividade, nas quais os profissionais de saúde se relacionam com pessoas e não com coisas, numa dimensão dialógica, assim como é defender a oferta de ações e de serviços de saúde

sintonizadas com o contexto específico de cada situação, cada história individual e cada encontro (Mattos, 2004).

Acesso

Define-se acesso como sendo a possibilidade de chegada do usuário a um determinado serviço de saúde, onde ele deverá receber o atendimento capaz de suprir suas necessidades e garantir seu livre trânsito pelas demais coberturas assistenciais demandadas (Roese, 2005).

Conforme Cecílio e cols. (2005), o acesso aos cuidados de saúde, em todos os âmbitos de complexidade da atenção e de forma articulada, constitui-se em direito básico de cidadania e deve ser garantido no SUS, seja no subsetor público-estatal, seja no subsetor suplementar. O acesso à saúde relaciona-se, também, com as condições de vida, de habitação, de nutrição, de educação e de poder aquisitivo e, além disso, está relacionado aos aspectos geográficos (proximidade), funcionais (qualidade, horário e oferta dos serviços), culturais (serviço inseridos na cultura da população) e econômicos (custos para o usuário) da atenção à saúde (Unglert, 1990).

Aspectos como fidelização, preferência e retorno estão profundamente marcados pela dimensão do acesso e do conforto. Sabidamente, o acesso é determinante da preferência seja pela facilidade, adaptabilidade, agilidade ou cruzamento de interesses em relação *aos deslocamentos* (em relação aos deslocamentos, não em relação ao endereço de moradia) que usuários e famílias estabelecem *na cidade*, pela possibilidade de agendamento e pela rapidez entre o buscar e o obter o atendimento pretendido (algo como marcar para agora, para hoje, para esta semana...). A credibilidade e a confiança se ampliam quando o acesso está organizado em rede, em cadeia, em Linha do Cuidado.

A discussão sobre o acesso às ações e serviços de saúde é fundamental para a construção e planejamento de um modelo assistencial em que a saúde coletiva e a educação em saúde possam ser contempladas de maneira profunda em sua complexidade, visando a

resolutividade das abordagens de saúde em aspectos ainda lacunares. O retorno aos serviços pode estar assegurado, da parte dos usuários, mas o conjunto de ações de que necessite precisam estar acessíveis. O retorno para procedimentos e consultas pode ser atendido pelos usuários, mas não implicarão cura ou resolutividade se o olhar e a escuta profissionais presentificados não forem as mais satisfatórias aos usuários e seus familiares portadores dos adoecimentos.

Trajetória Assistencial: Linhas de Cuidado, Itinerários Terapêuticos e Percursos do Tratamento

O termo Trajetória Assistencial pode ser entendido como sinônimo da busca de cuidados terapêuticos seja em sistemas profissionais, como informais ou populares de cuidados à saúde. Dificilmente alguém utiliza apenas um desses sistemas de atenção. A saúde e o cuidado à saúde estão marcados por práticas científicas e socioculturais em termos dos caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionarem seus adoecimentos ou necessidades de saúde. Tomar o cuidado à saúde de forma interdisciplinar é fundamental quando se trata de caracterizar, por exemplo, quais são os modelos de auto-atenção nos cuidados de saúde que convergem com o atendimento do modelo biomédico (Capra, 1982). Inclusive, quando se quer investigar de que forma os serviços da biomedicina estão organizados e de que modo eles alcançam respostas às necessidades dos usuários nos seus *caminhos da cura*, tendo como premissa a existência de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde.

Levar em consideração uma análise interdisciplinar da saúde não é apenas uma forma de "pensar" a saúde, é uma conduta teórico-metodológica prudente, no sentido formulado por Santos (2004) e particularmente eficaz quando se pensa na terapêutica efetivamente. É necessário, portanto, compreender as trajetórias terapêuticas, tanto para aceitar percursos como para propor percursos. Propor pode ser uma negociação com os usuários, mas precisa ser uma oferta organizada (efetivamente cuidar de alguém no sistema

profissional de saúde).

Abrem-se dois grandes temas de discussão: 1) os modelos de cuidado presentes nas ofertas terapêuticas priorizando as doenças que no Brasil têm uma forte prevalência de morbi-mortalidade e 2) as mudanças na formação dos profissionais e nas práticas de cuidado, a partir do desenvolvimento gradual de novas tecnologias que partem da identificação ampliada de problemas e das necessidades de saúde em uma perspectiva social e epidemiologicamente orientada para indivíduos e conjuntos sociais portadores de adoecimentos, sofrimentos, aflições.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2006a), no manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar, coloca que o estabelecimento e monitoramento de Linhas de Cuidado, "por constituírem-se em um novo modo de organizar a atenção à saúde, no qual o beneficiário encontra-se no centro da organização do modelo de atenção nos sistemas de saúde", podem vir ajudar na organização de uma prática mais cuidadora e integral, portanto, terapeuticamente mais efetiva. As propostas de intervenção por Linhas de Cuidado constituem-se em "modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência", voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo "não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica como, também, uma visão global das condições de vida" (Brasil, 2006b, p. 5).

Segundo Cecílio e Merhy (2003), o desenho de uma Linha do Cuidado "entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos", aos quais está associada a imagem de uma linha produtora de cuidados e da atenção requerida em cada caso voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

O trabalho interdisciplinar de caráter estratégico, que visa dar subsídios para as políticas públicas de saúde, deverá valorizar, por um lado, as práticas de saúde, os aspectos da subjetividade, os micropoderes e as práticas sociais (Almeida Filho, 2000) e, por outro lado, as macrocondições de produção das realidades socioculturais, as iniqüidades e as desigualdades sociais implicadas (Minayo et al., 2003).

Uma das justificativas para a necessidade da construção de saberes e práticas que dêem conta destas estreitas relações apontadas por Menéndez (2003), é o fato de que, nem sempre os tratamentos propostos pelos serviços de biomedicina são efetuados na íntegra pelos pacientes em geral e, em se tratando das doenças crônicas especificamente, isto acarreta uma série de dificuldades no manejo adequado das doenças. Existe uma lacuna nos serviços de saúde sobre o entendimento do porquê a não adesão está presente no cotidiano das práticas terapêuticas, assim como nos significados que a experiência de indivíduos, famílias e grupos vivenciam nos processos de saúde, doenças e cuidados.

A mudança de abordagem que vai além da problemática centrada em indivíduos doentes ou em questões macro-estruturais, como mudanças culturais e dificuldades socioeconômicas (inclusive de acesso aos serviços), e que contemple as dinâmicas individuais e populacionais dos processos que resultam em doenças, poderá auxiliar na adesão aos tratamentos e em mudanças nos modos de levar a vida, o pode significar uma grande negociação entre as equipes de saúde e os usuários. Refletir sobre essa negociação é algo que pode (e deve) ser desenvolvido progressivamente.

Linha de Cuidado

A Linha de Cuidado é a proposta de organização da atenção em saúde que toma como referência o conceito de integralidade na sua prática cuidadora (Ceccim e Ferla, 2006). Podemos entender a Linha do Cuidado como uma forma de gestão das práticas assistenciais, tendo uma concepção de saúde não centrada nos equipamentos (recursos e serviços) de saúde para a abordagem biomédica, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras e de afirmação da vida. Linhas de cuidado pressupõem o conhecimento sobre os itinerários terapêuticos nos ambientes socioculturais, os contextos de produção da saúde e da doença nas populações, o modo de levar a vida dos usuários, o ordenamento dos recursos existentes e necessários para garantir serviços que promovam saúde, previnam doenças e afirmem a vida.

A organização de Linhas de Cuidado se orienta por estabelecer articulações entre

equipes e fluxos de encaminhamento dos usuários segundo suas demandas e necessidades, onde cada unidade assistencial está imbuída de assegurar acolhimento, responsabilização com a resolubilidade dos problemas e continuidade de atenção e, ainda com o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários em seu andar a vida. Ultrapassa a proposta de redes hierarquizadas que impõem, burocraticamente, fluxos de utilização de recursos e serviços e restringem o acesso da população ou a fazem peregrinar sem garantia da resolução de seus problemas. As Linhas de Cuidado intensificam projetos terapêuticos individuais e não simples encaminhamentos da menor para a maior tecnicalidade da atenção.

Cabe ressaltar que a entrada numa Linha de Cuidado se relaciona com acesso e acolhimento, mas a saída relaciona-se com resolubilidade (responsabilização pela cura) e desenvolvimento da autodeterminação do usuário. Uma Linha de Cuidado tem como pressuposto sua extensão à intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, deve possibilitar o surgimento de laços de confiança entre serviços, gestão setorial, instâncias de controle social e redes sociais, indispensáveis para melhorar a qualidade e a resolutividade das ações de saúde. O ordenamento de Linhas de Cuidado implica contar com as redes de apoio social para produzir saúde como afirmação da vida (nas redes sociais estão grupos religiosos, trabalhos de ONG, ligas comunitárias ou culturais, movimentos sociais, programas de geração de renda...). Essas redes oferecem apoio mútuo e solidariedade. É bom ter em mente que situações de atenção integral como na oncologia pediátrica; oncologia mamária; saúde mental; deficiência mental, física ou sensorial e outras tantas situações de alta incidência na morbidade e utilização de serviços de saúde requerem essas redes para alcançar efetivamente uma terapêutica para as pessoas e reduzir o consumo ou a intensidade do consumo de ações profissionais.

Ter Linhas de Cuidado como eixo organizativo e constituinte da atuação profissional aponta para a participação dos usuários, inclusão de estudantes, docentes e pesquisadores na construção da gestão do cuidado e aprendizado sobe práticas resolutivas com qualidade de vida e produção da sensação de conforto e segurança com o cuidado.

Itinerário Terapêutico

As escolhas presentes nas trajetórias terapêuticas estão ligadas às representações sociais sobre eventos de saúde, doença e cuidados. As diversas representações são continuamente formuladas e ressignificadas de acordo com as práticas sociais daqueles que vivenciam estes eventos, gerando narrativas sobre o processo vivenciado. As representações sociais são "uma maneira de interpretar o cotidiano – uma forma de conhecimento social" e, ainda, "um conjunto de conceitos, proposições e explicações que se originam na vida diária no processo das comunicações interpessoais". As representações "são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais (...), poderiam igualmente ser vistas como a versão contemporânea do senso comum" (Moscovici, 1981, p. 181-186).

A população busca diversas soluções práticas para resolver os seus problemas de saúde, isto é, há diversos sistemas ou modelos de cuidados que são empreendidos. Muitas vezes, durante os processos de adoecer, múltiplas opções de tratamento são utilizadas de forma simultânea, o que gera um verdadeiro "pluralismo médico" (Janzen, 1982) - uma *intermedicalidade*, – desde as que se inscrevem na auto-atenção ou autocuidados (aquelas soluções buscadas no seio das famílias, nos grupos de pertença, na comunidade, no âmbito religioso, com trabalhadores de cura etc.), até aquelas buscadas nos serviços biomédicos oficiais. A importância das explicações ou narrativas construídas no processo de saúde-doença-cuidados é a de levar em conta os vários tipos de realidades individuais e coletivas - biológicas, psicológicas, culturais, econômicas, históricas e sociais. Estas realidades são essenciais quando tentamos compreender os fatores implicados e as representações presentes nas escolhas terapêuticas dos doentes, nas suas práticas de saúde.

Desse modo, a noção de *experiência* no processo do adoecer e do ser ou sentir-se saudável possui um *lócus* prioritário a ser contemplado para a construção do conhecimento sobre a assistência e o assistir com resolutividade nas ações profissionais e no sistema de ofertas apresentado pelo plano de saúde de uma Operadora, do mesmo modo que pelo planejamento local de saúde de uma unidade básica do Sistema Único de Saúde. Os processos interativos que se desenrolam nas situações de doença e cura mostram-se

especialmente relevantes nos estudos voltados para contextos assistenciais (médicos ou não) plurais, em que os indivíduos percorrem diferentes instituições terapêuticas e utilizam abordagens por vezes bastante contraditórias para diagnosticar e tratar seus adoecimentos.

Nesse ponto, o caráter fluido e mutável das definições formuladas para explicar e lidar com a aflição reflete uma complexa dinâmica relacional, trazendo à tona o papel das redes sociais no ato de se orientar, sustentar e conferir plausibilidade às expressões, sentimentos e condutas adotadas perante a aflição. Tratar do caráter intersubjetivo das experiências de doença e cura nos conduz a um exame cuidadoso da realidade do mundo cotidiano (Alves, Rabelo e Souza, 2004, p. 15-16). Seguindo os pressupostos de Kleinman (1980), existe por um lado, o mundo social, a realidade social (a interação entre os indivíduos, a família, a rede social, a comunidade, as instituições, os sistemas de normas e os significados), por outro, a realidade biológica e psicológica (fatores pessoais, subjetividade, experiências, percepções e expectativas do doente). Há, segundo o autor, uma ponte que se estabelece entre essas duas realidades, denominando-a por realidade simbólica. Em todo o processo de ser saudável ou adoecer existem diferentes e mutantes crenças e percepções, a sua identificação poderá ampliar a compreensão sobre os comportamentos (muitas vezes até de risco) adotados.

Uma das críticas que têm sido formuladas ao modelo de Kleinman refere-se à quase ausência na sua análise dos fatores macrossociais presentes na "realidade" social dos indivíduos e grupos. Ao buscar-se uma socioantropologia da saúde crítico-interpretativa, além das várias concepções sobre o corpo, por exemplo, é necessário que as narrativas dos doentes sobre os cuidados de saúde sejam conectadas com a vida social, política e individual, como apontam Lock e Sheper Hugues (1990).

Os modelos explicativos sobre os processos de saúde e doença que levam em conta os vários tipos de realidades são essenciais quando tentamos compreender os fatores implicados e as representações presentes nas escolhas terapêuticas dos doentes, nas suas práticas de saúde. Além disso, esses processos implicam graus variados de mudanças de hábitos na vida das pessoas, com comportamentos, interpretações e escolhas que podem em muito dificultar ou impedir que novas representações sobre o corpo e sobre o próprio

processo de mudanças sejam assimiladas, o que pode ser um fator de resistência à aquisição de novos hábitos.

Percursos do Tratamento

Estamos, até aqui, tentando explorar a complexidade da trama assistencial (o que ofertamos) e terapêutica (o que funciona *curativo-cuidadoramente*). O fato é que os sistemas de saúde pautam normativas de referenciamento e contra-referenciamento, as unidades básicas de saúde encetam sistemas locais de compartilhamento e interação entre coberturas sociais no interior de microlocalidades, programas assistenciais desenham coberturas em redes de atenção (atenção especializada em HIV/Aids, saúde bucal, saúde mental, linhas de cuidado mãe-bebê etc.) e organizações de doentes e usuários ou associações de familiares e amigos de doentes formulam agendas para funcionamento de redes. Independentemente disso, assistimos usuários em peregrinação por ações e serviços, entre sistemas profissionais, informais e populares, entre serviços públicos e privados, entre ofertas parciais e complementares.

Adotamos a expressão Linhas de Cuidado para a gestão da rede de serviços para que se comporte em rede única, como malha de cuidados ininterruptos (qualquer serviço de saúde constitui porta de entrada para o acolhimento em uma rede que ordenará percursos a serem desenhados conforme a singularidade de cada caso/situação) ou cadeia do cuidado progressivo à saúde (percursos ordenados conforme necessidades complementares, que vão sendo detectadas na construção da resolutividade); adotamos a expressão Itinerários Terapêuticos aos percursos que os usuários estabelecem aos construírem por si mesmos a integralidade da atenção que desejam para sentirem-se ou perceberem-se cobertos por atenção de saúde suficiente e satisfatória ao seu caso/situação. Essa nomenclatura, entretanto, não é fixa e não é rígida entre os autores e ainda há enorme necessidade de estudo e aprofundamento. O que é certo é que temos um *mix* público-privado entre usuários de planos de saúde e entre usuários sem plano de saúde. Temos usuários com mais de um plano privado de saúde, servindo-se de ambos para o atendimento dos mesmos adoecimentos. Temos usuários de um ou mais planos privados de saúde e simultaneamente

dos serviços estatais para o mesmo evento de adoecimento ou busca de atendimentos. É a pesquisa sobre os Itinerários Terapêuticos percorridos para o tratamento que nos permitirá formular Linhas de Cuidado significativas, realistas, cuidadoras e responsáveis. É o estudo sobre as trajetórias terapêuticas singulares e coletivas que nos permitirá conhecer em profundidade o sistema de saúde que temos e a forma como são utilizados os subsetores estatal e suplementar ou como se criam os espaços públicos de cuidado à saúde, independente de que sejam da iniciativa privada ou do Estado. É a proposição de Linhas do Cuidado e a oferta diversificada de atenção que tornará um *sistema* aquele de maior credibilidade, confiança e adesão, como de menor tecnicalidade e maior eficiência no uso de recursos, insumos e sustentabilidade.

Público e Privado na Saúde: o Estatal, o Complementar e o Suplementar

Os termos público e privado ou estatal e particular ou, ainda, público estatal, privado complementar e privado suplementar, na saúde, referem-se ora a naturezas jurídicas distintas dos serviços, ora a componentes distintos do sistema de saúde, ora a posições distintas em relação ao interesse público. O conceito de espaço público situa-se em posição de intersecção entre a coisa pública e o direito privado.

Quando se tratar de uma oposição entre o público e o privado, normalmente estaremos diante da oposição de naturezas jurídicas, que é fundamental para compreender a função de regulação do Estado. Na legislação brasileira estão definidos aspectos sobre a forma de regulação do setor da saúde dentre as políticas públicas ou da Ordem Social e atuação do setor privado, em especial o Parágrafo 1º, do Artigo 199, da Constituição Federal de 1988, e artigos do Título III, da Lei Federal nº 8.080/1990.

Para a Constituição Federal (Art. 197), as ações e os serviços de saúde são de *relevância pública*, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua **regulamentação, fiscalização e controle**. A execução dessas ações e serviços pode ser

feita diretamente ou por meio de terceiros, assim como por pessoa física ou jurídica *de direito privado.*

A Constituição Federal prega a primazia da prestação de ações e serviços de saúde pelo Poder Público (ações e serviços *estatais*), mas admite a complementação por terceiros (ações e serviços contratados ou conveniados que, embora da iniciativa privada, integram as ações e serviços estatais, de maneira *complementar*). Admite, ainda, a execução por pessoa física ou jurídica de direito privado (suplementar ao sistema público de saúde, de modo a não retirar-lhe a primazia).

A definição de *relevância pública*, aplicada pela Constituição Federal apenas ao setor da saúde em todo o capítulo da Ordem Social, difere da noção de *interesse público*, necessariamente afeta a toda a Ordem Social, configurando condição determinante do caráter de regulação de Estado a ser adotada pelo Sistema Único de Saúde. Toda a ação de interesse público existe para satisfazer o interesse coletivo e dizem da sua função, que é atender aos direitos sociais. As ações de interesse público podem ser prestadas diretamente pelo Poder Público ou por particular segundo instrumentos próprios. A Constituição Federal assegurou que a iniciativa privada poderia ofertar ações e serviços de saúde tanto livremente, como organicamente integrada ao Poder Público, como definiu o Artigo 199, regulamentado pela Lei Federal nº 8080/90 e, depois, pelas Leis Federais n° 9.656/1998 e 9.661/2000.

O Art. 199, da Constituição Federal, diz que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Em seu parágrafo primeiro, diz, entretanto, que as instituições do setor privado poderão participar de forma *complementar* ao Sistema Único de Saúde, desde que de acordo com as diretrizes do mesmo, integrando-o mediante contrato de direito público ou convênio, devendo ter preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A Lei Federal nº 8.080/1990 assim regulamenta:

> *Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.*

> *Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde quanto às condições para seu funcionamento.*
>
> *Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.*
>
> *Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.*

Mesmo na iniciativa privada, as ações e serviços de saúde devem traduzir o interesse coletivo. A relação destes com o sistema público se dá em dois planos: um primeiro de subordinação à regulação do Estado; e um segundo relativo à orientação da produção propriamente dita de ações e serviços. Em relação ao segundo aspecto, os serviços privados podem estar vinculados ao sistema público de saúde (submetido que está às diretrizes e aos princípios estabelecidos na própria Constituição), quando representarão um componente complementar a este. A condição de complementaridade reforça a disposição de que há prioridade para os serviços ligados diretamente ao Estado e somente diante da insuficiência destes é que se verifica a contratação de serviços privados, devendo ser observada a prioridade para instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. Além da situação complementar ao sistema público, os serviços privados podem suprir outras demandas. Quando se tratar do mercado de planos e seguros privados de saúde, essas ações e serviços são ditos suplementares ao sistema público.

Sendo de relevância pública, o sistema suplementar (o subsetor suplementar do setor da saúde) deve ser assim como os serviços públicos, adequado quanto às condições de regularidade, continuidade ou não interrupção de oferta, eficiência (efetivamente funcionar para os fins a que se destina), segurança, atualidade, não discriminação das características individuais dos seus usuários e cortesia na sua prestação, além de satisfazer condições de modicidade nos preços. O subsetor tem de ser realmente eficiente e cumprir sua finalidade

na realidade concreta, funcionando com integralidade na atenção à saúde.

Estatal

Quando o Estado detém a propriedade do recurso ou serviço, este é próprio do Estado ou estatal. Segundo a Constituição brasileira, essa categoria abrange os serviços prestados diretamente pelo Estado. O que encontramos no senso comum é a noção de Público como aquilo que é vinculado à atividade de governo e como privado aquilo que é da iniciativa de particulares. As noções de serviço público polarizam o debate sobre a extensão do papel do Estado na economia, já que a intervenção estatal, em maior ou menor grau, se reflete no planejamento e gestão das ações e serviços públicos, que não são necessariamente estatais. Na construção conceitual que está colocada na Carta Magna, o estatal tem a incumbência de executar o interesse público, ou seja, o interesse coletivo.

O Estado, entretanto, é um espaço de disputa entre interesses distintos, já que mandatos e normas não são imunes aos interesses particulares. O Estado não é espaço vazio. Cada mandato governamental (que constitui o Governo) é exercido por indivíduos e grupos. Diante dos problemas sociais, se assumem proporções preocupantes ou para contemplar a população coletivamente, cabe ao Estado intervir com programas sociais. Diante dos interesses coletivos, cabe ao Estado conduzir políticas públicas. O recorte liberal (ou neoliberal) coloca de maneira evidente o tamanho que o Estado deve ter na cobertura estatal dos interesses públicos: restringir-se a um conjunto de funções específicas, mas genéricas o suficiente para não concorrer com o setor privado. Em diversas áreas, onde o interesse coletivo predomina, não pode haver a ausência do Estado, é o caso da saúde, educação, segurança pública, por exemplo. Especificamente em relação à saúde, mesmo na teoria liberal, as relações de mercado são consideradas demasiado assimétricas entre os produtores e consumidores, necessitando da mediação do Estado.

Considerando os limites constitucionais para a saúde, é preciso considerar que a capacidade do Estado de mediar o interesse coletivo não substituiu a idéia da participação de representantes e setores da população na gestão das políticas e do Sistema. “O governo

não é necessariamente o Estado, representa e gerencia o Estado durante um certo período" (Campos, 2005). É imprescindível o fortalecimento do controle social da população sobre o Estado, estabelecendo os parâmetros para políticas públicas, assegurando canais dialógicos, incrementando a democracia pelo esvaziamento das relações clientelísticas ou autoritárias.

Público

A designação "público" pode ser atribuída ao estatal, quando pretende designar a natureza jurídica *de direito público*. Também pode significar o "interesse público". O Público abrange o bem comum na sociedade, devendo funcionar em consonância com os interesses coletivos. A esfera do público intermedeia, por meio da opinião pública, o Estado e as necessidades da sociedade, promovendo o bem público, o bem comum a todos os cidadãos, pressupondo compartilhamento. Podemos tentar delimitar o campo público e privado baseado na discussão das relações entre Sociedade Civil e Sociedade Política (ou Estado). Sociedade Civil é o espaço onde se dão (e se reproduzem) as relações materiais entre os homens e também as ideológico-culturais (Bobbio, 1996 apud Andreazzi, 2002). "Na contraposição Sociedade Civil - Estado entende-se por sociedade civil a esfera das relações entre indivíduos ou grupos, entre classes sociais, que desenvolvem a margem das relações de poder que caracterizam as instituições estatais". Em outras palavras, a sociedade civil é representada como terreno onde surgem conflitos econômicos, ideológicos, sociais e religiosos que o Estado tem a seu cargo resolver, intervindo como mediador ou suprimindo-os. Não são duas entidades sem relação entre si, pois entre um e o outro existe um contínuo relacionamento. Público chega a significar o próprio mundo uma vez que este é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele: um lugar particular, privado, não público.

O termo público tem grande variação de significados, pode ser tomado como referência a tudo que pode ser visto e ouvido por todos e tem maior divulgação possível (Habermas, 1984, apud Aciole, 2006), exemplificando-se com locais públicos, prédios públicos, contudo existe nele a noção oposta, de privado, pois nesses estabelecimentos existe a necessidade de serem liberados à freqüência pública. Assim o papel das pessoas e

das coletividades ou grupos da sociedade de encontrarem soluções para os problemas sociais vividos ou experimentados ou estabelecerem canais de comunicação ampliada com a sociedade e com o Estado, engloba as Organizações Não-Governamentais e insere na ordem social um conjunto heterogêneo de entidades não estatais e não lucrativas, além de formas tradicionais de ajuda mútua, de movimentos sociais e associações civis, abrindo espaços públicos novos, sob o interesse coletivo da cidadania.

Subsetor estatal

Conjunto dos serviços com financiamento exclusivamente público dos gastos em saúde, com atenção universalizada. Os recursos são recolhidos junto à sociedade por meio de impostos ou contribuições sociais. O acesso ao atendimento e a outros elementos da atenção à saúde é realizado pelo cidadão sem a necessidade de desembolso financeiro direto, atuando o mecanismo de financiamento via receita pública como mecanismo de redistribuição de rendas. Os serviços podem ser realizados em unidades de propriedade estatal, onde o custeio é diretamente assumido pela autoridade governamental, ou em unidades privadas com ou sem fins lucrativos, onde os pagamentos são realizados pelo poder público, tendo em vista a produção de serviços realizada ou disponibilizada à população.

Privado

Definido como o não público, uma região protegida da vida, se diferencia do Estatal e indica o caráter de propriedade de indivíduos ou grupos. “Produção e apropriação do espaço, enquanto possuidor de um sentido bem preciso e bem definido, com valor de uso bem delimitado” (Merhy, 2006). Corresponde ao setor de troca de mercadorias e o trabalho social, mas o setor privado também abrange “a esfera pública”, pois ela é uma esfera de pessoas privadas. Ao termo privado em oposição ao público, foi associada à idéia de mercado: lugar dos produtores privados, individuais, desprovidos da função pública

(estatal). O Privado assume um forte vínculo com a produção e circulação de mercadorias e serviços, como espaço onde operam produtores e consumidores, individuais e coletivos, atuando em seus interesses mais imediatos. O mercado é visto como uma forma não coercitiva de organização, baseada em transações bilateralmente voluntárias e que tem lugar entre sujeitos igualmente informados capazes de controlar os preços de distintos bens e serviços. O privado corresponde à personalidade jurídica de direito privado.

Plano privado de assistência à saúde

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica e a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do beneficiário.

Subsetor suplementar

Conjunto de serviços cuja forma de financiamento dos gastos é feita pelo pagamento direto, a cargo do próprio usuário, ou por meio de pré-pagamento, incluindo-se aí articulações entre usuários, prestadores diretos de serviços, planos e seguros de saúde. Neste setor, o governo também se mostra presente, não somente por meio da regulação, mas também por formas de incentivo ou subsídio – principalmente no caso dos pré-pagamentos.

Gerenciamento do subsetor suplementar: Administradoras e Operadoras

O gerenciamento do subsetor suplementar é exercido por Administradoras e Operadoras. As **Administradoras** são de dois tipos, as que administram exclusivamente serviços e aquelas que administram planos, não possuindo rede própria credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não assumindo o risco das operações. As **Operadoras** são pessoas jurídicas que operam planos de assistência à saúde. Gerenciar planos de saúde significa administrar, comercializar ou disponibilizar planos privados de assistência à saúde. Existem diversas modalidades de classificação das operadoras de planos de saúde. Entre as operadoras, as modalidades são: Autogestão, Sociedades Cooperativas, Filantropias e Seguradoras Especializadas em Saúde, além das Medicinas e Odontologias de Grupo.

Administradora de planos de saúde

Empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, mas que não assumem o risco decorrente da operação desses planos. Podem ser de dois tipos: administradora de planos, que não possuem rede própria, credenciada ou referenciada; administradora de serviços, que podem ou não possuir rede própria.

Operadoras de planos de saúde

Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde.

Autogestão

Autogestão é a modalidade de operadora de plano de saúde criada por empresas e constituída sob a forma de associações, fundações ou sindicatos, com objetivo de prestar diretamente assistência à saúde de seus empregados, associados e sindicalizados e os respectivos grupos familiares, limitado ao terceiro grau de parentesco (consangüíneo ou afim), sem intermediação de outra operadora. As autogestões classificam-se em **patrocinadas** e **não-patrocinadas**. Elas devem operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas, só podendo contratar rede de gestão de serviços de assistência à saúde de outra operadora, mediante convênio de reciprocidade com entidades congêneres e em situações de regiões com dificuldade de contratação direta. As patrocinadas são aquelas que dispõem de definição de departamento ou órgão assemelhado designado para assumir a responsabilidade pelo plano privado, podendo desdobrar-se em singulares (com apenas um patrocinador), ou múltiplas (com mais de um patrocinador). Autogestões não-patrocinadas são aquelas que não recebem ajuda financeira de nenhuma empresa, sendo mantidas apenas com os recursos dos seus beneficiários.

Sociedades cooperativas operadoras de planos de saúde

São operadoras de planos de saúde, sem fins lucrativos e que oferecem serviços aos associados de acordo com a sua natureza (sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência), constituídas conforme o disposto na Lei Federal n° 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define a política nacional de cooperativismo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas. Existem duas modalidades: cooperativa médica (oferta de serviços de atendimento médico, com coordenação por médico) e cooperativa odontológica (oferta de serviços de atendimento odontológico, com coordenação por cirurgião-dentista).

Cooperativa Médica - Sociedade de pessoas sem fins lucrativos, coordenadas por médicos e que oferecem serviços de atendimento médico.

Cooperativa Odontológica - Sociedade de pessoas sem fins lucrativos, coordenadas exclusivamente por cirurgiões-dentistas e que oferecem serviços de

atendimento odontológicos.

Filantropias

Entidades sem fins lucrativos que tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos de governos estaduais e municipais.

Seguradora Especializada em Saúde

Sociedades com fins lucrativos que comercializam "seguros de saúde" e que oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas. Os contratos são denominados por *apólices* e devem conter informações como limites de reembolso, cobertura e abrangência geográfica, entre outros.

Medicina de Grupo

Empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, cujas características não se adequam à definição de administradora, cooperativa médica, autogestão ou instituição filantrópica. Representa o agrupamento de profissionais legalmente habilitados para o exercício da assistência médica, podendo ter complemento assistencial por outros profissionais legalmente habilitados em suas áreas, envolvendo a gestão e uso em comum de instalações e aparelhos, uso comum dos arquivos de usuários e de atendimentos e renda proveniente de atendimentos distribuída por regras pré-estabelecidas.

Odontologia de Grupo

Empresas ou entidades que operam, exclusivamente, Planos Odontológicos, exceto as classificadas como cooperativa odontológica. Representa o agrupamento de profissionais legalmente habilitados para o exercício da assistência odontológica, podendo ter complemento assistencial por outros profissionais legalmente habilitados em suas áreas e envolve a gestão e uso em comum de instalações, aparelhos, arquivo de usuários e de atendimentos, cuja renda proveniente de atendimentos é distribuída por regras pré-estabelecidas.

Regulação em Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Saúde Suplementar

Regulação

Segundo a teoria econômica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir "falhas de mercado". Outro enunciado reconhecido é o do conjunto de mecanismos que viabilizam a reprodução do conjunto do sistema, em função do estado das estruturas econômicas e das formas sociais. No setor da saúde, entretanto, esse termo, além de se referir aos macroprocessos de regulamentação, também define os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita. É interessante notar que o ato de regular em saúde é constitutivo do campo da prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que provêem ou contratam serviços de saúde.

Contrato social regulatório

O contrato social regulatório é uma noção da Economia da Saúde que traz a idéia de um novo contrato social, onde o Estado, por meio de pactuações e arbitragens modifica as relações mercantis. A proposta é de que haja um acordo entre o Estado e a sociedade civil organizada com o objetivo de traçar cláusulas regulatórias harmônicas com as diretrizes

constitucionais aplicadas ao SUS. Assim, a gestão regulatória seria fundamentalmente alicerçada em valores e normas apoiados nos direitos sociais da cidadania.

Disjuntiva regulatória

Disjuntiva regulatória é um conceito da Economia da Saúde que remete à opção de desobrigar o Estado de arcar com o ônus do financiamento da população assistida pelos planos de saúde, reduzindo o escopo de sua atuação nessa área. Essa existência de um Estado com regras mínimas para atuação econômica nesse campo, teoricamente, implicaria grandes modificações qualitativas e quantitativas entre as operadoras, eliminando as mais ineficientes (consequentemente, as pequenas) e atraindo novos participantes (operadoras estrangeiras, principalmente). Uma proposta dessa natureza significa desistir de fortalecer o papel do Estado na regulação desse mercado, que já é um oligopólio diferenciado, operando no contexto da lógica oligopolista (tornando os participantes menos suscetíveis à regulação de preços e aos objetivos das políticas do Estado na área da intermediação do financiamento da assistência à saúde).

Regulação em saúde suplementar

Uma confusão de termos se dá entre *regulação* e *regulamentação*. A regulamentação está contida na regulação. Enquanto a regulação define a necessidade de processos, a regulamentação disciplina esses processos. A regulação dá a abrangência de termos, a regulamentação normatiza sua execução. Segundo Magalhães (citado em Pereira dos Santos e Merhy, 2006), "consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços".

Pereira dos Santos e Merhy (2006) mostram que sob o Sistema Único de Saúde, a regulação é a capacidade de intervir nos processos de prestação das ações e serviços, alterando ou orientando tal execução. "Essa intervenção pode ser feita por intermédio de

mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores" (p. 29). Os autores referem que a regulação consiste num mecanismo dos mais estratégicos à gestão: estabelecimento de planos estratégicos; projetos prioritários; relação com o controle social; definições orçamentárias maiores; relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações; política de trabalhadores e estabelecimento de regras para as relações entre atores. Observam, entretanto, que um processo regulatório pode se referir, também, ao aspecto cotidiano da operação do sistema de saúde, a regulação do modelo de atenção ou da assistência, nomeando-o por microrregulação (regulação assistencial) em contraposição às políticas mais gerais das instituições ou macrorregulação. Em um sistema sob regulação assistencial, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema (linha de cuidado; gestão do cuidado).

Além do fato indiscutível de que a saúde suplementar responde pela relevância pública referida ao setor da saúde, ela corresponde a mais de quarenta milhões de usuários de planos de saúde, mediante compra de alguma modalidade de atendimento/assistência. A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada como seu órgão regulador, de normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência.

Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei Federal 9.961/2000, que definiu sua natureza, finalidade, estrutura, atribuições, receita e especial vinculação ao Ministério da Saúde. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência à saúde prestada pelo subsetor suplementar e regular as operadoras de planos e seguros em saúde, inclusive quanto às suas relações com prestadores e usuários (beneficiários).

Cobertura Assistencial

Uma operadora de planos de saúde pode oferecer cobertura ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia e tratamento odontológico. Todas as operadoras de planos de saúde devem ter, ainda, um Plano Referência registrado e são obrigadas a oferecer este plano como opção aos clientes. Um Plano se Saúde é uma proposta de gestão do cuidado à saúde, mesmo que apareça como, não pode constituir-se como um mero rol de procedimentos, pois colocaria aos consumidores a tarefa de saber sobre saúde o que nenhum leigo teria condição de saber, inclusive a adoção de um conceito de saúde. O único conceito de saúde que ter valor de debate na cidadania brasileira é o que está na Constituição Federal e suas leis orgânicas (Leis Federais n° 8.080 e 8.142/90). De acordo com a Lei Federal n° 9.656/98, não são obrigatoriamente cobertos pelas Operadoras de planos de saúde: transplantes (exceto de córnea e rim); tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos; fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; inseminação artificial; tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas declarados pelas autoridades competentes.

Planos odontológicos incluem consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo cirurgião-dentista; procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral. São permitidas exclusões de cobertura para tratamentos ortodônticos e demais não relacionados na cobertura obrigatória em planos odontológicos.

Prestadores de serviços de saúde

Pessoa física ou jurídica autorizada por entidade de fiscalização do exercício profissional e pelas autoridades sanitárias a executar ações e/ou serviços regulamentados de saúde, dirigidos a pessoas, grupos ou coletivos humanos e que prestam serviços a operadoras de plano privado de assistência à saúde.

Usuários/Beneficiários

As terminologias usuário e beneficiário são apropriadas à saúde suplementar, entretanto, o termo beneficiário é utilizado quando se analisa os dados estatísticos relativos à regulação pelas operadoras, enquanto o termo usuário é empregado quando se analisa o acesso e a utilização dos serviços de saúde ou as percepções e necessidades em saúde. Do ponto de vista da proteção ao consumidor de serviços, a proteção legal aos beneficiários está no reconhecimento de seus direitos consumeristas.

Para analisar os percursos assistenciais empreendidos pelas pessoas na assistência suplementar ou os padrões de cobertura, a designação *beneficiário* parece mais apropriada, já para analisar os itinerários terapêuticos ou os imaginários presentes nas práticas de atenção à saúde aparece como mais justa a designação *usuário*. Para analisar os cenários de mercado e o mapa de conflitos entre prestadores e consumidores, a terminologia mais apropriada parece ser beneficiário. Não usamos a expressão *paciente* pelo entendimento de que a assistência, seja no subsetor estatal ou suplementar, deve estar comprometida com a atenção integral à saúde, tornando-se uma designação delimitada ao momento assistencial de relativa dependência do atendimento prestado. De acordo com Malta e cols. (2005), usuários são os atores sociais fundamentais a quem todo o conjunto das ações e dos serviços de assistência à saúde se destina.

Evento assistencial

Os eventos assistenciais são os atendimentos de saúde, podem ser consultas ou serviços profissionais e de apoio diagnóstico e/ou terapêutico, como exames, terapias, internações hospitalares, tratamentos odontológicos etc., utilizados por um beneficiário das coberturas proporcionadas por um plano de saúde. Pelo regime de competência, a prestação desses atendimentos deve ser reconhecida quando a Operadora tem ciência do evento (Evento Conhecido) e não pelo pagamento, o que, geralmente, ocorre em um período

posterior ao da ciência (Evento Pago). A Operadora do plano de saúde, ao tomar conhecimento da ocorrência do evento, reconhece a despesa, creditando o valor ao prestador de serviço. Eventos Conhecidos ou Eventos Pagos poderão ser recuperados ou ressarcidos pela Operadora em decorrência de glosas de despesas de assistência à saúde por ela consideradas indevidas. As recuperações são entendidas como os atos realizados antes da efetivação do pagamento (Evento Recuperado) e os ressarcimentos entendidos como os atos realizados após a efetivação do pagamento (Evento Ressarcido).

Entre os eventos assistenciais são classificados contabilmente somente aqueles que se enquadram no conceito de Consultas e Honorários Médicos, Exames e Terapias ou Demais Despesas Assistenciais. As consultas e honorários médicos correspondem aos atendimentos prestados por especialistas com título reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina. As consultas ou terapias feitas por pessoal não abrangido pelas especialidades médicas, tais como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem e outras são classificadas como Exames e Terapias ou, quando não couber essa classificação, em Demais Despesas Assistenciais. São classificados como Demais Despesas Assistenciais aquelas relativas aos medicamentos e material cirúrgico, por exemplo.

Referências

ACIOLE, Giovanni Gurgel. *A saúde no Brasil*: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec, 2006.

ALMEIDA Filho, Naomar Monteiro de. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina M. e SOUZA, Iara Maria A. Introdução In: ALVES, Paulo César B., RABELO, Miriam Cristina M. e SOUZA, Iara Maria A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, Fiocruz: 2004, p. 15-16.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. *Teias e tramas*: relações público-privadas no setor Saúde brasileiro dos anos 90. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001, p. 63-72.

BAHIA, Lígia e SCHEFFER, Mário. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro Cesar e BARBOZA, Renato (org.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005, p.127-168.

BIASOTO Jr., Geraldo. Portabilidade: avaliação exploratória das principais potencialidades e dificuldades. In: MONTONE, Januário e CASTRO, Antônio Joaquim Werneck de (org.). *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, v. 3, p. 53-78.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar*: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CAMPOS, Gastão. O público, o estatal e o particular nas políticas públicas de saúde. In: HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro Cesar e BARBOZA, Renato (org.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 89-100.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASSELL, Eric J. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, p. 639-645, 1982.

CECCIM, Ricardo Burg e CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio; LAMPERT, Jadete Barbosa e ARAÚJO, José Guido Corrêa de (org.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 107-112.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* - revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

CECCIM, Ricardo Burg e FEURWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, 2004b.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface* – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. (org.). *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998, p. 37-50.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira e MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben A. (org). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 199-212, 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; ACIOLE, Giovanni Gurgel; MENESES, Consuelo Sampaio e IRIART, Célia Beatriz. A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda*: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2005. p. 75-140.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Cuidar...* a primeira arte da vida. Lisboa: Lusociência, 2003.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promover a vida*: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

DAVINI, Maria Cristina. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: HADDAD, Jorge; ROSCHKE, Maria Alice Clasen e DAVINI, Maria Cristina (Eds). Organización Panamericana de la Salud (org.). Educación permanente de personal de salud. Washington, DC: OPS, p. 109-126, 1994.

EVANS, Robert G; STODDART, Gregory L. Producing health, consuming health care. In: EVANS, Robert G.; BARER, Morris L.; MARMOR, Theodore R. (Eds). *Why are some people health and others not*? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter, 1994. p. 27-64.

FERLA, Alcindo Antônio, JAEGER, Maria Luiza e PELEGRINI, Maria Lecticia Machry. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os governos. In: TAVARES SOARES, Laura (org.). *Tempo de desafios*: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: LPP; Buenos Aires: Clacso, 2002, p.

FERLA, Alcindo Antônio. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben A. (org). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 171-186.

JANZEN, John M. *The quest of therapy*: medical pluralism in Lower Zaire. Berkeley: University of California Press, 1982.

KARSCH, Ursula (org.). *Envelhecimento com dependência*: revelando cuidadores. São Paulo: Educ, 1998.

KARSCH, Ursula. Idosos dependentes, famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p.861-866, 2003.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, l980.

LOCK, Margaret e SCHEPER-HUGHES, Nancy. A critical-interpretative approach in medical anthropology: ritual and routines of discipline and dissent. In: JONHSON, Thomas M.; SARGENT, Carolyn F. (org.). *Medical anthropology*: contemporary theory and method. New York: Praeger Publications, p. 47-72, 1990.

MAGALHÃES Jr., Helvécio Miranda. *O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes*: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; JORGE, Alzira de Oliveira; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. O percurso metodológico. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda*: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2005. p. 23-35.

MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 119-132.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 45-59.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teoricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

MERHY, Emerson Elias, CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira e NOGUEIRA Filho, Roberto Costa. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. In: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de

Saúde. *Cadernos da nona*. 9ª Conferência Nacional de Saúde: descentralizando e democratizando o conhecimento. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 1992, p. 91-96.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface* – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MERHY, Emerson Elias. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, Giovanni Gurgel. *A saúde no Brasil*: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 9-15.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; DESLANDES, Suely Ferreira e SOUZA, Edinilza Ramos de. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 97-108, 2003.

MOSCOVICI, Serge. On social representation. In: FORGAS, Joseph P. (org). *Social cognition*. London: Academic Press, 1981.

OCKÉ REIS, Carlos Octávio. A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política? JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE (1.: 2003: São Leopoldo). Anais. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2003.

PEREIRA DOS SANTOS, Fausto e MERHY, Emerson Elias. Regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface* - comunicação, saúde, educação (Botucatu), v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

PINHEIRO, Roseni As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antônio e SILVA Jr., Aluísio Gomes da. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa e ARAÚJO, José Guido Correa de (org.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, p. 269-284, 2004.

ROESE, Adriana. *Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS*. 2005. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2005.

ROSCHKE, Maria Alice e BRITO, Pedro. *Gestión de proyectos de educación permanente*

en los servicios de salud: manual del educador. Washington, DC: OPS, 2002.

ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina e HADDAD, Jorge (Eds.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS, 1994.

ROVERE, Mario. Comentários estimulados por la lectura del artículo "educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário". Interface - comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

ROVERE, Mario. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington, DC: OPS, 1996.

SADER, Emir. O público, o estatal e o privado. In: HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro Cesar e BARBOZA, Renato (org.). *O público e o privado na saúde.* São Paulo: Hucitec, p 43-56, 2005.

SANTOS, Boaventura de Souza (org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente*: "um discurso sobre a ciência" revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, eqüidade e necessidades prioritárias de saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, p. 261-281, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

TRAVASSOS, Cláudia e MARTINS, Mônica Silva. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano*: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WALDOW, Vera Regina. *O cuidado na saúde*: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

4. PERSPECTIVAS À ANÁLISE DO PÚBLICO E DO PRIVADO NA SAÚDE

4.1. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional e a educação da saúde

Ricardo Burg Ceccim
Luiz Fernando Bilibio

Saúde suplementar, Sistema Único de Saúde e exercício liberal das profissões de saúde

Desde a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), comemoramos a ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de que necessita em saúde, bem como a redução dos efeitos predatórios do setor econômico sobre a cobertura dessas ações e serviços, mas pouco nos dedicamos, na Educação Superior e na Saúde Coletiva, a compreender as atuais características das relações entre *público* e *privado* no setor da saúde, onde encontramos um ***subsetor estatal***, composto por ações e serviços *próprios* do SUS e ações e serviços *contratados e conveniados*, identificados como *complementares*, uma vez que *não-estatais, mas prestando serviços ao Estado*, e um ***subsetor suplementar*** composto pelas ações e pelos serviços prestados pela *iniciativa privada*, cabendo ao SUS a sua *fiscalização e controle, zelando pela qualidade dos serviços de assistência à saúde*.

Idealmente, ao subsetor suplementar não deveriam caber importantes parcelas de cobertura assistencial, uma vez que o SUS foi delineado como de acesso universal. Entretanto, o *direito de acesso* não correspondeu à *efetiva cobertura* e os planos e seguros privados de saúde vêm contribuindo de maneira expressiva à garantia de acesso da população à atenção de saúde. Apenas as ações e serviços de saúde cobertas por *desembolso direto* dos usuários se aproximam, hoje em dia, do conceito estimado à designação original de suplementar (adicional/ampliada, não um lugar necessário ou que se impõe/complementar).

De acordo com a Constituição Federal (C.F.), o direito de toda a população brasileira à saúde e o dever do Estado para com a mesma deve ser velado pelo acesso não apenas às ações de recuperação, mas, também, às ações de promoção e proteção (assistência em sentido ampliado) (C.F., art. 196). As ações e os serviços de saúde foram definidos como de ***relevância pública*** e, por isso, passou a caber ao Estado (poder público) sua regulamentação, fiscalização e controle, ainda que sua execução não se efetive diretamente (pelo poder público), mas, também, por meio de terceiros (contratados ou conveniados) ou por pessoa física ou jurídica de *direito privado* (iniciativa privada) (C.F., art. 197). O sistema de saúde, mesmo não sendo restrito às ações e serviços sanitários do *poder público*, também foi definido como *único* (C.F., art. 198), sendo facultada a assistência à saúde pela iniciativa privada, vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e a participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo em casos previstos por lei (C.F., art. 199).

As instituições privadas que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde devem fazê-lo de acordo com as diretrizes e princípios deste, devendo estar assim disposto nos respectivos contratos ou convênios (C.F., art. 199). Em relação ao restante da iniciativa privada, quaisquer de suas ações e serviços também integram o rol de responsabilidades do Estado e requerem adequado conhecimento para o exercício da **regulação pública**. Então, para desenvolver as estratégias nacionais de regulação pública (regulamentação, fiscalização e controle) foi criada, por meio da Lei Federal nº 9.661, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O marco regulatório do setor privado, como um dever do Sistema Único de Saúde, foi a Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispôs sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A partir de 2000, o marco regulatório mostrou-se ampliado e abrangente, para além das premissas de direito do consumidor, pois a existência do Sistema Único de Saúde interrogava a universalização (a igualdade de direitos e condições de acesso) e a integralidade (resolubilidade) na assistência à saúde. Ainda existe um longo processo a percorrer na consolidação da regulação, mas uma nova agenda foi introduzida no mercado da assistência suplementar: seu pertencimento ao setor da saúde como interesse público e alvo de políticas públicas.

Considerada a formação social brasileira e a história da organização do sistema brasileiro de saúde, uma especial interrogação de regulação se coloca aí: qual a vigência do imaginário social de exercício liberal das profissões científicas da saúde e da ideação das práticas assistenciais sob o padrão consulta-prescrição, perspectivas típicas da atuação liberal e da iniciativa privada de consultório? Essa interrogação surge para melhor entender os possíveis padrões de aceitação e entendimento da extensão do papel de regulação pública a ser exercido pelo Estado sobre a iniciativa privada.

O ideal do exercício liberal (individual) da profissão e o ideal do cenário consultório-prescrição (de ampla autonomia) terminam por estabelecer a vigência - no plano ideativo – da imagem liberal-privatista a ser reproduzida nos subsetores estatal (próprio ou complementar) e suplementar. Esse imaginário enaltece o subsetor suplementar, colocando-o como projeto profissional, embora a pouca ou nula reflexão crítica sobre sua resolubilidade, apropriação dos termos da integralidade em saúde ou comunicação com as redes sociais de pertencimento e inclusão dos usuários.

O prejuízo ao subsetor estatal é o da manutenção de um ideário que lhe é distante e inadequado ao cumprimento de seu papel público, o que se estende aos padrões de contratação e convênio que são estabelecidos com a iniciativa privada. O prejuízo aos usuários do subsetor suplementar é o da inacessibilidade à promoção e proteção à saúde e à atenção integral que dê acolhimento às histórias de vida que acompanham os adoecimentos, em especial quando dependem do leque de oferta dos planos e seguros privados. Um terceiro prejuízo ocorre quando os profissionais, capturados em sua subjetividade pelo imaginário liberal-privatista, rechaçam, desqualificam ou oneram com questões corporativas o trabalho nas áreas estatais e subordinam os usuários a um cuidado que não lhes é acolhedor e não alcança a sua alta adesão terapêutica.

A captura das subjetividades profissionais subordina os próprios profissionais à aceitação tácita dos paradigmas científicos tributários da economia capitalista mundial e aos padrões disciplinares das sociedades de conhecimento. Observa-se a perda e a intensa regulação das autonomias profissionais em nome do interesse econômico das empresas e seguradoras de saúde, quando os profissionais atuam na saúde suplementar. O prejuízo aos

trabalhadores traduzir-se-á pelo trabalho danoso para a sua saúde pessoal que, de um lado é combatido, tendo em vista direitos no trabalho, de outro é naturalizado e subsumido como inexpugnável, além de ungido como condição social ao prestígio público, sucesso na carreira e superioridade profissional e econômica.

Resta uma real preocupação ao SUS: a regulação do subsetor suplementar no tocante à qualidade da atenção. Promoção e proteção da saúde ou assistência fragmentada às doenças e agravos com evidência fisiopatológica? Sistema assistencial orientado pela alteridade com o usuário ou pela utilização irrestrita de tecnologias diagnósticas e terapêuticas armadas em equipamentos e medicamentos? Práticas cuidadoras ou subordinação aos protocolos centrados nas abordagens por procedimentos e medicamentos? Práticas profissional-centradas e embasadas em sistemas formais de encaminhamento ou acesso ao trabalho em equipes multiprofissionais de saúde, conforme necessidades singulares? Integralidade ou práticas consultório-centradas? Necessidade de regulação pública mediante interesse econômico ou regulação pública mediante acesso aos serviços de alta qualidade *às pessoas*?

O marco regulatório demandado, na existência do Sistema Único de Saúde, não poderá ser apenas de mercado, de proteção dos clientes contra abusos econômicos ou salvaguarda da clientela para que tenha seus direitos de cidadania acima do interesse financeiro. Na existência do SUS, uma operadora de planos/seguros de saúde se torna a "gestora do processo de cuidado". De um lado, isto deixa claro que a regulação precisa ser sobre as práticas cuidadoras e não sobre a "saúde financeira" das empresas. De outro lado, evidencia que os profissionais precisam "desejar" a regulação, para disputá-la e não para rejeitá-la em defesa de práticas soberanas auto-centradas. Este processo, se relacionado com o reconhecimento de que a Saúde Suplementar integra – como subsetor não-estatal – o Sistema Único de Saúde, tanto em termos constitucionais (relevância pública) como por sua importância na oferta e na prestação de serviços no país, torna necessário o aprofundamento dessa temática nos campos da Educação na Saúde, do Desenvolvimento da Gestão em Saúde, da Economia da Saúde e nas áreas afins da Saúde Coletiva, na direção de um entendimento mais abrangente da atual conformação do sistema de saúde brasileiro. De outro modo, estaremos supondo que é livre à iniciativa privada não apenas a oferta de ações

e serviços, mas a decisão de atuar ou não pela primazia da terapêutica, pela proteção da integridade de seus usuários e pelo cumprimento ou descumprimento dos princípios de cidadania em saúde gravados na Constituição Federal e suas leis orgânicas.

Os imaginários sobre a profissão e o exercício profissional estarão, portanto, na base desse tipo de regulação. Uma regulação do processo de trabalho e do modelo assistencial atinge diretamente os pontos de vista dos trabalhadores sobre seu exercício profissional. Ainda que a transposição social do lugar de "profissão liberal universitária" para o de "trabalhador da saúde" tenha sido detectado no Brasil desde meados dos anos 1970, não aconteceu, no imaginário social das profissões de saúde um movimento de progressão em direção à cidadania ou à democratização. Em lugar de *ascensão* à condição de trabalhador, uma *sujeição* à condição de assalariado marca o imaginário social. Incapaz de orientar um novo dever profissional que ordene saberes e constitua disponibilidades ao fazer em equipe, a educação superior utiliza os símbolos e a linguagem que diferem as *profissões superiores* de uma identidade com as classes trabalhadoras. Embora obras clássicas como "Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho", de Maria Cecília Ferro Donnângelo e "O saber de enfermagem e sua dimensão prática", de Maria Cecília Puntel de Almeida apontassem uma identidade com a classe trabalhadora (Nogueira, 1999), um imaginário sobre a superioridade da educação marca o lugar de sucesso na carreira como superioridade de classe. Obras de refinada inteligência como "Os médicos e a política de saúde", de Gastão Wagner de Souza Campos, "O capitalismo e a saúde pública" ou "A saúde pública como política", de Emerson Elias Merhy, detectaram os movimentos das corporações profissionais, os efeitos da formação social capitalista no interior da prática profissional (saber universitário como prática de classe social) e exercício da profissão como prática social de identificação com o capital e não com o trabalho. Além do resíduo terminológico "profissão liberal universitária", um conceito mesmo de exercício profissional arrasta um universo semântico e sociopolítico que configura o título universitário como profissão liberal nos moldes clássicos, tanto mais arraigado quanto mais retroalimentado na disputa pelos discursos com poder na sociedade.

Diferentemente de *imaginado*, uma projeção irreal com possibilidade de tornar-se real, diz Machado da Silva (2003), "o imaginário emana do real, estrutura-se como ideal e

retorna ao real como elemento propulsor". Juremir Machado da Silva estudou Michel Maffesoli, apresentado como leitor de Walter Benjamin e inspirado por Gilbert Durant, lembrado como leitor de Gaston Bachelard, para sugerir o imaginário como um "reservatório/motor". Como reservatório, o imaginário agregaria imagens, sentimentos, lembranças, experiências, visões do real que realizam o imaginado, leituras de vida e, por intermédio de vivências individuais/grupais, sedimentaria modos de ver, de ser, de agir, de sentir e de aspirar ao estar no mundo. O que queremos destacar, entretanto, é que o imaginário, diferentemente de cultura ou de civilização, não constitui os sistemas de pensamento ou as racionalidades e não aspiração à universalidade. A cultura ou civilização contêm um quê de objetividade, descrição, reprodução. O imaginário contém um quê de imponderável, subjetividade inexorável, funciona como uma aura, uma atmosfera, mantendo-se ambíguo, perceptível, mas não quantificável, guardando uma autonomia relativa. A "aura" assegura a existência de uma "autoridade da coisa" e, na era da aceleração tecnológica, a perda da aura é evitada por uma reinvenção da aura, por uma reprodução total e *viral* da imagem que não se quer perdida. Faz-se isso por meio de "tecnologias do imaginário", uma ativa captura das autorias (inventividade, criatividade) e da liberdade (viver no aqui-e-agora, *in actu*). Uma captura do poder de desmanchamento das formas que um imaginário teria por ser apreciação única, figura singular, pela reprodução virótica da imagem para que não se perca, para que se reengendre em outras formas. O imaginário não é nenhum tipo de determinismo, mas um lago de significados, uma atmosfera onde objetos se põem em obra. Imaginemos uma atmosfera de formação onde se ensina profissionais de saúde e se perfila as novas gerações profissionais... Se foi possível ver-sentir essa "atmosfera" é essa mesma a que ensina o que ver e sentir quando se aprende a ser um profissional de saúde. Nos lugares de formação, opera uma aura, uma carga subjetiva irrefutável. Mesmo incômodas, estarão presentes, ambições, paixões, identificações e modelagens (por exemplo, de glória, de sucesso, de reconhecimento e de detenção de verdades, de explicações e de poderes sobre curar, salvar e atender). Isso é o imaginário, ensina Juremir Machado da Silva, elucidando Mafessoli e sua leitura de Benjamin.

Cobertura das necessidades de saúde da população, o público e o privado na saúde

Os procedimentos educativos, a configuração de currículo, a eleição de práticas de ensino, a opção por estratégias didático-pedagógicas prendem-se sempre, aos conteúdos que se quer repassar, transpor, fixar. Pois, quais seriam os objetos e objetivos de conhecimento relativos à saúde suplementar?

Estima-se que a saúde suplementar cubra atualmente 44 milhões de usuários, o que corresponde à 23,9% da população brasileira. O mercado é constituído por empresas de medicina de grupo (32,7%), cooperativas médicas (27,0%), odontologia de grupo (10,7%), seguradora especializada em saúde (10,5%), autogestão patrocinada (10,2%), cooperativa odontológica (3,7%), filantropia (3,0%) e autogestão não patrocinada (2,1%).

Trata-se de um mercado fortemente concentrado, pois 51 operadoras somam mais de 22 milhões de beneficiários. A clientela concentra-se nos centros urbanos, principalmente na região sudeste, com 66,7% da cobertura nacional. As regiões Sul e Nordeste apresentam 12,9% da clientela cada uma, mas com um histórico de superioridade da região Sul. A região Centro-Oeste concentra apenas 4,4% e a região Norte simplesmente 3% da população coberta por planos e seguros privados de saúde no país. A maior proporção é de mulheres e de famílias de maior renda. A cobertura de planos de saúde para famílias com renda maior que 20 salários mínimos atinge 76%. A presença de planos de saúde por região também é concentrada por faixa de renda, condição de emprego e localização em centros urbanos. Na região Sudeste, 37,5% da população é beneficiária de planos/seguros privados de saúde, no Sul, 21,2%; no Centro-Oeste, 14,9% (11,6% no Distrito Federal); no Nordeste, 11,2% e, no Norte, 9,0%[1].

Ao longo da década de 1990, um conjunto de trabalhos foi sendo publicado, dirigindo-se principalmente à caracterização econômica do setor e aos aspectos referentes à sua regulação (Bahia, 2001; ANS, 2002). A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2000, se constituiu num marco de fundamental importância. Em especial o ***Programa de qualificação da saúde suplementar: nova perspectiva no processo de***

[1] Todos os dados referidos pertencem ao Sistema de Informação de Beneficiários, ANS/MS – 12/2006 e Cadastro de Operadoras, ANS/MS – 12/2006.

regulação, agenda da Agência Nacional de Saúde Suplementar (iniciado em 2003), visa ao monitoramento e à avaliação da assistência em saúde suplementar e ao desenvolvimento institucional da ANS no cumprimento de seu papel de Estado. Esse Programa se faz integrar por uma revisão crítica da qualidade do trabalho e das ofertas em Saúde Suplementar para que esta venha incorporar à concepção curativa - predominante na gestão e avaliação de seus resultados - as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, mediante a construção de uma rede de centros colaboradores que articule a ANS às instituições nacionais e internacionais envolvidas com produção teórica e não apenas com a operacionalização da Saúde Suplementar.

Como resultado de pesquisa, já no interior do referido ***Programa***, surgiu o conceito de "microrregulação", tendo em vista a disposição do trabalho, a atuação dos trabalhadores de saúde e os sistemas assistenciais ofertados aos usuários. A microrregulação surgiu como possibilidade de estruturação dos padrões de regulação relativos ao ordenamento do trabalho e à integralidade da atenção à saúde.

Visando uma aproximação ao cotidiano assistencial, a Agência fomentou a realização de dois estudos sobre os modelos assistenciais e sobre os processos de trabalho praticados pelo mercado de planos de saúde, onde, por meio de metodologia qualitativa foram pesquisadas sete operadoras, tendo sido realizadas um total de 89 entrevistas (dirigentes; prestadores hospitalares, médicos e odontológicos; *call center*s e Programas de Defesa e Proteção do Consumidor) em São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte. A investigação tomou por base os princípios de atenção integral à saúde, a humanização do atendimento, o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais/serviços e a resolubilidade das práticas profissionais de saúde.

A pesquisa trabalhou também com a construção de Linhas de Cuidado, entendidas como "a articulação ou a facilitação do acesso ao conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares", bem como "aos cuidados de especialistas médicos ou de outros profissionais de saúde (psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros ou outros) e às tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado" de que necessitam as pessoas.

Os dados mostraram uma similaridade muito grande entre o cuidado oferecido na saúde suplementar e as práticas assistenciais tradicionais do paradigma biomédico. Conforme Malta; Jorge; Franco e Costa (2005), as "principais características do modelo de assistência praticado na saúde suplementar assentam-se na fragmentação do cuidado, na ênfase em procedimentos, nas diretrizes biologicistas e em interesses de mercado".

Entre as diretrizes apontadas para a reorganização da modelagem assistencial estavam a integralidade do cuidado e a micropolítica dos processos de trabalho, gerando efeitos sobre a organização da assistência à saúde e os desenhos institucionais para a oferta de ações e serviços.

O cenário descrito não apontou, mas deixou um vazio relativo à formação, não pelo paradigma biomédico ou biologicista, mas relativo aos imaginários. Discutidos há décadas, por diversos autores, os paradigmas não foram substituídos, nem permaneceram iguais. Não foi abandonada a perspectiva flexneriana, embora reduzida a perspectiva biologicista pela humanização; não foi abandonada a perspectiva médico-centrada, embora acentuada a co-responsabilização; não foi suprimida a perspectiva hospitalocêntrica; embora introduzida a saúde da família, não foi suprimida a noção de verdade contida nos exames e medicamentos, embora a conversa sobre a constituição de sujeito. O que queremos dizer? Que ocorreram mudanças na formação, sim, estão aí os exemplos do novo universo semântico, mas não se tocou a "alma", diria Merhy, a "aura", diria Benjamin, a "atmosfera", diria Maffesoli, o "*intelectus sanctus*", diria Bachelard, as "pulsões subjetivas e assimiladoras", diria Durand. Mudar as formas, mas não mudar as forças que as constituem, fonte racional e não-racional de impulsos para a ação, diria Machado da Silva.

A necessidade e a oportunidade de ampliar estudos e análises, no âmbito do ensino não é pela humanização, co-responsabilização, saúde da família ou constituição de sujeito, é pelo sonho com o trabalho, a imagem do exercício profissional. Um imaginário liberal-privatista atravessa o que se ensina sobre saúde desde a educação infantil até a pós-graduação das áreas clínicas em saúde, uma concepção marcada pela prática de consultório, pelo atendimento individual embasado na díade diagnóstico-prescrição, tendo a doença como referência e o curativismo biologicista como paradigma. Esse imaginário não tem

sido colocado em questão mediante aproximações concretas ao mercado de trabalho em saúde, à regulação do subsetor privado-suplementar e aos itinerários terapêuticos efetuados por usuários e profissionais em busca da resolutividade dos problemas de saúde identificados, além de suas implicações à cidadania e à promoção da saúde como responsabilidade setorial e profissional.

No tocante à assistência, uma dualidade estrutural e funcional (poder público e iniciativa privada), de caráter particular na reforma sanitária brasileira, vem sendo assinalada por diversos autores, demonstrando a importância de um aprofundamento teórico e empírico sobre a Saúde Suplementar nos rumos e na qualidade do sistema de saúde no país (Bahia, 2005). De apenas livre à iniciativa privada, a assistência à saúde passou à prestação por um subsetor suplementar integrado ao subsetor estatal. O subsetor suplementar alcança praticamente ¼ da população brasileira no tocante à assistência, embora a cobertura de proteção à saúde ultrapasse enormemente as estratégias assistenciais, cumprindo uma diversidade de papéis relativos à redução do risco de doença e outros agravos.

Uma charge de humor do cartunista Amorim (Carlos Alberto Amorim), publicada em 2002, permite-nos uma imagem divertida da referência público-privado:

O poder público, entretanto, alcança a totalidade da população (100% das pessoas)

com as ações e serviços de saúde que extrapolam a assistência e configuram os padrões de saúde no País, tais como o controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse à saúde; a execução de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador; o desenvolvimento e ordenação da formação de trabalhadores na área; o desenvolvimento e incremento de pesquisas e inovações científicas e tecnológicas em saúde; a fiscalização e inspeção de alimentos e da água para consumo humano; a participação nas ações de saneamento básico e proteção ao meio ambiente; a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; a participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; a organização e disponibilização de sistemas de informação em saúde; a disposição de condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias para fins de transplante, pesquisa e tratamento; a disposição de condições e requisitos para a coleta, processamento e transfusão de sangue e hemoderivados; a disposição de condições e requisitos para a pesquisa envolvendo seres humanos; a regulação, auditoria e avaliação dos sistemas locais de saúde e a abertura de canais participativos da população na condução dos sistemas locais e nacional de saúde, além da regulamentação, fiscalização e controle de todas as ações e serviços de saúde exercidas no território nacional, entre outras.

Ao preservarmos, como sociedade do conhecimento, um ensino de saúde, em todos os níveis de escolarização, que privilegia a perspectiva liberal-privatista e não coloca em análise as relações entre público e privado no ordenamento do Sistema Único de Saúde, não contribuímos para a real compreensão e apropriação da cidadania, para a eqüidade e solidariedade entre as classes sociais no direito à saúde como dever do Estado para com toda a população e para uma ciência com relevância pública associada ao mérito acadêmico.

A construção de referências e sentidos ao ensino e à pesquisa configuram o primeiro passo na identificação do que e como ensinar e pesquisar na universidade (ensino de graduação) relativamente à saúde suplementar, escapando do ideário liberal-privatista para uma análise de sociedade e saúde, trabalho e mercado em saúde, educação em saúde para a cidadania plena de todas as classes sociais, problemas e dificuldades na implementação do

SUS e regulação pública no interesse da coletividade.

Algumas considerações sobre imaginários e outra imagem para a autoridade profissional

Quando relacionamos a dinâmica do "acontecer" com o "imaginário", chamamos atenção para a articulação ou, ainda, para o entrecruzamento do desejo com a racionalidade, do sonho com a realidade, do ideal com o real. Trata-se então, da tarefa de considerar o mundo das *forças* e seu constrangimento/contenção ou vitória sobre o mundo das *formas* em sua composição das práticas de educação dos profissionais de saúde, principalmente no âmbito da graduação em saúde. É esta composição (por fratura ou sedimentação) que constitui ordenamento à dinâmica do acontecer da formação.

Nesta direção, salientar a dimensão do imaginário é considerar aquilo que mobiliza ações e pensamentos; uma perspectiva do imaginário como dimensão produtora de realidades e em coexistência com os corpos. O imaginário social instala-se por contágio, "sonho que se sonha junto", aceitação tácita de um modelo, percussão de si por um coletivo como *difusão-em-nós*. Por outro lado, ao se tratar de uma inter-relação, a chamada realidade também ativa imaginários. O imaginário não é um determinismo, nem crença, nem ideologia, sendo afetado por encontros, distorção do entorno, *diferença-em-nós*. Deste modo, falamos de uma relação interdependente: tecnologias do imaginário produzindo realidades e a realidade ativando imaginários, por "afecção". "Todo indivíduo submete-se a um imaginário preexistente[, mas] todo sujeito é um inseminador de imaginário", afirma Machado da Silva (2003).

Não pretendemos contemplar a pluralidade dos imaginários presentes nas diversas dinâmicas do acontecer que compõem os cotidianos da formação em saúde. Não desprezamos a extensão desta pluralidade que ocorre em ressonância com a multiplicidade de coletivos, grupos e cenários e também é relativa às diversidades regionais e sociais do País. Esgotar estas possibilidades talvez seja uma tarefa irrealizável. Contudo, mesmo reconhecendo a relevância desta multiplicidade, sustentamos duas suspeitas. A primeira é a

de que um determinado tipo de imaginário perpassa esta multiplicidade de dinâmicas do acontecer. Trata-se do *imaginário liberal-privatista*: um conjunto vivo de imagens de profissional bem sucedido, senhor de si, autônomo em seu processo de trabalho e especialista que utiliza os equipamentos tecnológicos de ponta para tratar dos problemas de saúde. A segunda suspeita é a de que os processos educativos de educação da saúde desenvolvem raríssimas estratégias com o intuito de mobilizar imaginários, isto é, acolher compreensões e aceitações, alterá-las em situação mediante vivências disruptoras, fatores de exposição, experimentação. Essa suspeita informa que há uma compreensão e aceitação das regras liberal privatistas no ordenamento racional e não-racional de impulsos para o acontecer "profissional de saúde".

Na tradição moderna do empirismo lógico, o imaginário sempre esteve presente na lista das categorias sem relevância. Configurava esta lógica, uma concepção objetivista da realidade, na qual o real coincidia com aquilo que é tangível e mensurável pela racionalidade humana. Um desdobramento desta maneira de pensar é que a representação objetiva desta realidade era o único conteúdo de valor no próprio pensar. Tratava-se da aposta moderna na capacidade cognitiva humana de copiar corretamente a realidade; de representar exatamente a realidade em si por meio da linguagem formal.

Entre outras estratégias de sustentação, este grande empreendimento moderno foi viabilizado pela *visão* – pela maneira de olhar o mundo ou, ainda, por um conjunto de imagens tomadas como verdadeiras – de supremacia da razão (mente) sobre o sentir (corpo) e de separação entre sujeito e mundo objetivo. Nessa tradição, o imaginário seria um tipo de ficção, fantasia, algo sem consistência, uma dimensão errada ou falsa do pensamento; um engodo dos sentidos. Uma categoria com utilidade somente para as artes e religiões, mas de pouca utilidade para uma reflexão pautada pela materialidade da vida.

A partir do século XX, vários pensadores como Cornelius Castoriadis, Gaston Bachelard, Gilbert Durand, Gilles Deleuze, Michel Maffesoli e Walter Benjamin, desenvolveram diferentes perspectivas sobre a imaginação e o imaginário que, em comum, divergem da visão tradicional do empirismo lógico. É nesta direção que Castoriadis (1987) questiona o quanto – daquilo que conhecemos – tem origem no observador (em nós

mesmos) e o quanto deriva daquilo que *é*. Para Castoriades, esta é uma questão indecifrável. Tal questionamento guarda uma sintonia com a perspectiva filosófica de Heidegger (2003), presente em sua obra de 1927, "Ser e tempo", em que privilegia o mundo enquanto um sendo, um acontecendo; o homem enquanto *poder-ser*; o tempo enquanto *devir*, a temporalidade como processo de *acontecer*.

Trata-se aqui de uma perspectiva onde o ser não é definido na sua relação com ele mesmo – como indivíduo isolado e anistórico –, pois a constituição do pensamento, dos atos de fala e do próprio corpo humano acontecem na relação, na experimentação, na vivência com as coisas, com os outros e com o mundo. Dizendo de outro modo, existimos como mente-corpo-mundo e a realidade é o que está acontecendo durante um jogo de capturas e de singularizações.

Em ressonância com essas perspectivas, entendemos o imaginário como algo que transpassa este jogo. O imaginário está no fluxo, na distinção e na troca entre material e imaterial. Ele opera nas decisões diárias, desde aquelas mais comuns, como decidir entre subir as escadas ou tomar um elevador, entre levantar rapidamente diante do alarme sonoro do despertador ou ficar mais 5 ou 10 minutos na cama, até as decisões mais definidoras do nosso jeito de andar a vida, como, por exemplo, decidir para que curso se prestará o vestibular ou, ainda, se a atuação profissional de um indivíduo será marcada pelo individualismo ou pela alteridade, por reprodução ou pelo colocar-se em situação.

O imaginário se efetiva no devir e mantém profunda ressonância com a cultura e com o desejo. O imaginário se forma no social, na convivência coletiva. É possível falar no imaginário de um indivíduo, contudo mesmo este imaginário individual mantém uma forte correspondência com os valores, as normas, os hábitos, os costumes, as maneiras, a estética e a ética dos grupos nos quais este indivíduo está inserido. Tais grupos ou, ainda, tais características grupais podem ser hegemônicas ou não na sociedade, porém ao considerarmos o imaginário estamos referindo o vínculo entre pessoas; aquilo que vincula um grupo e não necessariamente a maioria. Maffesoli (2001) refere-se ao imaginário como o "estado de espírito de um grupo, de um país, de um Estado-nação, de uma comunidade", algo que tem profunda relação com a cultura, mas mantém algo de imponderável, algo de

não racionalizável. Um tipo de atmosfera que vincula pessoas e, por isto, é muito pouco individual.

De certa maneira, trata-se do manancial de imagens presentes no acontecer da realidade. Um conjunto vivo de imagens, como reservatório dinâmico e aberto de imagens relacionadas ao coletivo e ao social e que reflete sua proximidade com a cultura e o *socius*. Entretanto, o imaginário também instiga uma nuance a mais, para além da idéia de cultura e sociedade (civilização), *ele tem algo de imponderável, não racionalizável.* Nas palavras de Maffesoli, "é a aura que ultrapassa e alimenta". O que também pode ser dito como o onírico, o lúdico ou o emocional do reservatório dinâmico e aberto de imagens. É esta nuance que mantém vivo e aberto o conjunto de imagens e, ao mesmo tempo, é uma intensidade partilhada, uma sintonia, uma vibração; o desejo que faz estar junto um coletivo.

Esta perspectiva não exclui a constatação de que o estar junto também é sustentado – racionalmente – no campo das argumentações e das necessidades. Todas as práticas humanas são passíveis de explicação e esta argumentação persuasiva – a justificativa – também é embasamento das decisões humanas e da união dos grupos. O que entra em cena com a noção de imaginário é que a justificativa – consciente e racional – não é o único fator motivacional das práticas e, talvez, nem o principal. A atmosfera afetiva compõe em muito o acontecer da vida e este é o caráter motriz do imaginário. A efetivação do poder de determinado imaginário carrega consigo o seu correspondente de prazer e felicidade.

A alta diferenciação superior da educação universitária e das profissões para que sigam idealmente reconhecidas como "liberais universitárias" requer a mobilização de muitos recursos individuais de demonstração e correspondência a este ideal. Ao mesmo tempo, cumprido esse ideal, os profissionais detêm uma possibilidade crescente de controlar e definir as condições de seu trabalho, salvaguardada, na menor das hipóteses, a autonomia na relação de atendimento profissional-usuário (na consulta, na beira do leito, na mesa de exames ou de procedimentos etc.). A profissionalização, com esta descrição, precisa veicular sentido ao agir social (exercício de profissão), o que se dá sob a pressão de expectativas da sociedade, não apenas sobre a universidade, mas sobre o indivíduo que está

nos bancos universitários, e na experimentação de espaços-tempos-sentidos que dêem passagem ou não aos imaginários sociais em disputa na sociedade.

Machado da Silva (2003) coloca que "tudo é nó e conexão no tecido imaginal". Assim, toda entrada em um cenário é enlace por entre uma trama. O que ali está em "nó" não é unitário, é conformação. Diante de demandas conflituais, o que vemos é a rápida reprodução da motivação e do sentido da ação (cristalização de representações) ou a sua problematização (abertura de imaginações).

Plasticidade e fluidez do imaginário

O imaginário é sempre plural, tecido de variabilidade e previsibilidade, fragmentação e complexidade. Estamos constantemente sendo instigados por imaginários ao mesmo tempo em que colaboramos - com nossas práticas - para a problematização dos imaginários. De certa maneira, a unidade do imaginário é uma síntese paradoxal. O paradoxo não é mal, ele é *nó e conexão* no tecido imaginal. Como disse Merhy (2002), podemos entender o trabalho médico como um paradoxo: entender o trabalho médico como paradoxo é entendê-lo tanto como "um dispositivo estratégico para instituir um modelo de atenção à saúde descompromissado com o usuário e procedimento-centrado", como "uma ferramenta" para desarmar esse modelo e "produzir um novo modo de agir em saúde". Reconhecendo o paradoxo como a plasticidade e a fluidez do imaginário, é possível falar em diferentes faces, diferentes particularidades do imaginário. Ao falar sobre o imaginário parisiense, Maffesoli (2001) afirma que este imaginário "gera uma forma particular de pensar a arquitetura, os jardins públicos, a decoração das casas, a arrumação dos restaurantes etc.". Completa sua afirmação dizendo: "o imaginário de Paris faz Paris ser o que é". Trata-se assim, de uma dinâmica do acontecer ao mesmo tempo a construção histórica e a atmosfera, a construção histórica da capital francesa e a atmosfera parisiense.

Seguindo nesta direção, é possível afirmar com base na literatura pertinente ao ensino médico e odontológico (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993; Jardim, 1999; Freitas, 2007) que atua fortemente no setor da saúde um imaginário profissional liberal-privatista,

também revestido pelo simbolismo semântico da "autonomia profissional", inclusive nos termos que detectou Campos (1988) sobre as operações político-corporativas dos médicos diante do assalariamento e da incorporação ao sistema estatal de saúde, a perda da possibilidade liberal-privatista no mundo real: pondo-se uma luta pela autonomia com total propriedade e independência sobre o diagnóstico e a prescrição.

Este imaginário "insemina" a formação profissional ao fragmentar público e privado; usuários e beneficiários, Estado e sociedade civil. Valeria a pena estudar intensamente Alberto Melucci, em "A Invenção do Presente: Movimentos Sociais nas Sociedades Complexas" para compreender como, nas sociedades complexas, ocorre um entrelaçamento de aparatos que incorporam o público e o privado de maneira, "agora, inextricável". No setor da saúde, um subsetor estatal e um subsetor suplementar registram a não-oposição, antes um entrelaçamento do público-estatal e do público-não estatal. Significa "permitir que toda a sociedade assuma, como seus, os dilemas [paradoxos] que a atravessam" (Melucci, 2001). Ao assumir os paradoxos como seus, os submeteria à negociação e à decisão [pactuação] e os transformaria em possibilidade de mudança. O autor lembra-nos, então, que a transformação do paradoxo na possibilidade de mudança não anula a especificidade e a autonomia dos atores conflituais. Não se trata de uma generalização, muitos coletivos de saúde se diferenciam do imaginário liberal-privatista, imaginando outras práticas, existindo de outro jeito. Esses coletivos lidam de alguma maneira com o imaginário liberal-privatista, provavelmente resistindo a este imaginário, mas, também, produzindo ambivalências: margem de cooptação, mas, também, condição para a ação criativa.

O imaginário liberal-privatista está sintetizado num conjunto de imagens que correspondem ao profissional de saúde bem sucedido da cultura contemporânea globalizada. Trata-se do individuo que - pelo seu trabalho e por meio do seu suor - executa sua escalada social; conquista uma vida financeiramente confortável e segura. Senhor de suas decisões, com atuação autônoma, domina um conhecimento altamente especializado, traduz de maneira exemplar este conhecimento em sua própria prática profissional, utiliza a tecnologia mais avançada em sua área de atuação e consegue resolver complexos problemas de saúde com sua habilidade. Ideativamente, trabalha num hospital de

referência, tem compaixão e dedica horas de sua jornada semanal à assistência de pessoas carentes e necessitadas, atuando nos serviços públicos de periferia. Exerce sua profissão com integralidade, independência e autonomia atuando em serviços diferenciados de ensino e pesquisa e em sua clínica privada, onde cobra caro, pois investe recursos *pessoais* de aprendizagem com os pobres e *financeiros* com jornadas, livros e congressos da área.

É possível vislumbrar que a efetivação do poder destas imagens corresponde a um tipo de prazer e felicidade modelados na cultura reproduzida nos grandes meios de comunicação, correspondendo a um norte a ser buscado para muitas pessoas do campo da saúde. O imaginário liberal-privatista é uma aura que motiva e instiga as ações de muitos, mas que angustia a existência de outros tantos. Esta atmosfera "inseminadora" de imaginário nos espaços da formação em saúde tem fluência nas práticas discursivas das entidades profissionais de trabalhadores da saúde.

Se uma vibração motiva atitudes, hábitos, costumes, regras, relações e processos nos espaços de trabalho da saúde, isto é, um imaginário nutre determinada realidade de saúde, ele também é fortalecido pelas dinâmicas do acontecer que configuram este setor. Neste sentido, talvez seja relevante identificar entre os fatores de fortalecimento do imaginário liberal-privatista aqueles que afastam os profissionais, os modelos assistenciais e o processo de trabalho da conquista e interpretação da integralidade.

Ocorre no setor da saúde uma disputa pela modelagem da atenção e um jogo de forças – de saberes, de práticas e de tecnologias – que caracteriza o processo de trabalho no setor. Um jogo estabelecido na organização da produção dos serviços, a partir dos diferentes saberes da área – distintas compreensões do processo saúde-doença – e de distintos projetos políticos articulados a forças e disputas sociais. Para Merhy (1997), o modelo liberal-privatista ainda é hegemônico na modelagem da atenção na saúde brasileira e é o processo social "responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, capitaneados pelo estilo médico-centrado". Um estilo que trata o outro – o usuário e/ou o próprio colega trabalhador da saúde – de maneira impessoal e objetivada em função da *fetichização* dos saberes estruturados e dos procedimentos cientificamente estabelecidos pela tradição científica biomédica, privilegiando o hospital

como espaço adequado para o cuidado da saúde. Esse imaginário é tão presente na educação, como apontamos no início desse texto, que para não perder essa especificidade (expertise biomédica) a área de pesquisa na educação superior propôs que o corpo científico dos saberes e práticas envolvidas com a saúde passasse a denominar-se ciências médicas **e** da saúde em substituição a designação ciências da saúde. Duas coisas? Pois tome tecnologia do imaginário!

O imaginário liberal-privatista e biomédico faz circular no social, imagens de práticas de saúde ou, ainda, signos de acontecimentos profissionais eficazes para solucionar os problemas de saúde. Maffesoli (2001) ao comentar a influência das tecnologias do imaginário afirma que "o criador nos meios de comunicação só é criador na medida em que consegue captar o que circula na sociedade". Tais tecnologias, segundo o autor, "lidam com arquétipos", refletindo que "o criador deve estar em sintonia com o vivido", uma vez que arquétipos somente existem porque se enraízam na existência social. Então, conclui que "as tecnologias do imaginário bebem em fontes imaginárias para alimentar imaginários".

Um exemplo de operação das tecnologias do imaginário no cotidiano da mídia, relativamente à saúde, está na série de televisão *Plantão médico*. Este seriado norte americano – que tem o título original de ER (*Emergency Room*) – é apresentado como tendo sido criado pelo "escritor e ex-médico" Michael Crichton. Já está em sua 13ª temporada nos Estados Unidos da América, sendo apresentado desde 1994. Está em sua 11ª temporada de apresentação no Brasil, sendo atualmente exibido no canal fechado *Warner Channel*. A série mostra o cotidiano do trabalho de profissionais de saúde que atuam numa sala de emergência de um fictício hospital na cidade de Chicago. Os textos de publicidade das temporadas anteriores de *Plantão Médico*, indicam que "o choro corre solto na medida em que as macas vão chegando". "Não há um minuto sequer a perder; existem vidas a serem salvas". "Vida. Morte. Caos. (...) Os médicos estão à postos". "Heróis vestidos de médicos e enfermeiras encaram situações de vida ou morte diariamente" (Plantão Médico, 2007). Atualmente este seriado também é um *game* de computador. Neste *game*, o jogador torna-se um médico recém contratado pelo hospital e precisa cuidar dos pacientes, interagindo com os personagens da série. Há um poder de sedução nessas narrativas e há a força das imagens consolidando as narrativas. O choro, a vida e a morte de

um lado, heróis vestidos de médicos e enfermeiras de outro, entrando em ação. São médicos e médicas, enfermeiras e enfermeiros, em sintonia com as reflexões de gênero veiculadas pela mídia. Nos episódios estão presentes os profissionais em exercício daquilo que é a profissão, estudantes das respectivas carreiras inspirando-se e aprendendo como se vivem essas profissões e residentes em vivência específica do ser residente e preparar-se para assumir autonomamente as responsabilidades profissionais. Estudantes e docentes universitários relatam que esta série de televisão *motiva* o ingresso nas carreiras da área da saúde e segue para ensinar a complexidade do trabalho, inclusive pela evidência de "desafios pessoais, profissionais, amorosos ou inusitados" entrelaçados, como registra o material de divulgação publicitária.

O desafio do imaginário e a demanda por microregulação da saúde no interesse público

É durante a formação que os profissionais de saúde são mais fortemente apresentados aos modelos de assistência e aos modos de trabalho; é no percurso da graduação que os profissionais em formação vivenciam a maior diversidade de territórios às práticas de saúde e têm a possibilidade de serem apresentados a ambientes de trabalho relativos a toda a rede de serviços, experimentando a exposição aos diferentes signos presentes no trabalho em saúde. Estas condições de variedade e multiplicidade se reduzem durante a formação na residência/especialização e nos empregos e postos de trabalho.

As mudanças no modo de produzir saúde no Brasil, consideradas as transformações no processo político, legal e institucional que nos trouxeram ao Sistema Único de Saúde, permitem-nos uma noção de setor da saúde capaz de conceber o ordenamento das práticas clínicas e sanitárias num subsetor estatal e num subsetor suplementar. Não imaginada como integrada ao Estado, a iniciativa privada foi tolerada pelos ideólogos da reforma sanitária dos anos 1970 aos 1990, por isso não lhe caberia outra designação que não a de "suplementar", ou seja, acrescenta-se, mas não compõe a universalização. Ao longo dos anos 1990 esse "ideal" foi denunciado, não se consumou, não se realizou.

O que previa-se tornar-se *suplementar*, primeiro **consolidou-se** como *complementar*, a modalidade rejeitada pelos ideólogos da reforma, o que avançou muito no SUS pelo debate dos contratos e convênios e pela instituição do controle social pelo conselhos participativos e conselhos gestores de serviços e dos próprios contratos e convênios, assim como pela instituição de mecanismos de gestão estatal e de fiscalização da sociedade pelos Conselhos de Saúde, previstos pela Lei Federal nº 8.142/90. Depois, o que se constatou foi a renovação da iniciativa privada com o crescimento da modalidade planos e seguros privados de saúde. Os trabalhadores organizados e os servidores públicos seguiram reivindicando sistemas de autogestão da assistência médica e odontoló gica, assim como, crescentemente, o direito de assistência psicológica, principalmente às crianças ou para complementar a assistência psiquiátrica; de assistência farmacêutica; de assistência social para portadores de deficiências e patologias crônico-degenerativas; de assistência de enfermagem, especialmente domiciliar, para familiares idosos e após a aposentadoria; de assistência fonoaudiológica, inclusive para a complementaridade da assistência odontológica; de assistência fisioterapêutica e terapêutico-ocupacional, inclusive para atender acidentes, lesões e seqüelas do trabalho, assim como para a integralidade em processos cirúrgicos e reabilitadores. Por aí foi...

Dez anos depois de definido o SUS como a expressão do setor da saúde na Constituição Federal, estava clara a necessidade de regular o setor suplementar no interesse dos usuários. Inicialmente, como consumidores e no âmbito judicial (regulamentação). Em seguida, é a regulação mesma que começa a ser discutida e é criada uma agência reguladora, a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ainda não estão claras quais deveriam ser as tarefas da regulação e muito poucos estudiosos pesquisam esta área orientados pela defesa radical da vida individual e coletiva. Lígia Bahia (2005), uma das mais importantes pesquisadoras brasileiras da área, coloca que ao considerarmos "o conjunto das instâncias de debate e decisão sobre a regulação", obtemos um tracejado bastante tortuoso do sistema de saúde brasileiro, bem mais "extenso e repleto de interligações entre o público e o privado" do que aquele "delineado por uma clivagem dual entre os *que têm planos de saúde* e os *que só têm direito ao SUS*". Para a autora, "a hierarquização dos serviços de saúde, dos médicos e dos tipos de planos de saúde é bem mais complexa e sutil".

Nos termos que trabalhamos nesta abordagem sobre imaginários, vemos novos espaços públicos, no interior de um subsetor que designamos estatal e no interior de um subsetor que designamos como suplementar. De um lado, necessitamos profissionais que desejem cuidar e desejem fazê-lo de maneira integral, de outro, necessitamos um sistema de saúde que oferte modelos assistenciais cuidadores e regule a iniciativa privada para que, em saúde, seja capaz de modelos assistenciais cuidadores. Falamos de novos espaços públicos porque não temos tido o interesse público e o interesse *do* público priorizado em um ou outro desses subsetores. Quando Alberto Melucci (2001) fala de novos espaços públicos, ele fala de novos "espaços da palavra, espaços da nomeação", que permitem dar voz - nova ou diversa - a todos que, na sociedade, não se deixam reduzir aos nomes que a racionalidade técnica impõe ao mundo. Na condição de tomar os imaginários como ampliação do conhecimento sobre o trabalho, em especial os supostos sobre os modos de trabalhar na saúde (as micropolíticas operadas no cotidiano profissional e das equipes de saúde) e sobre os modos de ordenar a assistência (estratégias de organização da atenção e desenhos institucionais para a oferta de ações e serviços), tencionamos aproximar público e privado, um subsetor próprio e um subsetor regulado na saúde, um sistema *único* e um setor *unitário* (de relevância pública). Com esta aproximação, imaginamos a contribuição para a conformação de um imaginário usuário-centrado, "um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva", como posiciona-se Merhy (2002).

Se, na ambivalência dos processos de formação, não se configura uma "alma" orientada pelo efetivo compromisso com o acolhimento das pessoas e suas histórias de vida, pela efetiva responsabilidade com a cura, entendendo processos a acompanhar, escutar, cuidar e tratar ou pela efetiva dedicação ao desenvolvimento da autonomia dos usuários nos processos de adoecimento e construção de saúde no seu andar a vida, como será possível antever implicação púbica. O trabalho no subsetor estatal ou no subsetor suplementar deve ser de compromisso público. Se no primeiro temos uma gestão pública, no outro precisamos da regulação pública. Se no primeiro exercemos pressão sobre governos, no segundo exercemos pressão sobre operadoras e seguradoras. Se no primeiro recorremos ao arbítrio dos Conselhos de Saúde, no segundo recorremos ao arbítrio da agência reguladora, que, por existir no SUS, também deve contas ao Conselho Nacional de Saúde, mas, como trabalhadores, a que trabalho nos oferecemos, a que regulação nos

sujeitamos?

Se falamos de *imaginários* na formação em saúde, não falamos da seleção de conteúdos, da inclusão de estágios, da opção por métodos didático-pedagógicos, da apresentação de propostas de avaliação do ensino-aprendizagem, mas da necessidade de ligar razões públicas, interesses públicos e efeitos públicos aos imaginários do que seja trabalhar em saúde.

Quando se refere ao imaginário, Deleuze recusa atribuir-lhe irrealidade, o vê como um conjunto de trocas entre uma imagem real e uma virtual, como uma indiscernibilidade entre o real e o irreal, o que coincide com a sua noção do falso e verdadeiro, ambos jogos de composição e de desafio. Quando são oposição, cristalizam representações, quando são tensões, ativam imaginações. A ultrapassagem do real é com o imaginário reconfigurando o real. O imaginário seria a potência do falso, substituindo o verdadeiro pela potência do devir. Uma *imagem-cristal* não levaria a um imaginário das representações (congelamento do tempo), mas a um imaginário dos desafios e das desestabilizações (invenção de tempo).

O sucesso na carreira e a superioridade profissional são esperados do curso universitário, mas seu acontecer ocorre num espaço-tempo-sentido onde não se inclui o outro, coloca-se a obtenção de vantagem, de prestígio e de símbolos de *status*. A autonomia é "desejada" como independência profissional, assim não aparecem como relevantes a aprendizagem das linguagens do outro, usuário ou colega de outra profissão, não há necessidade de projeto terapêutico da integralidade, reconhecimento de redes sociais e recuperação da efetividade da clínica pela efetividade do encontro cuidador. Aprende-se com os pobres, oferta-se bem-estar e adquire-se ambiência no consultório privado, adquire-se prestígio e mérito por atuar em serviços-escola e acumula-se nobreza técnica por atuar em ambientes de alta tecnicalidade. Trabalha-se no público para auferir renda segura e no privado para auferir renda de ascensão nos símbolos de *status* e conforto econômico. A formação para uma saúde orientada pelo interesse público precisa constituir outra "alma" ao ensino-aprendizagem, ativar outras pulsões subjetivas e assimiladoras, para chegar a formar uma nova autoridade profissional.

Os imaginários devem ser postos para reverberar, trazendo-os a debate, sempre.

Esse movimento deve engendrar o disparo das imaginações, sempre de mudança dos instituídos pela abertura (autoria/autorização e liberdade/criação). Não haverá alta efetividade na redução da solicitação de exames e procedimentos desnecessários, na configuração de linhas de cuidado resolutivas e na produção da integralidade em saúde sem essa problematização de imaginários quando os profissionais estão em formação.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Duas faces da mesma moeda.** microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Regulação e saúde, 4. Rio de Janeiro: ANS/Ministério da Saúde, 2005. 270p. (Série Normas e Manuais Técnicos)

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. 314p.

BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de conveniência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho e SUÁREZ, Julio Manuel (org.) **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 407-450

BENJAMIN, Walter. A obra de arte na era da sua reprodutiblidade técnica. In: BENJAMIN, Walter. **Obras escolhidas**: Vol. 1 - Magia e técnica, arte e política; ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Os médicos e a política de saúde**: entre a estatização e o empresariamento, a defesa da prática liberal da medicina. São Paulo: Hucitec, 1988. 215p.

CASTORIADIS, Cornelius. **Os domínios do homem**: encruzilhadas do labirinto, 2. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 466p.

CASTORIADIS, Cornelius. *A* **instituição imaginária da sociedade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 418p.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben de Araujo (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004, p. 259-278.

DELEUZE, Gilles. Dúvidas sobre o imaginário. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações**, 1927-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 80-87.

DONNÂNGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade**: os médicos e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DURAND, Gilbert. *As* **estruturas antropológicas do imaginário**: introdução à arquetipologia geral. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 551p.

DURAND, Gilbert. **O imaginário**: ensaios acerca das ciências e da filosofia da imagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Difel, 2001. 128 p. (Coleção Enfoques. Filosofia).

FREITAS, Cláudia Helena Soares de Morais. Dilemas no exercício profissional da odontologia: a autonomia em questão. **Interface** – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 25-38, jn./abr. 2007, p. 25-38.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes: Editora Universitária São Francisco, 2003. 600p. (Coleção Pensamento Humano; contém glossário em português-alemão e açemão-português).

JARDIM, Maria Carmen Araújo Melo. **Evolução do mercado de trabalho em odontologia na cidade de João Pessoa** – PB. 1999. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco. Camarajibe, 1999.

MACHADO da SILVA, Juremir. **As tecnologias do imaginário**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

MAFFESOLI, Michel. **O mistério da conjunção**: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Sulina, 2005. 104p.

MAFFESOLI, Michel. O imaginário é uma realidade (entrevista a Juremir Machado da Silva). **Revista Famecos** - mídia, cultura e tecnologia, Porto Alegre (Edipucrs), n. 15, ago. 2001, p.74-81.

MALTA, Deborah Carvalho; JORGE, Alzira de Oliveira; FRANCO, Túlio Batista e COSTA, Mônica Aparecida. Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005, p. 143-160.

MELUCCI, Albeto. **A invenção do presente**: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis: Vozes, 2001. 200p.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas – São Paulo, 1920-1948, os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: Hucitec, 1992. 224p.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de

porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial 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, Luiz Carlos de Oliveira (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 117-60.

MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2 ed. Campinas: Papirus, 1987. 134p. (Inclui, como apêndice, "CAMPOS, Gastão Wagner. Subordinação da saúde pública à dinâmica da acumulação capitalista ou breve história do *ocaso* da saúde pública").

MERHY, Emerson Elias. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002, Apêndices, p. 115-134.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá e CASTRO, Janete Lima de (org.). **Capacitação em "desenvolvimento de recursos humanos".** Natal: Editora da Universidade/UFRN, 1999, p. 193-197.

Plantão Médico. Disponível em: <http://terraofertas.submarino.com.br/terraofertas/productdetail.asp?Query=ProductPageePRodTypeId=6eProdId=1944759eOperId=0>; <http://www.netmovies.com.br/detalhesFilmeVisita.aspx?pesq=4432ePag=2>; <http://www.videolar.com/ProdutoDVD.asp?ProductID=111661>; Acessados em 02/05/2007.

PUNTEL de ALMEIDA, Maria Cecília. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128p.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993. 229p.

4.2. Itinerários terapêuticos e o *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde

Antônio Fernando Boing
Denise Pires
Eleonor Conill
Hosanna Pattrig Fertonani
Maristela Chitto Sisson
Maria Conceição de Oliveira
Ricardo Burg Ceccim

1. O sistema de saúde brasileiro e a relação público-privado

O Sistema Único de Saúde (SUS) não logrou, até hoje, a universalidade de acesso à assistência pelo setor de saúde público-estatal, e o setor de saúde suplementar tem ocupado um papel significativo na oferta e prestação de serviços no país. Essa situação torna necessário o desenvolvimento de estudos que contribuam para o entendimento da atual conformação do sistema de saúde brasileiro em busca de uma maior resolubilidade do conjunto da rede de serviços e da formulação de uma política regulatória mais abrangente.

A avaliação do SUS tem leituras diferenciadas conforme o agente social que a faz e segundo a região geográfica do país. A questão da universalização e do acesso aos serviços tem gerado muitos debates resultando no que Fleury (1994) chamou de um "Estado, sem cidadãos", com a convivência íntima e contraditória dos sistemas públicos e privados. Para a autora, as mudanças do modelo de seguridade social ocorrido no Brasil a partir da Constituição de 1988 caracterizam uma reforma universal com inclusão segmentada, ou seja, diversos "cidadãos" cobertos por diversos benefícios

sociais.

Numa análise setorial, Faveret e Oliveira (1990) já haviam assinalado esta situação, denominando-a de "universalização excludente", ou seja, segundo os autores, ao invés de um *"welfare* redistributivo" criou-se um padrão de *"welfare* seletivo", com uma articulação orgânica entre as políticas públicas e o crescimento econômico do setor privado na área do financiamento e da prestação de serviços de saúde.

Estima-se que a saúde suplementar cubra atualmente 38 milhões de usuários, o que corresponde à aproximadamente um quarto da população brasileira. O mercado é constituído por empresas de medicina de grupo (33,8%), cooperativas médicas (24,6%), autogestão (13,7%), seguradoras (12,1%), odontologia de grupo (8,7%), filantropia (3,4%) e cooperativas odontológicas (3,6%). Trata-se de um mercado fortemente concentrado, pois, 61 operadoras somam mais de 20 milhões de beneficiários. A clientela concentra-se nos centros urbanos, principalmente na região sudeste (onde se situam 59% das operadoras), com maior proporção de mulheres e de famílias de maior renda, entre seus consumidores. A cobertura de planos de saúde para famílias com renda superior a 20 salários mínimos atinge 76% (MS/ANS, 2005), o que denota um perfil de classe social entre os consumidores.

Ao longo da década de 1990, um conjunto de trabalhos foi publicado focalizando, principalmente, a caracterização econômica do referido setor e os aspectos referentes à sua regulação (BAHIA, 2001; MS/ANS, 2002). Já em consonância com a atual proposta de qualificação da saúde suplementar, a ANS fomentou a realização de duas pesquisas, visando ao estudo dos modelos assistenciais e da regulação praticada pelo próprio mercado de planos de saúde. Foi utilizada uma metodologia qualitativa com o estudo de sete operadoras, tendo sido realizadas um total de 89 entrevistas (dirigentes, prestadores hospitalares, médicos, odontológicos, *"call centers"* e Procons) em São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte. A investigação tomou por base os princípios de atenção integral, humanização, estabelecimento de vínculo e

resolubilidade das práticas de saúde.

Os resultados desses estudos, com uma contextualização geral dos planos, foram publicados recentemente (MS/ANS, 2005) e fornecem um panorama do mercado atual, descrevendo e analisando as estratégias de microregulação junto aos prestadores médicos e hospitalares. Estas estratégias se caracterizam pelo direcionamento da clientela, disciplinamento das práticas e pelo controle do consumo.

Visando a uma aproximação ao cotidiano assistencial, as pesquisas trabalharam também com a construção de "linhas de cuidado", entendidas como

"a articulação ou a facilitação do acesso", que poderia ser "ao conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares"; "aos cuidados de especialistas médicos ou de outros profissionais de saúde (psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiros e outros)" e "às tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado de que necessitem as pessoas" (MS/ANS,1995, p.123).

Foi dada ênfase a três linhas de cuidado: ao paciente cardiológico em situação de infarto agudo do miocárdio, cuidado ao parto e cuidado ao paciente pediátrico. Os dados do estudo mostraram uma similaridade muito grande do cuidado oferecido na saúde suplementar com as demais práticas realizadas no sistema de saúde como um todo. Os autores concluíram que o modelo de assistência da saúde suplementar assentava-se na fragmentação dos serviços, na ênfase em procedimentos orientados por diretrizes biologicistas e por interesses de mercado. Entre os aspectos apontados para a reorganização da assistência estavam a integralidade do cuidado, a produção de vínculo e a responsabilização, como estratégias capazes de gerar impacto na micropolítica dos processos de trabalho e nos desenhos tecnoassistenciais para a oferta de ações e serviços de saúde.

O estudo sobre itinerários terapêuticos contribui ao entendimento sobre o percurso em linhas de cuidado e permite dar continuidade a este enfoque de estudos da

ANS, complementando o conhecimento com a peculiaridade de enfocar a esfera microssocial, seguindo uma perspectiva socioantropológica de mapeamento da experiência dos usuários na utilização dos serviços de saúde.

2. Modelo de cuidados e a perspectiva dos usuários: interfaces entre a gestão de sistemas e serviços de saúde e a socioantropologia

A expressão “modelo assistencial" ou "modelo de atenção à saúde”, é utilizada no campo da saúde coletiva para caracterizar o conjunto de estruturas, práticas profissionais, conhecimento e tecnologias disponíveis sobre o cuidado no processo saúde-doença e os modos de organização de serviços e do trabalho em saúde, que são formalmente institucionalizados e legalizados em uma sociedade histórica dada.

Para Teixeira (2000) um modelo de atenção à saúde expressaria formas de organização das relações entre atores (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Para Campos (1992) "modelo assistencial" e "modo de produção de serviços de saúde" podem ser usados como sinônimos e têm um sentido amplo envolvendo uma dimensão prática (recursos financeiros, recursos materiais e força de trabalho) e uma dimensão de saberes (tecnologias e modalidades de atenção). Ambas articulam-se “de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurem a sua reprodução social” (CAMPOS, 1992, p. 38). O autor menciona ainda a sua concordância com Juan Cesar Garcia (1989) de que a produção de serviços de saúde não se configura de forma homogênea, podendo coexistir diversas formas de produção de serviços de saúde numa mesma sociedade. Campos (1992, p. 37) demonstra que essa co-existência é mais complexa do que uma bi-polaridade mencionando que podem co-existir, na mesma sociedade e no mesmo

momento histórico, vários modelos tais como: “clínico ou epidemiológico, estatal ou privado, produção de serviços segundo a lógica do trabalho liberal ou assalariado, da pequena produção ou de empresas”, configurando-se assim diferentes projetos tecnoassistenciais de grupos ou atores sociais em disputa.

Pretende-se demonstrar a importância de que se acrescente a este debate a contribuição de estudiosos da antropologia, que mostram também a existência de uma pluralidade de sistemas de cuidados à saúde, ainda que sob uma perspectiva diversa (HELMAN, 1994; KLEINMAN, 1980; LANGDON, 1994; OLIVEIRA, 2005). Para esses estudiosos a doença “é concebida, em primeiro lugar, como um processo experiencial cujo significado é elaborado por episódios culturais e sociais e, apenas em segundo lugar, como um evento biológico” (LANGDON, 1994; KLEINMAN, 1980).

Para Kleinman (1980, p. 24), o conjunto de crenças e teorizações sobre saúde e doença, os modelos de organização dos serviços, as escolhas e avaliação de práticas terapêuticas e os comportamentos socialmente aceitos, incluindo relações de poder e papéis sociais dos diversos agentes no âmbito do setor, constituem, em cada sociedade, um “sistema cultural”. Este sistema cultural inclui “significados simbólicos ancorados em arranjos particulares de instituições sociais e padrões de interações interpessoais”.

Para este mesmo autor, cada sistema de saúde é cultural e socialmente delimitado e composto por três subsistemas sobrepostos: o informal (*popular sector*, que envolve família, coletividade/comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e de auto-ajuda), o popular (*folk sector*, que envolve agentes especializados em tratar problemas de saúde, sejam seculares ou religiosos, mas que não são profissionais reconhecidos legalmente na sociedade) e o subsistema profissional (*professional sector*, que envolve a rede de serviços públicos e privados legalmente instituídos em cada sociedade, incluindo os profissionais de saúde legalmente reconhecidos e com poder para diagnóstico, prescrição terapêutica e realização de cuidados).

As pessoas e suas famílias buscam atenção à saúde nestas três esferas sem, necessariamente, seguir um mesmo sentido de percurso ou hierarquia. Nos processos de saúde-doença-cuidados, trilham caminhos denominados por Augé (1986) de “itinerários terapêuticos”. Tais caminhos percorridos na busca de soluções para problemas de saúde são, em geral, pouco conhecidos ou relegados a um segundo plano, não sendo um tema prioritário durante a formação dos profissionais das áreas de saúde e, também, estão pouco presentes nas preocupações dos pesquisadores e gestores. No entanto, o conhecimento dessas experiências e trajetórias pode ser particularmente importante, por exemplo, nas doenças crônicas onde a abordagem envolve uma complexidade de recursos, em diversos âmbitos do sistema de atenção. Este conhecimento também pode contribuir em situações que envolvem risco de vida em que o aparato tecnológico disponível é de alto custo e com resultados discutíveis, bem como em situações que envolvem debates sobre o sofrimento e o sentido da vida.

Além disso, é uma conduta teórico-metodológica prudente, no sentido formulado por Santos (2004), e necessária quando se pensa na consolidação do SUS, por exemplo. Alves, Rabelo e Souza (2004, p. 15) alertam-nos de que "dar atenção aos processos interativos que se desenrolam nas situações de doença e cura" se torna especialmente relevante nos estudos que se voltam para contextos plurais em saúde, onde "os indivíduos percorrem diferentes instituições terapêuticas e utilizam abordagens por vezes bastante contraditórias para diagnosticar e tratar" suas doenças.

O que parece particularmente útil, no atual cotidiano assistencial do sistema de saúde brasileiro, é o desenvolvimento de novos referenciais e instrumentos que possibilitem uma visão ampliada, buscando a compreensão e a análise dos modelos de cuidados empreendidos pelos usuários e por sua rede de relações. Inclui-se aí o entendimento dos contextos sociais específicos dos diversos “sistemas de cura ou de cuidados de saúde” e das interpretações e arranjos realizados pelas pessoas quando necessitam de cuidados relativos a sua saúde, superando-se, assim, uma contraposição entre enfoques que priorizam uma explicação política daqueles que enfocam aspectos

culturais.

Neste sentido, para entender a complexidade do setor da saúde e contribuir para a qualificação do sistema de saúde brasileiro é importante entender não apenas a perspectiva de formuladores de políticas de saúde, de gestores e de profissionais, mas colocar em cena o olhar dos usuários do sistema. É importante conhecer o comportamento e as expectativas dos usuários em relação aos serviços e aos cuidados recebidos, as suas explicações sobre a doença ou situação de saúde que necessita de cuidados profissionais, assim como suas experiências relativas à trajetória percorrida em busca de conforto e de cuidados, desde a definição do "evento" saúde-doença.

Outra abordagem que completa o tripé dessa fundamentação teórica é a contribuição da saúde coletiva acerca dos processos e metodologias de avaliação da qualidade dos sistemas de saúde. Deve-se levar em conta o perspectivismo e a subjetividade inerentes à noção de valor, base dos julgamentos que informam esses processos, demonstrando também a validade do uso combinado da "acessibilidade" e da "integralidade" como categorias analíticas em avaliação (GIOVANELLA, 2002; CONILL, 2004).

Neste cenário teórico, o estudo sobre itinerários terapêuticos busca promover uma interface criativa entre elementos oriundos da antropologia com àqueles situados no campo da política de organização dos serviços de forma a contribuir para desvendarmos os diversos arranjos ou estratégias para a obtenção de cuidados no sistema de saúde brasileiro, na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde.

De um ponto de vista socioantropológico, os sistemas ou modelos de cuidados devem ser considerados como processos dinâmicos e que possuem graus variados de estruturação. Boff (2000) afirma que não existe vida sem cuidado e o identifica como a essência humana. Ayres (2001), por sua vez, assinala como fundamental a transformação do cuidado em práticas profissionais - como importante fator orientador

do conjunto de ações de saúde empreendidas. Não é nosso objetivo aqui empreender uma discussão sobre cuidadores ou teorias do cuidado. Sobre este tema, ver, por exemplo, os trabalhos de Collière (1999 e 2003), Cassell (1982) e Karsch (1998 e 2003).

Faz-se necessário para a discussão do entendimento ampliado sobre os modelos de cuidados que destaquemos algumas premissas:

1. a dos sentidos da integralidade e o desafio de sua prática;
2. a da possibilidade de articulações teórico-metodológicas para subsidiar mudanças no ensino e nas práticas que contemplem esses modelos;
3. a permanente reflexão (interdisciplinar e multiprofissional) acadêmica, dos serviços e, se possível, das organizações populares, sobre o modo como se pensa e se estrutura o cuidado em atenção à saúde.

Em termos práticos, a noção de modelo de cuidados é muito próxima da noção proposta por Eduardo Menéndez (2003, p. 186) sobre o conceito de modelos de atenção, conforme explica: "quando desde uma perspectiva antropológica falamos de modelos de atenção, nos referimos não somente às atividades de tipo biomédico, mas a todas aquelas que têm que ver com a atenção aos padecimentos em termos intencionais, isto é, que buscam prevenir, dar tratamento, controlar, aliviar e/ou curar um padecimento determinado, o qual implica assumir uma série de pontos de partida que contextualizam nossa análise dos modelos de atenção".

O termo "modelos" ao invés de apenas "cuidados", considera que estes, embora tenham graus variados de sistematizações podem ser classificados em agrupamentos diversos como "modelos", mais no sentido de um certo conjunto de cuidados a ser explicitado e circunscrito contextualmente.

Uma vez que, na realidade brasileira, costumamos nos referir ao modelo tecnoassistencial oficial de saúde como "modelo de atenção", para fins desse trabalho,

prefere-se denominar esse objeto de "modelo de cuidados", visando não haver confusão terminológica.

3. Linhas de cuidado e itinerários terapêuticos

Pensar a saúde de forma interdisciplinar é fundamental quando se trata de caracterizar, por exemplo, quais são os modelos de auto-atenção nos cuidados de saúde que convergem com o atendimento do modelo biomédico[1]. Inclusive, quando se quer investigar de que forma os serviços da biomedicina estão organizados e de que modo eles alcançam respostas às necessidades dos usuários nos seus itinerários terapêuticos, tendo como premissa a existência de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde. Levar em consideração uma análise interdisciplinar da saúde não é apenas uma forma de "pensar" a saúde, é uma conduta teórico-metodológica prudente, particularmente eficaz quando se pensa na consolidação do SUS e especialmente mais segura quando a resolubilidade se refere às pessoas e coletividades, não aos encontros biológicos isoladamente de suas inscrições microssociais.

É necessário, portanto, a construção conjunta - interdisciplinar e multiprofissional - de propostas de abordagem teórico-metodológica de dois grandes temas de discussão na formação e na prática da atenção em saúde que são confluentes:

1. sobre a temática do modelo de cuidados na atenção à saúde presente nos itinerários terapêuticos quando priorizadas as doenças e que no Brasil têm uma forte prevalência da informação sobre morbi-mortalidade, ou modelo biomédico;
2. sobre a temática da mudança na formação dos profissionais a partir do desenvolvimento gradual de novas tecnologias que partem da identificação

[1] Prefere-se utilizar o termo biomédico (Capra, 1982), ao invés de modelo médico ou clínico.

> ampliada de problemas e necessidades de saúde em uma perspectiva social e epidemiologicamente orientada para indivíduos e conjuntos sociais portadores dessas doenças, o que se choca com a formação orientada pela biomedicina, especializações e a tecnicalidade do cuidado.

É preciso que sejam delineadas pesquisas estratégicas com ênfase nesses dois temas confluentes. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2006), no manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar, coloca que o estabelecimento e monitoramento de Linhas de Cuidado, devido às Linhas de Cuidado se constituírem em um modo de ordenar/organizar a atenção à saúde, no qual o beneficiário encontra-se no centro da organização do modelo de cuidados ou dos sistemas e serviços de saúde. Essa noção poderia ajudar na organização de uma prática mais cuidadora, integral e, portanto, mais efetiva.

Sendo assim, as propostas de intervenção mediante Linhas de Cuidado constituem-se em "modelos de atenção matriciais, 'uma estratégia de ordenamento em ações que integram promoção, vigilância, prevenção e assistência à saúde, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais', permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica como, também, uma visão global das suas condições de vida" (Brasil, 2006b, p.5).

Segundo Cecílio e Merhy (2003), o desenho de uma Linha de Cuidado vem ao entenderem a produção da saúde de forma integrada, "a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, aos quais está associada a imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades".

A importância das explicações ou narrativas construídas no processo de saúde-doença-cuidados e que levam em conta os vários tipos de realidades individuais e

coletivas – biológicas, psicológicas, culturais, econômicas, históricas e sociais são essenciais quando tentamos compreender os fatores implicados e as representações presentes nas escolhas terapêuticas dos doentes, nas suas práticas de saúde.

A população busca diversas soluções práticas para resolver os seus problemas de saúde, isto é, há diversos sistemas ou modelos de cuidados que são empreendidos. Muitas vezes, durante os processos de adoecer, múltiplas opções de tratamento são utilizadas de forma simultânea, o que gera um verdadeiro "pluralismo médico" (Janzen, 1982) – uma *intermedicalidade*, – desde as que se inscrevem na auto-atenção/autocuidados (aquelas soluções buscadas no seio das famílias, nos grupos de pertença, na coletividade, no ambiente religioso, com trabalhadores de cura), até aquelas buscadas nos serviços biomédicos oficiais.

As escolhas presentes nos itinerários terapêuticos estão ligadas às representações sociais sobre eventos de saúde, doença e cuidados, sendo que as diversas representações são continuamente formuladas e ressignificadas de acordo com as práticas sociais daqueles que vivenciam estes eventos, gerando narrativas sobre o processo vivenciado.

As representações sociais são "uma maneira de interpretar o cotidiano – uma forma de conhecimento social" e, ainda, "um conjunto de conceitos, proposições e explicações que se originam na vida diária no processo das comunicações interpessoais, são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais: elas poderiam igualmente ser vistas como a versão contemporânea do senso comum" (Moscovici, 1981, p. 181-186).

Desse modo, a noção de experiência no processo do adoecer e do ser ou sentir-se sadio possui um *locus* prioritário a ser contemplado para a construção do conhecimento na temática do modelo de cuidados e, com esse objetivo, dar atenção aos processos interativos que se desenrolam nas situações de doença e cura mostra-se especialmente relevante nos estudos voltados para contextos plurais, em que os indivíduos percorrem

diferentes instituições terapêuticas e utilizam abordagens por vezes bastante contraditórias para diagnosticar e tratar as doenças.

Nesse ponto, o caráter fluido e mutável das definições formuladas para explicar e lidar com a aflição reflete uma complexa dinâmica relacional, trazendo à tona o papel da redes sociais no ato de se orientar, sustentar e conferir plausibilidade à expressões, sentimentos e condutas adotadas perante a aflição. Tratar do caráter intersubjetivo das experiências de doença e cura nos conduz a um exame cuidadoso da realidade do mundo cotidiano (Alves, Rabelo e Souza, 2004, p. 15-16).

Seguindo os pressupostos de Kleinman (1980), existe por um lado, o mundo social, a realidade social (a interação entre os indivíduos, a família, a rede social, a comunidade, as instituições, os sistemas de normas e os significados), por outro, a realidade biológica e psicológica (fatores pessoais, subjetividade, experiências, percepções e expectativas do doente). Haverá uma ponte que estabelece uma ligação dialética entre essas duas realidades, denominada pelo autor de realidade simbólica. Em todo o processo de ser saudável ou doente existem diferentes e mutantes crenças e percepções, a sua identificação poderá ampliar a compreensão sobre os comportamentos (muitas vezes até de risco) adotados.

Uma das críticas que têm sido formuladas ao modelo de Kleinman refere-se à quase ausência na sua análise dos fatores macrossociais presentes na "realidade" social dos indivíduos e grupos. Ao buscar-se uma socioantropologia da saúde crítico-interpretativa, além das várias concepções sobre o corpo, por exemplo, é necessário que as narrativas dos doentes sobre os cuidados de saúde sejam conectadas com a vida social, política e individual, como apontam Loch e Sheper-Hugues (1990).

Os modelos explicativos sobre os processos de saúde e doença que levam em conta os vários tipos de realidades são essenciais quando tentamos compreender os fatores implicados e as representações presentes nas escolhas terapêuticas dos doentes,

nas suas práticas de saúde. Além disso, esses processos implicam graus variados de mudança de hábitos na vida das pessoas, com comportamentos, interpretações e escolhas que podem em muito dificultar ou impedir que novas representações sobre o corpo e sobre o próprio processo de mudança sejam assimiladas, o que pode ser um fator de resistência à aquisição de novos hábitos.

Além da possibilidade de termos ampliado o campo epistemológico do pensar saúde num eixo que relaciona o modelo de cuidados à construção de práticas de integralidade com ênfase na promoção de saúde, antevemos a necessidade de serem efetivadas pesquisas em saúde nessa interface temática, o que implicaria pesquisas interdisciplinares de caráter estratégico à regulação da qualidade dos sistemas e serviços de saúde.

O trabalho interdisciplinar de caráter estratégico, que visa dar subsídio para as políticas públicas de saúde deveria valorizar, por um lado, as práticas de saúde, os aspectos da subjetividade, os micropoderes e as práticas sociais (Almeida Filho, 2000) e, por outro lado, as macrocondições de produção das realidades sociais, as iniqüidades e as desigualdades sociais implicadas (Minayo et al., 2003).

Nesse sentido, a discussão sobre a viabilidade de a pesquisa interdisciplinar em saúde, de caráter estratégico, ganhar maior espaço nas instituições de ensino e nos serviços, é fundamental para a construção e planejamento de um modelo tecnoassistencial em que a saúde coletiva e a educação da saúde possam ser abordadas de maneira profunda em sua complexidade, visando à ampliação da abordagem da saúde em aspectos ainda lacunares, no caso brasileiro e que se refere, por exemplo, a dar respostas mais satisfatórias aos usuários e seus familiares portadores de doenças de alta incidência de morbi-mortalidade.

Menéndez (2003, p.185) enfatiza que “nas sociedades latino-americanas existem diversos modelos de atenção aos padecimentos”, modelos que são considerados pelo

setor da saúde de forma isolada e tratados até de forma antagônica, ao invés de observar as estreitas relações na vida dos usuários que fazem desses modelos verdadeiros itinerários terapêuticos. Quando um sistema de regulação desconhece essa realidade, desocupa-se dos usuários para ocupar-se com a prestação de procedimentos, desocupa-se da produção de saúde para ocupar-se da produção de atos profissionais.

Uma das justificativas para a necessidade da construção de saberes e práticas que dêem conta destas estreitas relações apontadas por Menéndez, é o fato de que, nem sempre os tratamentos propostos pelos serviços de biomedicina são efetuados na íntegra pelos usuários em geral e, em se tratando das doenças crônicas especificamente, isto acarreta uma série de dificuldades no manejo adequado das doenças. Existe uma lacuna nos serviços de saúde sobre o entendimento do porquê a não adesão está presente no cotidiano das práticas terapêuticas, assim como nos significados que a experiência de indivíduos, famílias e grupos vivenciam nos processos de saúde, doenças e cuidados.

A mudança de abordagem que vai além da problemática centrada em indivíduos doentes ou em questões macro-estruturais, como mudanças culturais e dificuldades socioeconômicas (inclusive de acesso aos serviços) e que contemple as dinâmicas individuais e populacionais dos processos que resultam em doenças poderá auxiliar na adesão aos tratamentos e em mudanças nos modos de levar a vida, o pode significar uma grande negociação entre as equipes de saúde e os usuários. Refletir sobre essa negociação é algo que pode (e deve) ser desenvolvido progressivamente.

4. Narrativas e histórias traçadas

Uma análise dos percursos de usuários do subsistema "assistência médica" (*profissional sector*: trabalho médico – atendimento no modelo biomédico) no subsetor suplementar (iniciativa privada regulada pelo Estado, distinta do subsetor público-estatal, integralizando as ofertas do setor de saúde na cobertura assistencial da

população) em cidades-capital das unidades federadas (concentração no uso de planos e seguros privados de saúde) nos revela a experiência de saúde-doença-cuidados em nosso país. Três objetivos específicos presidem o conhecimento da realidade: caracterizar o contexto sócio-econômico, demográfico, epidemiológico e a oferta de serviços nos municípios; apreender o percurso de busca da atenção por linhas de cuidado, no que diz respeito aos diferentes serviços e subsistemas de cuidado à saúde utilizados; identificar as percepções e experiências em relação ao processo saúde-doença, às suas escolhas terapêuticas e à qualidade da atenção recebida.

A unidade de análise foram beneficiários de planos de saúde, portadores das condições traçadoras que receberam cuidados em uma das áreas clínico-assistenciais selecionadas. Na condução do estudo todos os aspectos éticos, nos termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados incluindo a liberdade de participação e o anonimato com base no consentimento livre e esclarecido. Foi definida uma amostra inicial de 15 a 20 entrevistas por situação traçadora, assim foi constituído um universo de 49 entrevistados/narradores.

Com este embasamento, é possível estudar itinerários segundo condições traçadoras de linhas de cuidado. Condições traçadoras, neste caso, poderiam ser agravos ou situações de saúde que permitissem descrever aspectos relacionados com a qualidade do cuidado, aproximando-as (as condições traçadoras) da definição de "marcadores" utilizada para a avaliação de programa de saúde, como ocorreu no Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (1997).

Critérios que podem ser considerados para a escolha dessas condições são: importância epidemiológica, possibilidade de impacto dos serviços e comparabilidade com sistemas de avaliação nacionais ou internacionais (HUSSEY et al, 2004), assim como os custos para o acesso a essas informações e as possibilidades de continuidade com os estudos de linhas de cuidado anteriormente realizados pela ANS.

A título demonstrativo, apresenta-se 4 linhas de cuidado que foram submetidas a esse tipo de estudo. A seguir, estão, então, descritas as justificativas das escolhas em cada uma dessas linhas, seguidas dos respectivos quadros que mostram as matrizes que fundamentaram a decisão adotada, exemplificando-se com o caso de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina.

O câncer de mama foi selecionado como condição traçadora para a linha de cuidado em oncologia por ser a neoplasia de maior incidência na região sul do país, representar a primeira causa de internações, de mortalidade e de anos potenciais de vida perdidos no sexo feminino, situando-se em terceiro lugar em termos de custo das internações. Esta patologia está presente como indicador de qualidade de serviços de saúde na bibliografia nacional e internacional, incluindo o programa brasileiro de qualificação da saúde suplementar devido a possibilidade do efeito positivo dos serviços por meio da prática de rastreamento.

Quadro 1 - Câncer de mama: síntese de indicadores no município de Florianópolis

NEOPLASIA	MORTALIDADE (ano base: 2004)	INCIDÊNCIA (estimativa para 2006)	INTERNAÇÕES (ano base: 2005)	CUSTOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS (em internações; ano base: 2005)	ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (ano base: 2004)
Mama	**1ª entre as mulheres** (15,91 x 100.000); 3ª quando ambos os gêneros são analisados em conjunto (8,21 x 100.000)	**1ª entre as mulheres** (exceto pele não melanoma) (73,57 x 100.000, um total de 140 casos novos)	**1ª em total de internações** entre residentes de Florianópolis (152 internações)	**3ª em custos** entre residentes de Florianópolis (R$ 99.069,05)	**1ª** (403 anos; limite de idade considerado: 70 anos)

Para uma linha de cuidado na área cardiovascular selecionou-se o infarto agudo do miocárdio, escolhido por ser a primeira causa de mortalidade e de anos potenciais de

vida perdidos em ambos os sexos, ocupar o quinto lugar nas causas de internações e o segundo em custos de tratamento. Considerando-se a letalidade hospitalar que acarreta, o volume de internações hospitalares que produz e a sensibilidade às tecnologias médico-hospitalares, vários estudos no Brasil e de âmbito internacional têm utilizado esta patologia em programas de melhoria da qualidade, estudo de padrões de qualidade para a assistência médica, avaliação tecnológica e qualidade de sistemas de informação hospitalares, entre outros.

Quadro 2 – Doenças do aparelho circulatório: síntese de indicadores no município de Florianópolis

AGRAVO	MORTALIDADE (ano base: 2004)	INTERNAÇÕES (ano base: 2005)	CUSTOS CLÍNICOS ASSISTENCIAIS (em internações; ano base: 2005)	ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (ano base: 2004)
Infarto agudo do miocárdio	**1ª quando analisados ambos os gêneros em conjunto** (32,84 x 100.000); **1ª entre os homens** (38,30 x 100.000) **e 1ª entre as mulheres** (27,72 x 100.000)	**5ª em total de internações** entre residentes de Florianópolis (237 internações)	**2ª em custos** entre residentes de Florianópolis (R$ 516.416,07)	**1ª em Anos Potenciais de Vida Perdidos** (875 anos)
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	**3ª quando analisados ambos os gêneros em conjunto** (18,28 x 100.000); **4ª entre os homens** (12,59 x 100.000) **e 2ª entre as mulheres** (23,61 x 100.000)	**3ª em total de internações** entre residentes de Florianópolis (350 internações)	**1ª em custos** entre residentes de Florianópolis (R$ 264.305,00)	**5ª em Anos Potenciais de Vida Perdidos** (122 anos)

Obs.: Apresentamos o AVC para destacar a importância desse estudo, uma vez que neste agravo incidem os comprometimentos e demandas da área neurológica, gerontológica e de reabilitação (outros custos e implicações expressivas).

Para uma linha de cuidado em obstetrícia selecionou-se o parto em função da crescente preocupação com as elevadas taxas de parto cirúrgico, indicador que integra o atual programa de qualificação da saúde suplementar. O parto é um evento fisiológico

demandatório de assistência quando se busca alta segurança à vida das mulheres e neonatos, sendo comum entre as mulheres que planejam a gravidez a opção por um plano privado de saúde para o pré-natal, parturição e puericultura.

Quadro 3 - Freqüência absoluta e relativa dos tipos de parto realizados no município de Florianópolis, 2005.

TIPO DE PARTO	N	%
Vaginal	2.430	50,24
Cesáreo	2.407	49,76
Total	**4.837**	**100,00**

Obs.: Ignorados excluídos

Para uma linha de cuidado na área de saúde mental selecionou-se o alcoolismo pelo impacto do problema e possibilidades de intervenção dos serviços. O alcoolismo acomete de 12 a 15% da população no Brasil e, também, em Santa Catarina. Outro fator que justificou a escolha são os elevados gastos públicos e privados no tratamento de pessoas com dependência do álcool, sendo que, em Florianópolis, é a primeira causa de internação dentre os transtornos mentais.

Quadro 4 – Saúde mental: síntese de indicadores no município de Florianópolis

AGRAVO	MORTALIDADE (ano base: 2004)	INTERNAÇÕES (ano base: 2005)	CUSTOS CLÍNICOS ASSISTENCIAIS (em internações; ano base: 2005)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	**2ª quando analisados ambos os gêneros em conjunto** (1,59 x 100.000)	**1ª em total de internações** entre residentes de Florianópolis (370 internações)	**2ª em custos** entre residentes de Florianópolis (R$ 229.598,22)
Transtornos de humor [afetivos]	-	**3ª em total de internações** entre residentes de Florianópolis (226 internações)	**3ª em custos** entre residentes de Florianópolis (R$ 214.172,91)

Esquizofrenia transtornos esquizotípicos e delirantes	-	**2ª em total de internações** entre residentes de Florianópolis (246 internações)	**1ª em custos** entre residentes de Florianópolis (R$ 628.063,56)

Obs.: Foram arrolados outros agravos em saúde mental, destacando a relevância de estudos hoje ausentes pela complexidade da área, apesar das elevadas somas em custos clínico-assistenciais.

Com objetivos da pesquisa, foram adotados critérios para estudo de casos, segundo a possibilidade de o portador da condição traçadora ter recebido um conjunto suficiente de cuidados adequados para a sua situação, evitando-se, no entanto, o viés de memória ou de valorização positiva, em especial para o caso do parto. Assim sendo, definiu-se os seguintes critérios:

- Câncer de mama: pacientes portadoras de câncer de mama diagnosticado há, no máximo, cinco anos da data da entrevista; para aquelas com diagnóstico recente, foram incluídas as que iniciaram o tratamento com cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia.
- Alcoolismo: pacientes com diagnóstico realizado por profissional ou serviço de saúde mental e em tratamento;
- Parto: mulheres que deram à luz até no máximo 1 (um) ano antes desse estudo;
- Infarto Agudo do Miocárdio: pacientes com diagnóstico realizado em serviço de cardiologia, até 1 (um) ano após o infarto.

A seguir foi feita uma imersão nas narrativas de pacientes em cada linha de cuidado, buscando validar as pré-categorias analíticas construídas a partir das grandes aberturas que permitiram a operacionalização do trabalho e a criação do roteiro de entrevistas. Deste processo chegou-se a definição de três macro categorias: a) percepção do problema/teoria da causalidade; b) itinerário – o percurso, as escolhas e a terapêutica; c) satisfação – com o plano e com o atendimento.

Para o âmbito deste texto destacaremos uma síntese descritiva preliminar, considerando-se dados iniciais de estudo, relativos ao município de Florianópolis/SC.

Para preservar o anonimato, as narrativas estão identificadas por um código que inclui a condição traçadora (A = Alcoolismo; I= Infarto Agudo do Miocárdio; M = Câncer de Mama e P = Parto) e o número da entrevista. Por exemplo, para identificar a narrativa do entrevistado número 1, que está na condição traçadora "Alcoolismo", usou-se (A1).

4.1. Percepção do problema / teoria da causalidade segundo os usuários das diversas linhas de cuidado

4.1.1. Alcoolismo

Em relação a este traçador foi possível identificar quatro eixos explicativos para a causa do problema, sendo que um mesmo informante pode descrever o problema como multicausal.

a) Conceitualização geral – articula explicações pessoais sobre a causa, as quais apresentam identidade com a concepção de mundo do narrador. Pode ser mais ou menos genérica como

> *O alcoolismo é uma doença progressiva e os fatores que levam as pessoas a serem alcoólatras são inúmeros. Na verdade é a doença da negação e então ninguém fala nada (A1).*

b) Condicionamento social – a causa da doença é explicada pela influência do ambiente cultural e social que o indivíduo vive, em especial a permissividade e o "estímulo" da sociedade ao uso do álcool, especialmente pela relação prazer, lazer e socialização com o uso de bebidas alcoólicas. Exemplificado pela menção da

iniciação ao uso do álcool em “festinhas” com amigos e familiares.

> *Inicialmente com a sociedade nos chamando para o álcool. Qualquer festa, qualquer evento tem álcool. Eu jamais poderia imaginar que o álcool poderia me causar algum problema (A2).*

> *Com 11 anos de idade eu fui a uma festa de igreja, nunca esqueço, da matriz, se eu não me engano São Francisco, e eu e uns coleguinhas concorremos num jogo de argolas a uma garrafa de vermute, vermelho, colorido, enfim, eu e os coleguinhas bebemos (A3).*

c) Determinação genética – agrupa as explicações relativas à hereditariedade na gênese do alcoolismo.

> *Esse problema começou na minha concepção porque ele é genético, de qualquer maneira eu ia beber. Eu tinha que passar por tudo isso. Eu comecei a beber brincando porque eu vim de uma família que tem muito problema com alcoolismo, inclusive meu vô morreu de cirrose... (A4).*

d) Determinação psicológica – relaciona a causa do alcoolismo a “problemas de caráter”.

> *Se eu disser mais ou menos a característica do alcoólatra, dá pra você ver o que eu penso a respeito. Por exemplo, é o distúrbio do caráter da pessoa. Está estipulado que o caráter correto é aquela faixa assim, é então aquela pessoa que está a margem desta faixa. Eu acho que o alcoólatra é basicamente um covarde e a bebida é uma fuga. É uma maneira de fugir do problema que tem pra resolver. Então a bebida empana o cérebro e pro cérebro empanado o problema está resolvido. Resolvido entre aspas né, mas eu continuo a me sentir assim inocente. Então eu acho que o alcoolismo é assim uma fuga*

(A5).

4.1.2. Infarto agudo do miocárdio – IAM

No caso das pessoas que sofreram IAM, destacaram-se duas sub-categorias, sendo fortemente predominantes as explicações relacionadas ao estilo de vida.

a) Condicionamento do estilo de vida

Articula as explicações que entendem que a doença é causada por determinados hábitos alimentares, consumo de fumo e pouco exercício físico, exemplificado pela tríade "tabagismo, sedentarismo e excesso de peso", assim como por stress causado por problemas, pressões, insatisfações e perdas vividas no trabalho e/ou na família. Neste caso, refere-se aos efeitos negativos provocados pelo sofrimento na saúde. As narrativas abaixo exemplificam estas explicações.

> *Uma dieta inadequada, colesterol altíssimo, quatro anos sem exame, controle nenhum e stress, um stress emocional bem forte, nos últimos cinco anos teve três ou quatro perdas na minha família (...). E a gente tem que ir à luta pra ajudar (...) então, nessa correria, o stress me acelerou uma coisa que eu não deveria ter, que é artérias entupidas, com uma dieta inadequada até, muita gordura, muito queijo (I5).*

> *Fui fumante durante vinte anos depois parei, mas já faz dez anos que eu parei. Tirando isso, eu acho que o que desencadeou foi o stress mesmo, o estado foi dado pelo stress, mas a condição de vida é que foi propiciando a ficar com condições de dar esse infarto (I4).*

b) Determinação hereditária

> *Eu acho que é hereditário sabe por quê? Porque minha mãe e minhas irmãs, a minha mãe morreu disso, uma irmã morreu dentro do quarto infartada e tinha a outra que tava telefonando também, morreu na hora, caiu assim, então eu acho que é hereditário, né? (I8).*

4.1.3. Câncer de mama – CA de mama

No caso das mulheres que sofrem de CA de mama foram identificadas diversas explicações, sendo que, como no caso do alcoolismo, uma mesma narradora pode formular explicações multicausais:

a) Determinação da hereditariedade – mencionando a relação da vivência do problema com o componente familiar de herança.

> *Meu pai faleceu de câncer e a mãe também, um irmão agora recentemente; faz um ano que ele faleceu de câncer no estômago, daí eu já tenho histórico na família né (M2).*

> *O meu problema foi... É hereditário, né, minha mãe teve e dali a um ano apareceu em mim, né. Então, na verdade, eu acho que é isso, é uma herança. Minhas irmãs não tiveram e eu tive. Sei lá, de repente meu organismo, não?(M6).*

b) Condicionamento do stress – incluindo o stress causado pelo sofrimento na vida pessoal e familiar e, também, stress resultante do estilo de vida e do modo de enfrentar as diversas dimensões da vida, em especial, na família, no trabalho e na

sociedade.

> *O aspecto da ansiedade, eu acho que a ansiedade... Ela, não só o câncer, mas ela pode gerar outras coisas, como em mim gerou uma depressão, uma síndrome do pânico, uma anorexia nervosa e uma bulimia. Tudo isso foi gerado pela ansiedade. Trabalhei na Amazônia 8 anos, com traficante, com madeireiro, com garimpeiro, com o meu marido na policia federal e eu na Funai, eu vivia em constante incerteza de que sairia com vida da minha casa e [poderia] não voltar mais. Então aquela vida, com todo aquele medo, aquela incerteza, aquele perigo (M7).*

c) Determinação ambiental – inclui fatores como a ingesta de hormônios na alimentação e relação da poluição com danos à saúde.

> *Eu trabalhei um tempo quando eu morei na Amazônia com uma plantação de tomate e os agrotóxicos usados dizem que é cancerígeno, mas eu não trabalhava lá, eu era funcionária pública, mas eu ia todo dia na minha plantação pelo prazer de estar ali vendo os tomateiros crescer, colher o tomate, mas eu não tinha contato direto com o veneno, mas durante 2 anos eu freqüentei aquilo, então é uma suposição (M7).*

d) Condicionamento da depressão – inclui tanto a menção ao diagnóstico clínico quanto situações emocionais mais significativas do que situações de stress.

> *Na época eu tava muito triste, acho que depressão, alguma coisa, eu não tava legal, eu tava querendo mudar de setor, tinha uns 3 anos que queria mudar de setor, e não conseguia, não queria continuar mais o que eu tava fazendo, e aí acho que eu fui ficando depressiva, mas eu acho que deve ter sido isso (M3).*

> *Mas eu tive tantos problemas! Meu marido doente, fiquei viúva sofri, mas nunca senti nada e depois a minha neta começou na*

adolescência e dá preocupação. Eu acho que foi por isso que apareceu e acho que foi mais emoção né, depressão, decerto um pouco tudo junto (M1).

4.1.4. Parto

No caso do parto, a quase totalidade das mulheres realizaram parto cesáreo. Considerando-se os sentimentos e expectativas em relação ao parto foi encontrado:

a) Sentimentos vivenciados pelas mulheres como medo da dor do parto normal. No entanto, identificou-se, também, o medo da cirurgia e da anestesia, bem como da dor envolvida no processo cirurgia-recuperação.

> *Inicialmente, a primeira coisa, claro quando tu descobres que está grávida, eu fiquei bastante contente, né? Mas a primeira coisa que me veio foi assim: vou fazer 'cesárea', dessa vez vou fazer cesárea porque eu não quero passar por todo aquele trauma da dor e já quero fazer laqueadura também se possível... Eu só fiquei ansiosa em relação à anestesia. A hora que a médica me anestesiou eu fiquei ansiosa, ansiosa em relação à anestesia, eu achei que não iria conseguir respirar, que eu não ia conseguir um monte de coisa. Eu tentava mexer o pé e o pé não mexia, era horrível (P1).*

b) Nas expectativas em relação ao parto identificou-se que a decisão sobre o parto é fortemente influenciada pela relação gestante / obstetra e que neste processo ocorre diálogo e negociação.

> *Sempre esperei parto normal, sempre pensei em ter parto normal (...) [depois] foi mudando porque o médico falou que o bebê era grande, daí de repente seria melhor fazer cesárea, mas*

> *aí dependia mesmo do momento, né?! No finalzinho que eu fiquei com medo e no dia mesmo que eu fiquei com mais medo ainda. Porque daí tu começa a sentir dor e contração e, na verdade, assim, eu queria poder optar por ter a cesariana, mas hoje, assim, eu prefiro bem mais o parto normal (P2).*

> *Eu imaginava parto normal, eu ali fazendo força e passando por tudo que as mulheres passam (...), as contrações (...) eu tive essa expectativa (...) do parto normal, aí, na verdade, na última semana eu soube que não ia dar (...). Mas tenho vontade ainda de fazer parto normal (P3).*

4.2. O itinerário – o percurso

4.2.1. Alcoolismo: "o mix pelos múltiplos sistemas de atenção à saúde"

a) Reconhecimento do Problema

- Pelo usuário: identificou-se a predominância de comportamentos de negação da doença. O reconhecimento do problema e a procura e/ou motivação para o tratamento deveu-se ao surgimento de doenças secundárias/associadas, perdas financeiras, problemas no trabalho e na família. Estas motivações não são excludentes, ou seja, várias delas podem estar na trajetória de um mesmo narrador.

> *Pelo fato de usar droga diariamente, diuturnamente, eu faltava muito serviço e tinha muito problema com pontualidade, assiduidade. Tinha muito problema nesta área profissional porque eu faltava muito e precisava de atestado médico. E foi assim, procurando atestado médico, indo em médico, usando serviço deste meu plano aí... Esse meu plano aí deve ter um prejuízo danado (...) (A7)*

- Pelo profissional: há dificuldades no reconhecimento do problema, bem como falta de preparo dos profissionais para essa atividade.

> *Eu não busquei médico. Não tinha coragem. A impressão que eu tinha era que ele ia me dar um esporro.“Sua biritum, sai daqui!" Eu achava que era isso que eu ia ouvir. Eu tinha medo de médico, tinha pavor de psiquiatra e jamais ia procurar um médico. E depois eu ia no médico e os médicos não percebiam, nunca falavam nada a respeito e também não entendem. Médico normal não entende nada de alcoolismo, médico psiquiatra especializado em alcoolismo é outra coisa. Mas médico normal não, até porque cada um tem sua área e cada um sabe do seu. Eu já tive médico que chegou a me dizer que eu já estava curada. Eu vou fazer 15 anos de alcoolismo, com 10 anos uma médica disse pra mim que eu estava curada, porque com 8 anos de abstinência eu já estava curada. Aí eu cheguei e disse pra ela que a medicina não tinha me curado e que então eu não ia seguir o conselho dela (A8).*

- Pela sociedade – identificou-se a existência de preconceito em relação à doença, o que dificulta o “reconhecimento” da mesma pela família, pelos amigos e, também, no trabalho.

> *Eu nunca aceitava o problema com o alcoolismo... Um dia mais ou menos dez anos de me internar, um chefe chegou em mim, e me perguntou se eu era alcoólatra... Fiquei muito irado. Mas não fiz nada (A5).*

> *Eu conseguia ter um comportamento que não demonstrasse aquela situação de não alcoolizado, mas o próprio rosto em si, o hálito, as coisas deixavam claro. Como eu era diretor de um órgão público, as pessoas me viam, mas não sabiam como me dizer, como fazer esta abordagem (A181).*

> *Todo mundo sabia, claro, eu ia perdendo os empregos. Aí foi assim. Algumas pessoas me falaram que eu era alcoólatra. Primeiro foi meu pai, depois uma senhora do AA. (...) Depois eu tinha um amigo que era alcoólatra e que dizia: "Claro que nós somos alcoólatras, você acha que nós estamos todos os dias nessa mesa de bar porque?" (A186).*

b) Percurso / Tipos de Serviços (início e fluxo)

Foi identificado um percurso que incluiu os três subsistemas de atenção á saúde: o informal (identificação do problema pela família, amigos e trabalho, onde ocorre o primeiro aconselhamento; alternativas de auto-ajuda como os grupos de Alcoólicos Anônimos – AA); o popular (assistência espiritual como na umbanda e em comunidades terapêuticas – ligadas a grupos religiosos) e o profissional (consultas para legalizar faltas, consultas a clínicos, consultas com profissionais de saúde mental, internações para desintoxicação).

> *Antes desta situação de AA e que minha mãe morava no Rio de Janeiro eu fui fazer um tratamento em uma clínica no alto da Tijuca (...) e eu tive a grata satisfação de conversar, ele que é um grande parapsicólogo. Lembro perfeitamente da médica (X) e eles faziam um trabalho que não era internação. Lá era com umas fitas magnéticas, uns eletrodos e a pessoa responsável e vinha uma voz falando, fazendo uma mensagem e fazia também um trabalho com sensitivas e regressão. (...) E eu fiquei oito anos em abstinência. (...) Então em setembro de 1991 foi a primeira internação, porque a clínica do Rio era de parapsicologia que tratava alcoolismo e outros tipos de drogas (...). Em 1974 fui a uma reunião do AA, assisti. Mas prepotente, achei que aquilo não era pra mim. E fui a uma reunião do AA achei que eles iam ensinar a beber e não ficar bêbado, achei que ia encontrar bebida, chegando lá só tinha cafezinho. Aí nunca mais quis entrar naquilo, até porque já tinha ido até meio alcoolizado (A6).*

(...) Eu faltava e pegava atestado de 5 dias, 4 dias, 15 dias, inventava mentira e usava o plano de saúde um monte, mas nunca tinha usado para esta área psiquiátrica. Amigos meus já haviam sido internados e falaram que as internações dão mais dias de atestado, dão mais de 15 dias, dão 30 dias. E era mais legal 30 dias (...). Daí a primeira vez que eu fui procurar ajuda foi na clínica Belvedere, que ainda não era clínica Belvedere era o Hospital de Caridade. Não na verdade eu fui num psiquiatra, um que eu peguei no livrinho do plano. E fui dizendo que tinhas vários problemas, mas tudo não acreditando naquilo, o que eu queria mesmo era atestado (...). Na internação passada, em 1990 eu li os passos do AA. Quando eu li o primeiro passo: "Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas." Daí eu li esse passo e pensei que os caras do AA eram uns idiotas porque a pessoa que é impotente não pode usar, como é que pode usar uma coisa que ela não tinha o controle? Era esse o meu pensamento da época (A7).

4.2.2. Infarto agudo do miocárdio: a linha de cuidado invertida

a) Reconhecimento do Problema

- Pelo usuário: a presença de sintomas como dor e sensação de ardência e queimação na região do tórax sinalizam que algo não está bem. O reconhecimento dos mesmos como indicadores de uma situação de risco e de urgência, tem relação, predominantemente, com a intensidade e persistência dos mesmos. A identificação de gravidade pode ser realizada pelo próprio indivíduo; pelo indivíduo com a sua família ou pela família.

Senti um aperto tipo uma queimação bem no centro do tórax, mas eu não dei importância pra isso. Na realidade eu não sou daqui, eu sou do Rio Grande do Sul, aí eu vim fazer um trabalho aqui, aí após o almoço eu senti um mal-estar estomacal, na realidade eu imaginei que era um mal-estar estomacal, aí eu fui numa farmácia e me automediquei e fui para a casa. Aí de noite... novamente me deu esse mal-estar

estomacal, coincidentemente após a refeição da noite. Aí tomei mais um remédio, um efervescente, e dormi. Quinta-feira tomei uma cervejinha à noite, não me fez mal, só que aí à noite, à noite começou a dar uma queimação muito acentuada... Começou a vir, nessa parte abdominal, subir, subir, subir e se espalhava pelas laterais e chegava até os dedos, até a ponta dos dedos, doía todo braço, totalmente. Aí eu peguei fui num hospital (I2).

Começou a queimar o braço, peito, costas, dor muito intensa de quase não conseguir respirar e aguda e irradiava, queimava... em casa a família já desconfiou que eu estava infartando, é, aí: chama a Unimed que ele tá infartando! – felizmente houve socorro imediato, colocaram o remédio, debaixo da língua, chamaram logo a ambulância, então houve um socorro em trinta, quarenta minutos (I5).

- Pelo profissional: o reconhecimento da urgência pode ou não ser feito de imediato pelos profissionais de saúde, em especial pelos médicos, dependendo de sua capacitação para a realização de diagnósticos nesta área. Influencia a efetividade do diagnóstico o local onde o profissional trabalha e o acesso aos exames diagnósticos complementares.

(...) direto pra cá, direto pro hospital, né? Pra cá não, me levaram lá pra consulta (...) pra emergência do hospital Florianópolis. Primeiro pra emergência do hospital Florianópolis porque eu trabalho mais ou menos lá perto. Porque eu não sabia o que era, eu pensei, de repente, uma coisa rápida, né? Alguma coisa lá vai resolver, então vou na emergência. Aí chegou lá, eles já me entubaram, já botaram numa ambulância e me trouxeram para cá (I0).

Quando tive a dor, fui em um médico do plano. Foi feito um eletrocardiograma e o médico constatou que eu tava com

> *ameaça de infarto e me mandou consultar um cardiologista, mas era sábado. Quando foi no domingo, se repetiu no mesmo horário, um mal-estar, uma dor, mas não era uma dor, era um mal-estar, uma coisa insuportável. Ele não me disse que era uma coisa urgente (I1).*

O reconhecimento do problema é feito, majoritariamente, após o problema estar instalado, com muito pouca referência a processos de rastreamento/prevenção.

> *Há uns três anos atrás tava jogando futebol e... senti uma dor forte no peito, porque eu corri, corri muito aquele dia, senti a dor muito forte no peito. Não fiz nada, relaxei um ano... No ano seguinte o médico só fez o eletro e não pediu a esteira, fui a outro médico, esse foi mais preventivo, ele me receitou a esteira... a esteira no terceiro estágio, que aumenta a altura e a velocidade, comecei sentir uma dor no peito... ele já me mandou parar, indicou um eletrocardiograma que acusou que eu tinha que fazer urgente um cateterismo (I1).*

b) Percurso / tipos de serviço / acesso (urgência)

O percurso envolve a procura de diversos serviços do subsistema profissional como consulta ambulatorial em serviço público e privado, consulta com cardiologista, atendimento em serviço de emergência cardiológica privada, assim como serviços de emergência da rede pública, de referência ou não na área da cardiologia.

Os serviços de emergência cardiológica apareceram como um importante recurso nos casos de IAM, configurando-se em muitas situações como o local de início do percurso/itinerário terapêutico. Em relação a este dado é preciso considerar a possibilidade de um viés uma vez que todos os entrevistados em Florianópolis foram captados em uma clínica privada de referência em cardiologia onde estavam em processo de tratamento. Ainda assim se identificaram múltiplos arranjos e percursos nas

narrativas dos entrevistados.

Destaca-se, nesta linha, a concentração dos cuidados nos serviços do subsistema profissional, o que pode ser explicado pela situação clínica de urgência, com risco de vida e pelo momento definido para a realização das entrevistas.

É importante registrar a ausência de rastreamento ou ações de prevenção, tanto pelos profissionais e serviços de saúde quanto pela sociedade em geral.

> *Bom aí eu fui num hospital público, cheguei lá o médico... expliquei pra ele: ah, doutor, eu tô assim, assim, assim, .. eu acredito, falei pro médico – que é problema estomacal, mas eu tô com essas dores muito acentuadas no braço, que eu acredito não tem relação nenhuma, aí ele me medicou, me deu uma injeção na veia (...) e me deu um comprimido. Aí eu fui embora pro hotel, dormir (I2).*

> *Cheguei lá e encontrei um médico maravilhoso. Ele me escutou e falou: 'ah, tu tá tendo um infarto, mas eu sou um médico de (...) como que chama? Oncologia? (...) nós não temos agora aqui médico de coração (...) somos um hospital público e os recursos são limitados, mas a decisão é sua. Se você quiser ficar aqui, nós vamos fazer todo possível para lhe dar o melhor atendimento dentro dos recursos que nós dispomos. Mas como o senhor tem um convênio bom, tem um hospital aqui perto que tem todos os recursos, o senhor pode ser atendido por eles (I3).*

> *Eu primeiro eu fui num médico do plano...só procurei especialista, porque uma, é que eu não tenho fé em curandeiro, não acredito (I8).*

4.2.3. Câncer de mama

a) Reconhecimento do problema

- Pela usuária: a identificação de alterações nas mamas ocorreu por meio do auto-exame e ao acaso. Foi significativa a menção da identificação, pela mulher, de algum sinal de alteração nas mamas acompanhada de um processo de negação resultando em períodos mais ou menos prolongados de não procura de cuidados.

> *Ah, eu tava tomando banho e eu notava assim que dava umas fisgadas, mas isso é normal né, mas só que eu comecei a notar uma saliência, aí peguei e passei bastante sabonete e espuma na hora do banho e realmente senti um caroço, aí vi que tava aumentando, só que a minha neta fez 15 anos, agora tá com 22 (...), foi dia 28 de agosto que eu descobri, e eu só fui procurar um médico final de dezembro, porque ah, é um câncer, eu já tinha certeza (M1).*

> *Na época eu fiz um exame, porque no auto exame eu já tinha sentido o nódulo, né (M6).*

- Pelo profissional: a identificação do problema, na sua grande maioria, ocorreu em consulta de rotina para prevenção. Também, foi mencionada a identificação do problema durante a realização de outro procedimento na mama como mamoplastia, por exemplo.

> *Eu fazia mamografia de 6 em 6 meses e foi detectado um nódulo que em principio seria benigno, e eu fiz outros exames de laboratório também, só na hora que foi feita a cirurgia que foi descoberto que era maligno (M2).*

> *No toque eu não percebi nada, é porque também eu não faço exame de toque, nunca fiz, e não faço hoje também, mas como eu fazia de 6 em 6 meses o ultrassom e mamografia porque eu*

> *tinha cisto, aí aonde foi detectado bem no começo, e como a minha mama era pequena, a médica falou: 'Vai ser tirado um pedacinho'. Ai eu falei: 'Não, não, tira tudo, tira tudo' (M4).*

Nesta linha de cuidado, de modo oposto ao que ocorre em relação ao traçador "IAM", o papel da prevenção é significativo no diagnóstico e no tratamento precoce da patologia, com possibilidades de aumentar as chances de sobrevida, bem como de intervir precocemente e contribuir para a limitação do dano.

b) Percurso / tipo de serviços

Nesta linha de cuidado aparecem múltiplos arranjos com a procura de atendimento em diversos tipos de serviços do subsistema profissional, bem como de alternativas de atenção no subsistema popular.

No subsistema profissional são utilizados diversos serviços (da rede pública estatal e dos serviços da rede da saúde suplementar), ocorrendo certa predominância do seguinte fluxo: consulta com ginecologista ? encaminhamento para mastologista ? punção e exames laboratoriais ? cirurgia de remoção ? cirurgia de reconstituição, incluindo-se a realização de radioterapia e quimioterapia. O cuidado nesta linha envolve múltiplos profissionais de saúde: médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros. Também foi mencionada a ausência e necessidade de cuidados a serem prestados por profissionais não médicos.

> *Eu procurei um especialista, né, um mastologista, mas eu tinha ido no ginecologista fazer o exame de rotina (...), que eu vou todo ano, faço mamografia (...). Fazia tudo, então eu procurei o ginecologista, daí como na mamografia veio esse resultado, aí eu fiquei melhor, eu fiquei tranqüila, só que daí triplicou de tamanho e aí eu resolvi procurar um especialista. Eu fiz todo o*

> *tratamento completo, fiz quimioterapia e radioterapia (...) [e] retirada total da mama, mas eu ainda não fiz a reconstituição (M6).*

> *Eu só fiz logo depois da cirurgia umas sessões com o fisioterapeuta, por causa do movimento da mão né, ai eu fiz lá na clinica, aí na época eu fiz particular (M3).*

> *Até o médico falou que podia demorar até mais um tempo para tirar o nódulo, e eu resolvi tirar logo. Então na hora que eu saí da cirurgia acho que deveria ter alguém, um psicólogo, ou uma assistente social, para dar um apoio dentro do hospital, e eu não tive isso (M2).*

No subsistema popular são procurados: assistência e/ou apoio espiritual em instituições religiosas ou mantidas por igrejas (espírita, católica e evangélica) e, também, em instituições laicas, como curandeiros.

> *[....] quando eu fui fazer esses exames da primeira vez, em 2000, que eu fui tirar o sangue aqui na Clínica Santa Luzia, aí a moça [que] tava tirando sangue (...) me aconselhou a ir lá no Ribeirão da Ilha que tem aquele (...) espírita. Aí eu fui prá lá e fiz a cirurgia espiritual, e antes disso eu já comecei a fazer imposição das mãos, bastante... (M1).*

> *Eu sou católica, aí eu vou sempre à missa e isso me ajudou muito. A fé que eu tenho me ajudou muito, e a família, marido, filho, todo mundo me deu o maior apoio (M2).*

No subsistema informal destacou-se a participação em grupos de apoio, como os

grupos de pessoas com câncer.

4.2.4. Parto - Percurso / tipos de serviços / prevenção

Na linha de cuidado ao parto predomina a procura dos serviços do subsistema profissional das redes pública e/ou privada e a menção ao trabalho médico, mas também há registros do trabalho de outros profissionais de saúde O fluxo majoritário segue o percurso consultório ? laboratório ? maternidade. Inclui, também, participações em grupos de casais e de gestantes existentes em serviços de saúde, neste caso disponibilizados pelo SUS. Foi, também, mencionada a participação em grupos de convivência/apoio disponíveis na Web como o Orkut, que, na perspectiva teórica da socioantropologia da saúde, fazem parte do subsistema informal.

> *Então, eu tive rompimento da bolsa às 7 horas da manhã, meu marido estava viajando, liguei pra minha mãe, fui pra maternidade. Aí esperei todo o tempo, pra aumentar as contrações e foi até as duas da tarde, mas aí eu não tive dilatação. Aí teve que fazer cesárea (P4).*

> *Eu fiz hidroginástica e fiz fisioterapia também, pra gestante (P5).*

> *Participei de um grupo de gestantes na maternidade [pública] e com uma enfermeira no [hospital privado] também, foi muito bom (P6).*

5. Conclusões

Ao comparamos as linhas de cuidado analisadas, uma tipologia acerca de

interpretações do processo saúde-doença e dos arranjos na utilização dos sistemas e serviços de cuidados parece se delinear.

Embora haja referência a um conjunto de fatores, a importância do contexto social aparece como marcante no caso do alcoolismo. Aparecem sucessivas menções acerca da permissividade da sociedade a qual termina por se associar de forma negativa a fatores genéticos e psicológicos, principalmente em períodos críticos do desenvolvimento do indivíduo, como na adolescência, por exemplo. A contraparte perversa dessa situação é que essa mesma cultura facilitadora parece não reconhecer o alcoolismo como uma doença, negação que se manifesta, entre outros, pelas dificuldades no acesso (falta de vagas, limites de cobertura) e pela referência à falta de preparo por parte dos serviços formais de cuidado em lidar com o problema. O itinerário dos casos analisados mostra um longo percurso com trânsito pelos três subsistemas de atenção à saúde: o profissional, o informal e o popular. Esse arranjo parece ser positivo (ou efetivo), articulando diversos recursos, abordagens e modelos de cuidado.

O social também está relacionado ao conjunto de causas referidas para o infarto, mas adquire, nesse caso, um significado distinto associando-se a noção de estilo de vida, ou seja, um conjunto de riscos que o indivíduo pode ou deveria modificar: a dieta, o tabagismo e o sedentarismo. Chama atenção a pouca referência por parte dos entrevistados às formas de rastreamento ou de intervenção que pudessem ter modificado o curso desses fatores de risco que os narradores parecem conhecer, mas não conseguem modificar. O itinerário revela uma "linha de cuidado invertida" uma vez que a prevenção do problema tem início quando a doença já está instalada de forma severa. Destaca-se a concentração dos cuidados nos serviços do subsistema profissional, identificando-se a existência de um mix público-privado com a utilização de recursos públicos para atendimentos de urgência. Há um papel de destaque para os procedimentos tecnológicos que assumem intensa valorização diante de uma situação de risco à vida, sem a menção a formas de apoio espiritual.

Já no caso do câncer de mama há predomínio do sofrimento individual na explicação dos determinantes e condicionantes da doença, ainda que uma gama de fatores seja também mencionada. É possível identificar a incorporação de atividades preventivas no cotidiano das narradoras, o que mostra um avanço neste campo. No percurso descrito, aparece de modo significativo a utilização do subsistema profissional e dos recursos tecnológicos. Acrescenta-se à trajetória das mulheres com câncer de mama a busca de cuidados no subsistema popular incluindo alternativas leigas e religiosas e, também, no subsistema informal.

As expectativas relacionadas ao parto apontam para a importância de que se leve em conta a difusão de uma cultura que associa e enfatiza a dor ou intenso sofrimento ao ato de dar à luz, o que encontra eco em interesses profissionais num contexto organizacional onde não existem incentivos para a realização de parto natural. Esses elementos de ordem cultural, da esfera do imaginário e das representações, deverão ser considerados no sentido da reversão das elevadas taxas de cesarianas no país, especialmente no âmbito da saúde suplementar.

Os resultados encontrados neste estudo aproximam-se daqueles oriundos dos estudos etnográficos e de análises transculturais nos aspectos relacionados ao fluxo e ordem de procura dos serviços, constatando-se uma multiplicidade de trajetórias e de arranjos, especialmente no campo da saúde mental e da oncologia. No entanto, é importante lembrarmos de alguns limites a serem considerados na sua interpretação, tais como dificuldades e especificidades ocorridas na coleta de dados junto aos usuários, o que traz a necessidade de que se amplie a amostra de forma a confirmar as hipóteses levantadas. O relatório final deste estudo incorpora resultados de outras capitais brasileiras e suporte bibliográfico referente a cada uma das situações traçadoras estudadas, além de informações acerca da satisfação dos usuários, categoria que não foi possível abordar nos limites deste texto.

A abordagem socioantropológica mostra-se como um instrumento interessante

para a compreensão do conteúdo das narrativas dos usuários da saúde suplementar entendendo-os tanto como sujeitos portadores de uma história de vida e de uma experiência singular, quanto sujeitos determinantes e determinados pela cultura. Permite-nos, também, identificar a existência de representações e significados cujo entendimento é necessário para o avanço da qualidade dos serviços de saúde, nos termos do acesso e integralidade, como da resolutividade e satisfação. Ao setor da saúde interessa o máximo acolhimento (inclusividade) da população no subsistema profissional de atenção à saúde, o máximo impacto epidemiológico (solução e redução de eventos de morbi-mortalidade) e à máxima racionalidade no financiamento (a mais elevada cobertura pela maior efetividade no cuidado).

6. Referências

ALMEIDA-FILHO, Naomar. **A Ciência da Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000.

ALVES, P C.; SOUZA, I. M. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.M., ALVES, P. C., SOUZA, I. M.A. (org.). **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp.125-138.

AUGÉ, M..L'Antropologie de la Maladie. **L´Homme,** n. esp. Antropologie. État de Lieux. Paris: Navarim/Livre de Poche, l986.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n.1, pp. 67-72, 2001.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90:. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.6, p.329-339, 2001.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS,

2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda**: microrregiões e modelos assistenciais na saúde suplementar/ Rio de Janeiro: ANS/MS, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Comunitária. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial de saúde**.** Brasília: MS, 1997.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, G. W.S. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1992.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Ed. Cultrix, 1982.

CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. In: **The New England Journal of Medicine**, v. 306, p. 639-645, 1982.

CECILIO, LC.O. e MERHY, EE.. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas (SP), 2003.

COLIÈRE, M. **Cuidar… a primeira arte da vida**. Lisboa: Lusociência, 2003.

COLIÈRE, M. **Promover a Vida: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: LIDEL, 1999.

CONILL, E. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n.20, p.1417-1423, 2004.

FAVERET, P., OLIVEIRA, P. J.. **A universalização excludente***:* reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas. 1990, 3: 139-62.

GARCIA, J.C. As ciências sociais em medicina. In: NUNES, E. D. (org.). **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

GIOVANELLA, L., CLOBATO, L.V.C., CARVALHO, A.I, CONILL,

E.M.,CUNHA,E.M. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate,** n. 26, p. 37-61, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 70-99.

HUSSSSEY, P., ANDERSON, G., OSBBORN, R., FEEK, C., MCLAUGLIN, V., MILLAR, J., EPSTEIN, A. How does the quality of care compare in five countries? **Health Affairs**, n. 23, p.89:99, 2004.

JANZEN, John M. **The Quest of Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire**. Berkeley. University of California Press, 1982.

KARSCH, Ursula. (org.), 1998. **Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores.** São Paulo: EDUC.

KARSCH, Ursula. Idosos dependentes famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Junho, vol.19, n.3, p.861-866, 2003.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between, antropology, medicine and psychiatric.** London: University of Califórina Press Ltda, 1980.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley. University of California Press, l980.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: UFSC, 1995. (Antropologia em Primeira Mão, n. 12).

LANGDON, E. J. M. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico. 1994. Tese (Concurso Professor Titular) – Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LOCK, M. e SCHEPER-HUGHES, N. A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropolofy: Ritual and Routines of Discipline and Dissent. In: JOHSON, T. M., SARGENT, C. E. (org.) **Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method**. New York: Praeger Publications, pp. 47-72, 1990.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teoricas y articulaciones prácticas. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol 8 (1): 185-208, 2003.

MINAYO, M.C. et al., E. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol 8 (1): 97-108, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

MOSCOVICI, S. On social representation. In: FORGAS, J.P. (org). **Social cognition** London: Academic Press, 1981.

OLIVEIRA, M. C. Os Modelos de Cuidados Como Eixo de Estruturação de Atividades Interdisciplinares e Multiprofissionais em Saúde. **Revista da ABEM**, 2005, no prelo.

OLIVEIRA, Maria Conceição de. Percepção Corpórea e a Questão da Dieta em Momentos de Liminaridade - O Exemplo Kaingáng. In: **Anais da 1a Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul**. Londrina, PR., Coordenação Nacional de DST/AIDS/Programa Municipal para DST/AIDS - Londrina/ALIA, pp. 69-78, 1997.

OLIVEIRA, Maria Conceição. Os Curadores Kaingang e a recriação de suas práticas: TI Xapecó, S.C., Brasil. Dissertação de Mestrado. PPGAS, UFSC, SC.

SANTOS, B.S.(org). **Conhecimento prudente para uma vida decente, um discurso sobre as ciências revisitado**. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

SANTOS, Boaventura S. (org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente**. "Um discurso sobre a ciência" revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

TEIXEIRA, C F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, eqüidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11a Conferência Nacional de Saúde,** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000, pp. 261-281.

TEIXEIRA, Carmem F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, eqüidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **Caderno da 11a Conferência Nacional de Saúde**, pp. 261-281, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

4.3. Cenários da realidade: atores sociais da saúde suplementar e observações da mídia

Alcindo Antônio Ferla
Marta Vaccari Batista
Álvaro Benevenuto Jr
Flávia Raquel Rossi
Suzete Marchetto Claus

A abordagem do "público" e do "privado" na saúde não é uma particularidade do Brasil e tampouco de emergência recente. Braga e Góes de Paula (1981) apontam o surgimento do capitalismo e, mais especificamente, o avanço do capitalismo e seus conflitos, como a emergência dessas abordagens nas reflexões sobre a saúde, em particular a partir da ciência econômica e da política. No Brasil, Bahia (2005) inventariou padrões tensos, com continuidades e rupturas, de convivência entre ambos desde o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e, mais fortemente, desde sua unificação em 1967, onde se verifica o início de um marcado patrocínio da expansão da assistência privada com recursos públicos. Os estudos nessa área, algo freqüentes, normalmente têm recorte predominantemente econômico, são embasados na caracterização das operadoras e do mercado em que atuam (ANS, 2005).

Entretanto, esses recortes não esgotam o necessário aprofundamento teórico e empírico da Saúde Suplementar para compreender essas tensões e as tendências do sistema de saúde no país. Quer pelo fato de que os efeitos das políticas econômicas e sociais produzem cisões na sociedade com bolsões de pobreza e restrição de acesso a bens e serviços, inclusive na saúde; quer pelo fato de que o sistema de saúde, em seus componentes "público" e "privado", oferece distintos modos de acesso aos serviços de saúde; ou ainda porque as demandas por saúde vêm sendo configuradas como direitos

pela população e por instituições governamentais e da sociedade civil. O fato é que há uma pressão visível por uma regulação com maior capacidade de ordenar a oferta de ações e serviços de saúde a partir de certos valores e de certas diretrizes que garantam maior acesso e maior qualidade na resposta dos mesmos, situação que freqüentemente opõem interesses que facilmente se configuram na polaridade "público" e "privado".

Segundo Aciole (2006, p. 23), a saúde vem se tornando um dos setores em que se configura uma luta de caráter estratégico "entre o que constitui interesse público e iniciativa privada, portanto entre interesses sociais antagônicos, espaço real de ação e disputa de projetos de diferentes estratos sociais, por eles gestados e/ou a eles dirigidos". A análise mais detalhada e a compreensão mais fina dessas tensões e da dinâmica dos atores com atuação nesse cenário de interface entre o público e o privado – fortemente marcado no país pela Saúde Suplementar – auxilia na proposição de mecanismos mais efetivos para ordenar o cuidado oferecido à população, já que o desenho da modelagem assistencial inclui a mediação de diferentes saberes e do poder de intervenção de diferentes atores, como mostra a literatura (MERHY, 2002; ANS, 2005).

As abordagens analíticas sobre esse tema vêm tomando uma configuração muito singular há alguns anos, em parte marcada pela vitalidade analítica da Saúde Coletiva. Associando enfoques mais clássicos, como o tema do mercado da saúde, e mais recentes, como a organização dos processos de trabalho e as práticas de cuidado, o "estado da arte" atual da abordagem do tema conta com apoio em ferramentas de análise mais potentes, que permitem avançar da tensão de forças polares cunhadas ideologicamente para um conjunto de particularidades colocadas nas práticas cotidianas, com tensões e contradições, com efeitos concretos na atenção à saúde das pessoas, com disputas no âmbito da micropolítica dos processos de trabalho.

Essa transposição, entretanto, não se caracteriza como inédita, no sentido de uma situação nova/original, mas como inovação, no sentido de uma combinação singular de

ferramentas de análise e de liberdade de produção, com efeitos importantes na qualidade do cuidado oferecido à população, inclusive no reconhecimento de trajetórias assistenciais que combinam o "público" e o "privado" de formas bastante particulares.

É algo recente, por exemplo, a proposição de análise do setor saúde não como mercado, mas como arena de interesses, que permite analisar o setor não com a lógica de uma organização típica, mas como um espaço onde práticas disputam sentidos no cotidiano, com forte expressão no cuidado oferecido à população.

Autores que analisam o trabalho em saúde na dimensão micropolítica, com destaque para Emerson Merhy, Túlio Franco, Luiz Cecílio, Gastão Campos, Laura Fewerwerker, Giovani Aciole, Ricardo Ceccim, Alcindo Ferla e outros contribuem para essa vertente (CECÍLIO, 1997; MERHY, 2002; MERHY, MAGALHÃES JR., RIMOLI, FRANCO e BUENO, 2003; CECCIM, 2005; ACIOLE, 2006; CAMPOS, 2006; AKERMAN e FEUERWERKER, 2006; FERLA, 2007). Da mesma forma, as análises da dimensão das práticas de integralidade também contribuem para qualificar e humanizar o setor (PINHEIRO e MATTOS, 2001; PINHEIRO, FERLA e SILVA JR., 2004; CAMARGO JR., 2004; MERHY, 2005; MERHY, 2006; PINHEIRO, FERLA e MATTOS, 2006). As análises sobre as relações entre os profissionais e as tensões corporativas também se somam à configuração deste campo analítico (CECCIM, 2004; CARVALHO e CECCIM, 2005; FRANCO e MERHY, 2005; CARVALHO e CECCIM, 2006). Por fim, estudos acerca da humanização, do acolhimento e da ampliação da capacidade de respostas da clínica e do cuidado também têm contribuição relevante nessa vertente (LACERDA e VALLA, 2004; MATTOS, 2004, FERLA, 2004; CECCIM e CAPOZZOLO, 2004; CARVALHO e CUNHA, 2006; CECCIM e FERLA, 2006; FERLA, 2007).

No contexto dessas produções e com base nas ferramentas de análise que esses autores apresentam, pesquisa relativa à saúde suplementar no Sul do Brasil, busca analisar a configuração dos cenários em que se produz o cuidado e a dinâmica de atores

que atuam nesse componente do sistema nacional de saúde, em particular o efeito dessas dinâmicas na configuração da atenção à saúde da população. A pesquisa está sendo desenvolvida por uma rede de instituições da estratégia da Rede de Centros Colaboradores da ANS, com marcado protagonismo na Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Não se trata de analisar aspectos mercadológicos da saúde suplementar, como a expressão da oferta de bens de consumo ou a expressão de interesses econômicos nesse setor. Interessa identificar e compreender como os planos e seguros privados de saúde induzem configurações no cuidado produzido no sistema de saúde, entendido como um conjunto de práticas (ações) localizadas em serviços, redes e territórios sociais. Também interessa analisar como a saúde suplementar constrói agendas políticas na sociedade, em particular relativamente ao cuidado e, portanto, constrói e/ou reifica sentidos para a saúde. Na verdade, a grande interrogação que motivou a pesquisa é relativa à configuração de práticas de integralidade no componente suplementar do sistema de saúde brasileiro.

Já vimos nos ocupando de identificar e analisar práticas de integralidade no componente público de saúde, particularmente em serviços e sistemas locais e, empiricamente, constatamos interpenetrações desses componentes quando o foco do olhar é ajustado para a dimensão das práticas. Assim, buscamos partir da saúde suplementar como "fio condutor" para análise de práticas de integralidade, sem desconsiderar outras dimensões relativas ao mercado, à lógica das políticas e tensões de ordem macro. Nossa expectativa é que a análise focada nas práticas permita maior porosidade e complexidade analítica disponível sobre o "público" e o "privado" na saúde.

No conjunto dos projetos que compõem a atuação da Rede Sul de Centros Colaboradores da ANS, coube à Universidade de Caxias do Sul (UCS), por meio de

pesquisadores do Nepesc, coordenar um dos subprojetos de investigação, além de participar das pesquisas de campo e das atividades de produção de conhecimento dos demais eixos. Trata-se do subprojeto **Cenário da Saúde Suplementar na Região Sul do Brasil: inventário e análise de situação da regulação, cobertura assistencial e dinâmica de atores com maior atuação subsetorial.** Esse subprojeto tem como escopo a realização de inventário e análise de situação da regulação, da cobertura assistencial e da dinâmica (incluindo a midiática) dos atores com maior atuação na Saúde Suplementar na região Sul do Brasil.

Nesses estudos foi utilizada uma metodologia qualitativa abrangendo doze operadoras, tendo sido realizadas 24 entrevistas até o momento com dirigentes; prestadores hospitalares, prestadores médicos (nas linhas de cuidado cardiologia, oncologia, gineco-obstetrícia e pediatria) no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. A investigação tomou por base os princípios de atenção integral à saúde, a humanização do atendimento, o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais/serviços e a resolubilidade das práticas profissionais de saúde.

O texto apresentado a seguir busca sistematizar idéias iniciais sobre a organização do cuidado e sobre a dinâmica dos atores que compõem o cenário da saúde suplementar, com o objetivo de configurar uma estratégia analítica singular, a análise de cenários em saúde.

O primeiro recorte analítico que configura essa estratégia procura identificar e compreender os mecanismos de regulação da oferta de cuidados utilizados pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde, quer na sua configuração (como políticas desenhadas e geridas pelas próprias empresas), quer na percepção que os prestadores de serviço têm dessas políticas. A segunda abordagem analítica busca identificar e compreender mecanismos de microrregulação, que configuram práticas e relações entre os diferentes atores que atuam no cenário da saúde suplementar. Essas abordagens utilizam-se das estratégias metodológicas desenhadas em dois estudos

anteriores, encomendados e financiados pela ANS e publicados pela Agência (ANS, 2005). Adicionalmente, os dados originados dessas duas abordagens serão triangulados com evidências originadas nas diversas bases de dados secundárias, sobre a situação de saúde e, em particular, sobre a saúde suplementar em diferentes recortes territoriais.

Uma terceira abordagem analítica procura analisar a dinâmica de atores com maior relevância no cenário da saúde suplementar. Por meio da análise de materiais disseminados pela mídia comercial, em particular por jornais de grande circulação e agências de notícias, e por meio de entrevistas com sujeitos-chave, busca-se identificar os atores e discursos com maior expressão.

Saúde Suplementar e a regulação da produção de integralidade no cuidado em saúde

O sistema de saúde vigente no país foi concebido com a premissa de ser um Sistema Único de Saúde (SUS) tendo, no arcabouço jurídico-legal - principalmente a Constituição Federal de 1988, as Leis Federais nº 8080/90 e 8142/90 - o marco da garantia de acesso universal e igualitário e da integralidade da assistência ofertada numa rede regionalizada e hierarquizada. A saúde foi legitimada como um direito de cidadania, assumindo o *status* de relevância pública e, em decorrência disso, submetida à regulação estatal, conforme registra a Constituição Brasileira de 1988.

O sistema nacional de saúde, tornado único, teve forte componente de estatização, mas, diferente de outros países nos quais se observou a absorção da gestão dos serviços pelos governos, a opção brasileira foi de uma radicalização no componente da regulação das ações e serviços (conforme Artigo 197, da Constituição Federal) e um *mix* na gestão dos mesmos. Esse *mix* inclui a centralidade dos serviços vinculados às diferentes esferas de governo (conforme Artigo 198 da Constituição Federal), a participação complementar no sistema público de saúde dos serviços privados,

preferentemente quando filantrópicos e sem fins lucrativos, e a liberdade de oferta de serviços privados à população (conforme Artigo 199 da Constituição Federal). Liberdade relativa, já que, por decorrência constitucional, todas as ações e serviços de saúde estão submetidos ao dispositivo da relevância pública e, portanto, cabe ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

Entretanto, não é possível analisar a relação "público" e "privado", em especial na saúde, apenas com o registro legal. Tensões em relação aos componentes público e privado do sistema de saúde acompanham a Saúde Pública desde suas origens (FOUCAULT, 1989). Especificamente no Brasil, a ampliação expressiva da oferta de ações assistenciais, que se deu de forma dicotômica em relação às ações de saúde pública, operou-se por dentro do sistema previdenciário com a incorporação e o financiamento de prestadores privados (PAIM, 2003). Essa característica, utilizada como marcador para caracterizar o modelo como médico-assistencial privatista, já deixa visível uma relação dual entre o Estado e a iniciativa privada na qual uma das linhas de força que operam é o financiamento desse modelo à produção ofertada pelos serviços privados (OCKÉ-REIS, ANDREAZZI e SILVEIRA, 2006). Também expressa uma transformação em termos de mercado de trabalho, com a saúde transformando-se em bem de consumo médico, produzido como resultado de atuação altamente especializada (LUZ, 1991).

Nas atuais características das relações entre "público" e "privado" no setor da saúde, encontramos um componente estatal, composto por ações e serviços próprios do SUS e ações e serviços contratados e conveniados, identificados como complementares, uma vez que não-estatais, mas prestando serviços ao Estado; e um componente suplementar, composto pelas ações e pelos serviços prestados pela iniciativa privada, cabendo ao SUS a sua fiscalização e controle (ACIOLE, 2006).

Em relação ao restante das ações ofertadas pela iniciativa privada, consumidos diretamente pelos usuários mediante pagamento, também integram o rol de

responsabilidades do Estado e requerem adequado conhecimento para o exercício da regulação pública.

Até o surgimento da Lei N° 9656/98, a Saúde Suplementar tinha a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – Susep (BAHIA, 2005; OCKÉ-REIS, ANDREASSI e SILVEIRA, 2006). Antes da lei não havia cobertura mínima definida para os planos e seguros de saúde, sendo esta estabelecida unicamente pelos contratos firmados entre a operadora e o consumidor. Consequentemente, o que se observava eram os mais variados tipos de exclusões de cobertura e negação do acesso a serviços médico-hospitalares. Sobretudo, uma afirmação importante da lógica mercadológica, embasada na associação entre produção e consumo de procedimentos – transformados em "bens de consumo médicos", como bem analisou Madel Luz (1991) – e, por conseguinte, um reforço à prática liberal da medicina e das demais profissões (BAHIA, 2005). Esta situação afirma o reforço ao mercado e à lógica liberal de atuação implica em uma definição precisa do cuidado – reduzido à assistência médica individual por meio de procedimentos centrados na dimensão biológica/fisiológica das doenças – e de protagonismo dos atores envolvidos – submetidos a mecanismos externos de regulação (FERLA, 2007; MERHY, 2002). Essa análise é particularmente detalhada por Emerson Merhy (2002) ao estudar a reestruturação produtiva do setor saúde.

A partir de 1998, a legislação estabelece novo marco da regulação da saúde suplementar, definindo relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários. Ao mesmo tempo, os contratos de planos e seguros de saúde foram induzidos a uma migração de perfil para torná-los mais homogêneos nas suas ofertas, além de ter sido ampliada a cobertura assistencial, sendo esta a mudança mais significativa, pois não foram mais permitidas exclusão de patologias, nem limitação de números de procedimentos ou dias de internação. Para desenvolver as estratégias nacionais de regulação pública (regulamentação, fiscalização e controle), conforme prevê a Constituição Brasileira, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000.

A regulação da saúde na agenda social

O tema da regulação dos planos e seguros de saúde no Brasil ingressou definitivamente na agenda do sistema público de saúde no país, ao menos no que se refere à gestão federal. A importância que lhe foi conferida pela mídia reflete preocupações, interesses e conflitos que envolvem beneficiários, prestadores de serviços, e operadoras de assistência suplementar (GARCIA, 2004).

No ideário do processo de reforma do setor saúde, o componente suplementar do sistema de saúde não deveria absorver importantes parcelas de cobertura assistencial, uma vez que o SUS foi delineado como de acesso universal. Entretanto, o direito de acesso não correspondeu à efetiva cobertura universal e os planos e seguros privados de saúde vêm contribuindo de maneira expressiva à garantia de acesso da população à atenção de saúde.

Trata-se do que vem sendo denominado de "universalização excludente" (FAVERET FILHO e OLIVEIRA, 1990). Seja por esse fenômeno, seja pela construção de um imaginário onde a atenção à saúde fora do serviço público é tida como de melhor qualidade. O fato é que, atualmente, aproximadamente 25% da população brasileira têm cobertura por planos e seguros privados de saúde em parte das suas demandas por atenção à saúde.

Para Bahia (2005), esse imaginário tem um componente forte de sua origem na estratégia adotada para a ampliação da cobertura assistencial no sistema previdenciário a partir da década de 1930, quando o aumento agudo dos beneficiários não correspondeu à ampliação proporcional da capacidade instalada. Segundo a autora, a possibilidade de opção por atendimento diferenciado mediante co-responsabilidade no pagamento dos prestadores, assim como o efeito positivo na concepção liberal de atuação da corporação médica, fez com que se sedimentasse a segmentação do acesso

segundo condições de renda, alocando à parcela da população com condições de co-pagamento a liberdade de escolha. É importante perceber que essa segmentação diferenciava as condições de acesso e consumo de procedimentos, mas não a lógica tecnificada e fragmentada da oferta desses procedimentos.

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, em particular na segunda metade da década de 1980, buscou interferir nesse cenário, com o desenho de um sistema nacional de saúde com forte regulação pública. Assim, com tensões e contradições, a saúde suplementar ingressou na agenda da gestão, seja por designação legal ou por fato objetivo. Ingressou também numa agenda de produção de conhecimentos acerca do cuidado que permite analisar e propor mudanças na organização de processos de trabalho, de práticas de atenção e de gestão, na organização de ofertas, no desenho de políticas, nos mecanismos de regulação etc.. Essa agenda, iniciada fortemente na análise dos serviços públicos, passou a abranger o cuidado em saúde suplementar, em particular por ocasião de pesquisas avaliativas desencadeadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2006).

A análise de práticas de integralidade, diretriz que está expressa no arcabouço constitucional do SUS, representa o potencial de transformação dessa agenda emergente de produção de conhecimentos sobre o cuidado. Segundo Pinheiro (2001, p. 65), a integralidade expressa:

> *Uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico - onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.*

O desafio da integralidade ocorre em espaços de disputas, de interesses divergentes, onde ainda operam as lógicas médico-centrada e de procedimento-centrada

(MERHY, 2002; ACIOLE, 2006), onde o usuário é assujeitado (e não sujeito) à medida que compra serviços, nos quais não há resposta plena às suas necessidades.

A integralidade implica na inserção do indivíduo em uma rede de serviços capaz de responder às necessidades, que se ampliam enormemente da dimensão biológica na qual é centrada a prática hegemônica, mas que, minimamente, deve ser capaz de oferecer ações de promoção e proteção da saúde, integradas às ações assistenciais necessárias à demanda singular de cada usuário. Esse recorte já retoma a dicotomia inicial na relação "público" e "privado" na saúde: a separação das ações típicas da saúde pública – promoção e proteção da saúde – e de assistência médica. No caso da saúde suplementar, também destaca a oferta de cardápios pré-estabelecidos pelas operadoras e a progressiva diminuição da autonomia dos profissionais na gestão do cuidado aos usuários.

Conforme Merhy (2002), com maior evidência no âmbito da saúde suplementar, percebe-se uma reestruturação produtiva no setor saúde, calcada em diretrizes administrativas e de otimização de custos caracterizada pela

> *transferência do processo de decisão sobre as ações de saúde a serem realizadas nos serviços do campo das corporações médicas para o dos administradores, como uma estratégia vital para atacar a relação custo / benefício do sistema.* (MERHY, 2002, p.69-70)

Esse movimento destaca a emergência de estratégias de regulação do cuidado que estão localizadas no âmbito de políticas, mas que têm efeitos no âmbito micropolítico do trabalho em saúde, na dimensão das relações entre os diferentes atores que intervêm no cuidado. Nesse mesmo âmbito, associado também a políticas de organização do sistema (gestão e cuidado em interface), algumas produções teóricas vêm se constituindo em importantes contribuições para a construção de práticas de

integralidade no interior do sistema, como a idéia de linhas de cuidado (CECCIM e FERLA, 2006) e a análise de itinerários terapêuticos. A essas abordagens avaliativas, foi associada à contribuição que a comunicação vem alocando à Saúde Coletiva, permitindo novas aproximações à análise dos imaginários sociais e de sua construção, assim como a atuação dos diferentes atores na "arena" de interesses que configura a saúde.

Comunicação em saúde: mídias, discursos e evidências da dinâmica de atores no cenário da saúde suplementar

A interface contemporânea entre a comunicação e a Saúde Coletiva tem uma característica importante, que a torna um marcador analítico relevante para a compreensão do cenário da saúde: dimensões estruturantes dessa área são cada vez mais "atravessadas por recursos e objetivos comunicacionais" (CASTIEL e VASCONCELLOS SILVA, 2006). Certamente, a relevância que o risco de doenças - mesmo aquelas inexistentes em determinados territórios - tomam a população com a rapidez com que determinados produtos passam a constituir-se em necessidades de consumo, podem ilustrar diferentes aspectos dessa característica. A comunicação e suas tecnologias vêm contribuindo para certa globalização da percepção do risco e, em menor escala, para a mundialização das condições de produção da saúde.

Esse fenômeno, em particular nos aspectos relativos à construção de sentidos da saúde, é objeto de análise de uma área temática emergente na Saúde Coletiva: a comunicação e saúde (PITTA, 1995). Nesta área, um recorte analítico bastante fértil é aquele que analisa o papel das diferentes mídias na "conformação do imaginário a respeito da saúde e da doença nos códigos modernos", mas também a interface desse efeito "frente às infinitas construções significativas da cultura e do imaginário, de forma

muito particular, as concepções de corpo, vida, morte e possibilidade de vida após a morte" (MINAYO, 1995, p. 6).

No âmbito desta analítica, em particular na saúde, é importante considerar uma característica fundamental, que torna a comunicação frequentemente coincidente às suas tecnologias: o rápido avanço tecnológico e a disseminação do acesso a diferentes recursos tecnológicos que lhe imprimem uma "velocidade *on line*" e a tornam um verdadeiro marcador da modernidade (SILVERSTONE, 2002). Para Castiel e Vasconcellos-Silva (2006, p. 15), esse fato contribui para a constatação de uma disfuncionalidade relevante na análise do impacto da comunicação na cultura, já que o consumo de informações perde o limite da capacidade de adequado processamento pelos indivíduos: "O excesso de informação tópica participa de um quadro de desinformação estrutural", fazendo com que seja perdido, no processo comunicacional, o trajeto da informação entre o sujeito e o objeto, como efeito da contração de espaço e tempo produzido pelas tecnologias de informação e comunicação, "levando o tempo a restringir-se a um eterno presente amnésico".

O "mundo hipercomunicativo" assim constituído apresenta ambivalências, que precisam ser analisadas para compreender os cenários em que se processa a produção de saúde, uma vez que

> *percebe-se nesta situação a imbricação de três sistemas: o predomínio da razão instrumental e suas produções tecnocientííficas; o poder enfeixado pela junção de instituições e tecnologias; a crença na supremacia dos mitos, símbolos e ritos promovidos pela tecnociência. Como possível resultante, temos uma colonização da sociedade pela aliança entre autoridades geradoras de conhecimentos especializados, profissionais encarregados de produzi-los como objetos técnicos ou empacotá-los com invólucros tecnológicos, o conjunto do sistema industrial e as redes de comunicação, distribuição e consumo.* (CASTIEL e VASCONCELLOS SILVA, 2006, p. 22).

Como se pode verificar, a análise da comunicação e de suas tecnologias é bastante representativa da dinâmica social que se estabelece na saúde e na sociedade de forma mais geral. Essa área vem tendo crescente relevância no Brasil, principalmente desde a criação do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e a publicação de obra seminal na área, a coletânea "Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios", organizada por Áurea Pitta (1995). Mais recentemente, essa área, renovada por inúmeras experiências inovadoras e ampliada com novas interfaces teórico-metodológicas de configuração interdisciplinar, vem sendo apontada como território singular de conhecimentos e práticas (FERLA, 2006; BENEVENUTO Jr, FERLA e GASTALDO, 2007).

De toda forma, o campo da comunicação e saúde tem contribuído de forma relevante para a análise do cenário da saúde, compreendido como uma "arena" de expressão de interesses, poderes e saberes que configuram modelagens tecnoassistenciais (MERHY, 2002). No âmbito da pesquisa sobre os cenários da saúde suplementar na Região Sul do Brasil, as análises com abordagens teórico-metodológicas da comunicação e saúde incluem a identificação de atores que intervém nesse cenário; a análise das estratégias comunicacionais adotadas e a identificação e análise do conteúdo e dos enunciados dos discursos veiculados em diferentes mídias. Um primeiro recorte busca as mídias comerciais de maior circulação como campo empírico para identificar agendas e atores.

Para perceber os detalhes dessa agenda, é necessário entender que os indivíduos usuários do sistema intervêm, simultaneamente, nas várias camadas sociais, estando ora na posição de "sujeitados" às ofertas dos planos de saúde e seguros privados, ora como "sujeitos", agentes catalisadores das ações de mudanças e qualificação da prestação de serviços, seja no âmbito público ou privado.

É o humano assumindo a centralidade dos processos socioeconômicos e políticos, embrenhado na luta contra o otimismo tecnológico, carregado de pessimismo político, que busca legitimar a presença mediadora do mercado na atitude reguladora das ofertas e das oportunidades, conforme analisa Martin-Barbero (2001). Conforme o autor, no momento, é mais que necessário manter "a estratégica tensão, epistemológica e política, entre as *mediações históricas* que dotam os meios de sentido e alcance social e o *papel de mediadores* que possam estar desempenhando" (MARTÍN-BARBERO, 2001, p. 12).

Inicialmente, é preciso problematizar um pouco mais a relação entre a comunicação e a sociedade.

Comunicação, saúde e sociedade: interfaces e evidências para a análise de cenários

A sociedade, especialmente no final do século XX, tem mostrado rápido desenvolvimento de alguns setores e retração de outros, um processo coerente com o capitalismo contemporâneo. Observa-se, num enquadramento, intensa atividade econômica, reconhecida legalmente e capaz de atender a demandas da sobrevivência humana e de integração a uma comunidade global, sem fronteiras físicas. Noutro, vê-se um crescente exército de reserva de mão-de-obra, agindo na informalidade e cada vez mais distante da possibilidade de suprir as necessidades básicas da vida em sociedade, cujos limites são definidos por parâmetros bem explícitos, como acessos aos bens e serviços públicos, área territorial, língua, características raciais, entre outros.

Esse movimento coloca em conflito duas ações cruciais ao indivíduo contemporâneo, pois o atendimento das necessidades individuais que sustentam a vida fica de um lado, enquanto a carência de reconhecimento, de localização, de posse de um território e pertencimento a uma comunidade fica no outro. Ele enfatiza um grande abismo entre aqueles que dispõem de recursos técnicos e econômicos de acesso às

tecnologias e os desprovidos desses protocolos. No caso da saúde essa tensão é fundamental, na medida em que tanto os recursos materiais quanto os simbólicos têm distribuição fortemente desigual entre indivíduos com reconhecidos recortes de situação sócio-econômica, de escolaridade, entre outros, especialmente em relação às ocupações na área. Essa particularidade está dada no âmbito do modelo biomédico vigente, uma vez que a racionalidade e a escala de poder hegemônicas constituem legitimidade para conceituar e operar práticas assistenciais e práticas discursivas sobre a saúde, sobre o corpo e sobre a doença e seus riscos.

O embate dessas duas condicionantes da vida social ocorre num cenário que se refere à integração ao mundo planetário oferecido pelas telecomunicações, especialmente através das instituições midiáticas. Antes de elas permitirem "estar" em várias partes do globo sem sequer sair de casa, essa integração apresenta implicações diretas com propósitos econômicos, políticos e sociais (SCHILLER, 1976). A análise das políticas de circulação de informações e produtos culturais e das estratégias de distribuição de insumos comunicacionais e tecnologias é bastante ilustrativa da configuração contemporânea do próprio modo de produção capitalista, caracterizada pela manutenção de intensos fluxos financeiros, a desregulamentação dos controles político-econômicos, a ideação do mercado como mecanismo de regulação entre os diferentes interesses, o fortalecimento da produção e da oferta de produtos e a organização de complexas redes de circulação informacional para constituir a cultura necessária à reprodução desse modelo (SINCLAIR, 2000; BOLAÑO, 2000; PAIM, 2003).

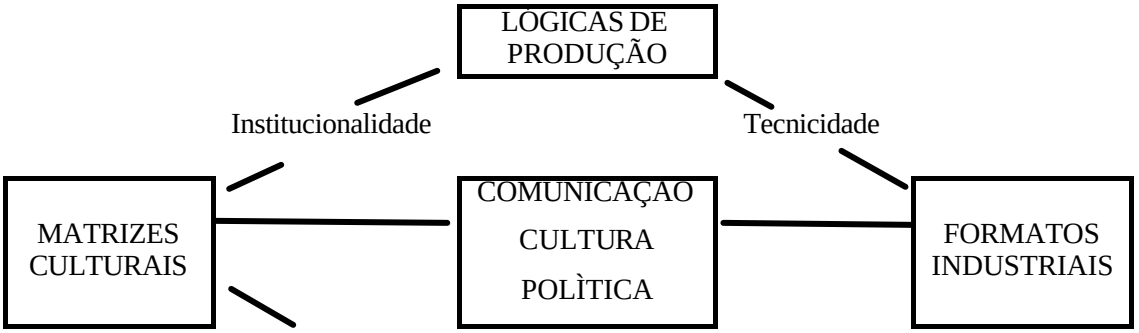
O atual estágio da sociedade planetária tem relação direta com a rede de telecomunicações e com as indústrias culturais, que hoje se articulam em 50 grandes conglomerados, dos quais três, entre os cinco maiores, estão sediados nos Estados Unidos (BENEVENUTO JR, 2003). Esse movimento é notado com muita evidência nas fusões das firmas operadoras das telecomunicações com outras que desenvolvem atividades correlatas, como a produção e distribuição de conteúdos para as diversas

mídias audiovisuais, de discos, de programas para computadores, de edição e comercialização de livros e de insumos, entre outras. Tais movimentos operam visivelmente com base num modelo de concentração na disseminação de insumos comunicacionais.

A concentração das empresas de mídia num pequeno grupo de proprietários e a conseqüente centralidade do gerenciamento dos fluxos comunicacionais, apontada por Brittos (2001) como um movimento no sentido de intimidar ações alternativas de comunicação entre os atores sociais, encontra eco nas reflexões de Martín-Barbero (2001) sobre o lugar central da mídia no mundo contemporâneo, interferindo nas definições da cultura e da política.

Ao propor um esquema analítico desse momento (de mediações), Martín-Barbero (2001) indica que as matrizes culturais (MC) e os formatos industriais (FI), de longa duração, ou tradição histórica, são dependentes das lógicas de produção (LP) e competências de recepção ou consumo (CR), caracterizadas pelas flutuações da atualidade arquitetadas pelos propósitos econômicos. Ao tecer a rede entre as partes, para compor a condição social contemporânea, o pensador indica as relações entre MC e LP mediadas pela institucionalidade; de MC e CR, através de várias formas de socialidade; de CR e FI mediadas pela ritualidade e de FI e LP atravessada pela tecnicidade.

QUADRO 1 - Esquema analítico das relações mediadas



Fonte: Martín-Barbero, 2001, p. 16.

A proposta esquemática apresentada remete a duas possíveis interpretações do atual modelo comunicacional, especialmente em relação à produção audiovisual, que busca na exclusividade uma das marcas de distinção entre as diferentes empresas que concorrem para um mercado.

Uma sugere a repetição e a redundância jornalística, uma vez que os conteúdos internacionais dos informativos televisivos provêm essencialmente de quatro agências noticiosas, provocando uma cobertura internacional viciada e controlada a partir de interesses editoriais dos proprietários dessas empresas.

A segunda interpretação é oferecida por Harvey (2003), no que toca à aferição de rendimentos. Para ele, a centralidade da captação e distribuição dessas informações provoca a perda das qualidades únicas (tão importantes para a valorização dos bens culturais), aliada às questões específicas da televisão (relativas ao estabelecimento de uma cultura embasada em referentes de qualidade de produção) e à capacidade de sedução do consumidor para o mercado de bens é o ponto de partida para aumentar o capital, que vai na contramão das operações do mercado midiático[1].

Essas duas interpretações cobram refletir sobre as contradições que a sociedade atual vive diante da globalização e da concentração do controle de fluxos comunicacionais, tendo em vista o crescente processo de exclusão social *através* e *pela* tecnologização das relações sociais. Esse fenômeno mobiliza a atenção de

[1] Nesse sentido, a aferição de um rendimento (LAZARATTO, NEGRI, 2001) e a exigência da definição de um valor monetário para essas informações destacam a contradição de que, quanto mais fácil sua comercialização, menos únicas elas serão, interferindo diretamente no próprio rendimento, pois, para o mercado da mídia, a exclusividade é uma qualidade definidora de valor.

pesquisadores para analisar os elementos que sustentam as experiências alternativas de comunicação social que visam à reintegração dos cidadãos no espectro social, pois, "quanto mais feroz a competição, mais veloz a tendência ao oligopólio, para não dizer monopólio. [...] A tendência foi reconhecida há muito tempo como problemática da dinâmica capitalista, daí as leis antitruste, nos Estados Unidos, e o trabalho das comissões de monopólios e fusões na Europa. (HARVEY, 2003, p. 145).

Além da análise relativa ao mercado de produção e distribuição de informações e insumos culturais nas sociedades que identifica um processo centralizado da mídia principalmente no que se refere aos conteúdos difundidos pelas redes globais, também tem sido desenvolvido um plano analítico que busca rastros de interferências na tradição e na cultura. São exemplos dessa abordagem a utilização do estilo e das posturas *RAP* (oriundos das minorias negras norte-americanas) nos produtos midiáticos; sua integração em ações que promovam a dissipação do consumo de drogas (lícitas e ilícitas) e o desmantelamento da rede do tráfico; ou a multiplicação das lojas *Mc Donalds*, mostram detalhes que realçam as ações estratégicas dos meios, que podem parecer contraditórias. Ao contrário, estão inseridas numa lógica funcional, pois eles existem para manter a política expansiva do capital e não sobrevivem sem a circulação de sua própria mercadoria.

Para cumprir tal objetivo, as indústrias da mídia dão cobertura a manifestações de guetos excluídos com o objetivo de conquistar maior audiência e, assim, garantir a possibilidade de oferta de outras mercadorias. Como conseqüência, essas indústrias mantém alto grau de controle sobre a cultura. A busca da linguagem popular para compor a grade de programação e agregar valor simbólico comum aos produtos, com produção eficiente e competente de suas estruturas internas, é um dos elementos que explicitam essa tendência.

O modo de apropriação de linguagens e de estilos não comuns ao meio e a forma de cooptação de fontes em favor dos interesses lucrativos das emissoras criam a

oportunidade de refletir que, se a relação de propriedade da mídia de abrangência nacional resume-se a uma lista de poucas famílias (assumidamente dominantes e, assim, com capacidade de investimento), existe a pretensão empresarial deste pequeno grupo em se atualizar (em termos de conteúdos), mantendo importantes ligações com a tradição econômica e política nacional para garantir a sua sobrevivência.

Os dados da distribuição do mercado de comunicação no Brasil oferecem alguns elementos para interpretar a proposição internacional do conceito de "livre fluxo" das informações e comunicação nas relações de poder e de regulamentação desse mercado proeminente: existe uma grande vantagem comercial e de circulação para quem está consolidado na competição. Há espaços, restritos, para outras formas de expressão, através das pequenas janelas abertas pelas emissoras regionais (que funcionam no âmbito dos estados federativos e não escapam do controle econômico e político familiar) e locais (aquelas com abrangência intermunicipal) ou as redes estatais de televisão.

Isso colabora para a motivação de um debate a respeito das alternativas comunicacionais em contraponto com o que a sociedade brasileira do século XXI encontrou, por exemplo, de comunicação televisiva instituída e consolidada ao experimentar o jogo das articulações do capitalismo contemporâneo (BENEVENUTO JR, 2005). Ao movimento social, resta questionar-se sobre a capacidade de se contrapor a essa idéia e para as questões da saúde coletiva e as alternativas de atenção e de tratamento, muito mais.

Ao observar a apropriação dos movimentos sociais que as organizações de mídia promovem para sustentar os pilares da circulação de mercadorias e a prestação de serviços através dos produtos culturais, percebe-se, nos meios de comunicação, a presença de mensagens de saúde suplementar, com muita freqüência nos espaços destinados à publicidade.

O fenômeno permite interpretar essa situação como o envolvimento quase que completo dessas firmas com os propósitos das leis capitalistas da sociedade capitalista. A aparição de anúncios de planos de saúde suplementar nas principais publicações jornalísticas de circulação nacional e regional revela os bastidores das negociações que ocorrem entre indivíduos e prestadores de serviços, consolidando a figura da atenção à saúde como mercadoria que se encontra nas prateleiras das casas comerciais.

Essa leitura provoca refletir sobre os processos decorrentes das questões constituintes desse tipo de prestação de serviços e as correlações com o âmbito dos direitos sociais e da cidadania no que toca à atenção à saúde, em particular no componente da Saúde Suplementar.

Como se viu, a produção de informações a partir da análise de práticas cotidianas no sistema de saúde relativas à saúde suplementar permite caracterizar um cenário com texturas mais potentes para propor avanços em relação à integralidade na saúde. Entre essas texturas, além do destaque à dimensão das práticas no interior dos diferentes componentes do sistema de saúde brasileiro, a explicitação de ruídos e tensões nas relações "público" e "privado" certamente terá a capacidade de dar visibilidade aos *mix* existentes, não em relação à natureza jurídica das instituições e aos vínculos profissionais, mas aos processos micropolíticos que, vistos da dimensão das práticas, demonstram novos padrões de tensão entre o interesse público e o interesse privado, seja de indivíduos, instituições ou corporações, nos diferentes componentes do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, a pesquisa sobre cenários da saúde suplementar busca reencontrar uma das idéias-força do processo de reformas no setor que deu origem ao SUS: a necessidade do predomínio do interesse público como marca para o sistema de saúde.

Referências

ACIOLE, G.G.. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas; SP: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 270p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L.. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr., M.; CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006.

BAHIA, L.. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

BENEVENUTO Jr., Á.. Entrevista com Regina Festa. **Verso e reverso**. Revista da Comunicação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Ano XVII, n 36, p. 147-157, jan./jun. 2003.

BENEVENUTO Jr. **De canal comunitário a POA TV:** as estratégias e políticas da comunidade na TV a cabo de Porto Alegre. São Leopoldo, 2005. Tese (doutorado em Ciências da Comunicação), UNISINOS.

BENEVENUTO Jr.; FERLA, Alcindo; GASTALDO, Édison. **A negociação transdisciplinar como instrumento da pesquisa em Comunicação.** Bienal da Comunicação, IV, Córdoba, ARG, 2007. Anais eletrônicos...

BOLAÑO, C.. **Indústria cultural**: informação e capitalismo. São Paulo: Polis, 2000.

BRAGA, J.C.S.; GOES DE PAULA, S.. **Saúde e previdência:** estudos de política social. 2ª Edição. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990

BRASIL. **Lei 9.656** de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, em 04/06/98.

BRITTOS, V.C.. Capitalismo contemporâneo, mercado brasileiro de televisão por assinatura e expansão transnacional. 2001. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura), UFBA, Salvador.

CAMARGO JR., K.R.. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, IMS – UERJ, ABRASCO, 2004.

CAMPOS, G.W.S.. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M.; CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B.. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M.; CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006.

CARVALHO, S.R.; CUNHA; G.T.. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança na organização da saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M.; CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006.

CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R.. **Precariedades do Excesso:** informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CECCIM, R.B.; CAPOZZOLO, A.A.. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec, Abem, 2004.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A.. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A.. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuições à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

CECCIM, R.B.. Encontro nacional de centros colaboradores seminário internacional sobre regulação em saúde: **qualificação da saúde suplementar**. RJ, 2006.

CECCIM, R.B.. Onde se lê "Recursos Humanos em Saúde", leia-se "Coletivos organizados de produção de saúde". Desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

CECCIM, R.B.. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, IMS – UERJ, ABRASCO, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed.. São Paulo: Hucitec, 1997.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J.. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro, IUPERJ: **Dados – Revista de Ciências Sociais**, v. 33, n. 2, 1990, p. 257 - 283.

FERLA, A.A.. **Clínica em movimento**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FERLA, A.A.. Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde: um *território* singular de conhecimentos e práticas. Participação no painel "Redes integradoras de conhecimento: visibilidades, efeitos e desafios na produção científica em defesa da vida". **11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 23 de agosto de 2006.

FERLA, A.A.. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, IMS – UERJ, ABRASCO, 2004.

FOUCAULT, M.. **Microfísica do Poder**. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da**

demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

GARCIA, M. **Cobertura de Serviços Privados de Saúde; Seguro Saúde; Regulamentação Governamental; Planos e Programas de Saúde.** Dissertação apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; s.n; 2004. xix,142 p. ilus.

HARVEY, D A arte de lucrar: globalização, monopólio e exploração da cultura. In: MORAES, D. **Por uma outra comunicação.** Mídia, mundialização cultural e poder. Rio de Janeiro: Record, 2003. p. 139-171.

LACERDA, A; VALLA, V.V.. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, IMS – UERJ, ABRASCO, 2004.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A.. **Trabalho imaterial**. Rio de Janeiro: DPeA, 2001.

LUZ, M.T.. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2005.

LUZ, M.T.. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. org. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

LUZ, M.T.. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil, da "transição democrática" aos anos 80. **Physis**, v. 1, n. 1, 1991, p. 77 – 96.

MARTÍN-BARBERO, J.. **Dos meios às mediações**: comunicação, cultura e hegemonia. 2 ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

MATTOS, R.A.. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, IMS – UERJ, ABRASCO, 2004.

MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR., H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.. **O trabalho em saúde**: olhando a experiência do SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E.E.. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes:** tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educs, IMS – Uerj, Cepesc, 2006.

MERHY, E.E.. Engravidando as palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

MERHY, E.E.. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. Prefácio. In: PITTA, A.M.R. (org.). **Saúde e Comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. P. 3-6.

OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S.; SILVEIRA, F.G.. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?. **R. Econ. Contemp**.; Rio de Janeiro, 10(1): 157-185, jan./abr. 2006.

PAIM, J.S.. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes:** tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educs, IMS – Uerj, Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; SILVA JR, A.G.. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec, Abem, 2004. P. 269 – 284.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, IMS – UERJ, ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. org. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. org. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PITTA, A.M.R. (org.). **Saúde e comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

SCHILLER, H.I.. **O império norte-americano das comunicações**. Petrópolis: Vozes, 1976.

SINCLAIR, J.. **Televisión:** comunicación global y regionalización. Barcelona: Gedisa, 2000.

5. PRODUÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR NA EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Esta sessão se compõe por produções realizadas no interior das instituições de ensino superior do Rio Grande do Sul, assim, cada capítulo é apresentado por seu autor no âmbito da aprendizagem em trabalhos de conclusão de curso, acompanhado de seus professores orientadores e/ou professores examinadores. Cada capítulo corresponde a um trabalho e traz identificada entre parênteses a respectiva instituição de ensino superior: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior (Univates), Universidade de Caxias do Sul (UCS) e Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs).

5.1. Conhecimento dos responsáveis pela contratação de planos/seguros de assistência privada à saúde relativamente à regulamentação do setor.

Fernando José Medeiros Fossati
Roger dos Santos Rosa

O final dos anos 80 marcou o início da expansão do mercado de atenção suplementar à saúde. A criação do SUS - Sistema Único de Saúde - pela Constituição Federal de 1988, não foi suficiente para dotar o país de um esquema abrangente e de boa qualidade no atendimento médico-hospitalar à população. Na organização do mesmo, um de seus princípios prevê a "complementaridade do setor privado". As principais formas institucionais na área de saúde supletiva que dominam o cenário brasileiro são: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e seguro-saúde. Calcula-se que aproximadamente 40 milhões de brasileiros estão ao abrigo desse tipo de atenção. Um setor, até recentemente, quase sem nenhum mecanismo regulatório, foi dotado de instrumentos de regulamentação a partir da promulgação da Lei n° 9.656/98. O número crescente de empresas que passaram a proporcionar aos seus empregados plano ou seguro-saúde determina a necessidade de maior conhecimento das peculiaridades e parametrização do mercado, por parte de quem gerencia a questão. Através de uma pesquisa junto a empresas da região metropolitana de Porto Alegre, coletaram-se dados que dão um panorama do nível desse conhecimento.

Menos da metade dos que responderam ao questionário proposto conhecem a ANS; 80% deles afirmaram que pouco ou nada sabem a respeito a respeito da Lei nº 9.656/98 (que dispõe sobre planos e seguros de assistência privada à saúde).

A participação privada na atenção à saúde

A grande expansão do setor de seguros privados e planos de saúde no Brasil dá-se a partir da segunda metade da década de 80. Entre as argumentações mais rotineiras a justificar o vertiginoso crescimento no campo da atenção suplementar à saúde está a diminuição da qualidade do atendimento prestado pelo sistema público (ALMEIDA, 1998).

Historicamente, a participação privada na atenção à saúde deve ser relacionada à idéia de modernização que germinara durante o período autoritário de governo. A prática da unificação dos órgãos de previdência deu novo rumo às políticas sociais, um enfoque dramaticamente privatizante, com todas as suas conseqüências.

A Constituição Federal de 1988 tem como grande legado, na questão saúde, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua característica primordial de universalização, por um lado, amplia drasticamente sua meta de atenção e por outro, provoca a exclusão de um grande segmento da população, o qual será absorvido pelo sistema de saúde suplementar (11,7 milhões de pessoas somente em planos de autogestão – Pesquisa CIEFAS 1999).

As formas clássicas de propostas que sustentam a atenção privada à saúde no Brasil são:

- medicina de grupo

- cooperativas médicas

- planos próprios de empresas

- seguro-saúde

Nos dias de hoje a maioria das médias e grandes empresas, nos mais diversos setores econômicos, têm buscado a cobertura de assistência médico-hospitalar para seus empregados no mercado de saúde supletiva.

Durante um grande período, da promulgação da Constituição Federal (1988) até a entrada em vigor da Lei nº 9.656 (03 de junho de 1998), as relações entre operadoras de planos-seguros de assistência privada à saúde e beneficiários dos mesmos eram na maioria das vezes conflituadas e rotineiramente litigiosas.

A inexistência de mecanismos claros de regulamentação, a voracidade dos detentores do "produto" e a ignorância dos "contratantes" sobre direitos e deveres envolvidos na contratação da assistência serviam de combustível a manter um setor sempre problemático e gerador de muitas suspeitas e insatisfações.

Primeiramente, o Código de Defesa do Consumidor serviu (e ainda serve) como tábua de salvação aos que se sentiam de alguma forma prejudicados em questões relativas à saúde suplementar. Hoje, além do CDC, a regulação finalmente proposta pelo poder público através da Lei nº 9.656/98 e Medida Provisória 2.177-44 (marco legal regulatório) busca a proteção do usuário do sistema privado de atenção à saúde.

O que se nota no dia a dia é que ainda pouco sabe o cidadão comum a respeito do seu próprio plano/seguro saúde. Mesmo as médias e grandes empresas, que buscam a cobertura médico-hospitalar aos seus empregados através da contratação dentro do mercado de assistência suplementar, pouco conhecem do que lhes é oferecido. Invariavelmente, questões como as que envolvem a legislação a respeito da matéria, os direitos garantidos aos vários tipos de planos, os dados epidemiológicos da população beneficiária, as resoluções das entidades reguladoras, entre outras, passam ao largo na hora da eleição da cobertura mais adequada e compatível com os anseios do contratante. O distanciamento do Governo em relação às obrigações da prestação de serviços na área da saúde e o conseqüente incremento da participação privada tornam imprescindível a busca de assistência junto ao sistema de saúde supletiva. A opção por um plano de saúde, do ponto de vista da empresa (pública ou privada), não deve mais basear-se exclusivamente no custo da atenção. Avanços sociais, regulamentação do setor com novas regras (ANS),

características epidemiológicas, são alguns fatores que exigem do gestor um conhecimento mais aprofundado da área.

O desconhecimento das regras do mercado, recentemente dotado de instrumentos regulatórios, cria a real possibilidade de escolha de um modelo inadequado ou mesmo a subutilização do plano escolhido.

2. Descrição do tema

2.1. Objetivo

O presente trabalho buscará dar um panorama do grau de conhecimento, sobre as peculiaridades e a regulamentação do mercado de saúde suplementar, dos responsáveis pela escolha, contratação e acompanhamento de um plano ou seguro-saúde privado, em 15 empresas da região metropolitana de Porto Alegre.

2.2. Metodologia

A coleta de dados dar-se-á por meio de pesquisa qualitativa direta, na forma de questionário padronizado. Este envolverá Diretores ou Gerentes da Área de Recursos Humanos (ou pessoas encarregadas da escolha e contratação de plano/seguro-saúde) de quinze empresas da região metropolitana de Porto Alegre (independente do tipo de produção), buscando enfocar primordialmente o conhecimento específico relacionado à regulamentação do setor, frente à necessidade de contratação de assistência suplementar à saúde.

3. Revisão de literatura

3.1 Histórico

O enfrentamento das dificuldades de implantação de um sistema de saúde justo, abrangente e de boa qualidade remonta aos últimos anos do regime de exceção vivido pelo Brasil. A partida para a elaboração de um projeto nesse sentido dá-se a partir da metade dos anos 70, fruto do interesse de setores organizados da área de saúde e movimentos preocupados com a realidade social do país.

Nesse período o sistema público de saúde priorizava a assistência médica e o hospital, relegando a um segundo plano os aspectos preventivos e de promoção da saúde, excluindo dessa atenção os que não contribuíam com a Previdência Social.

Surgia nessa época a idéia da extensão dos serviços a todos os cidadãos, mesmo aqueles que se encontravam à margem do mercado formal de trabalho, reforçando a idéia da responsabilidade pública sobre o setor.

Germinava um poderoso consenso na sociedade quanto à inadequação e ineficiência do sistema público de saúde. A incapacidade de resolver quadros de doenças típicas do estado de subdesenvolvimento social e econômico do país, a excessiva centralização das decisões, a indefinição quanto às competências dos diversos níveis político-administrativos, o desperdício de recursos e a baixa cobertura assistencial à população, entre outros aspectos negativos, forçaram os Constituintes a envolverem-se diretamente com a questão saúde.

3.2. A constituição federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 formata os serviços públicos de saúde como um sistema único, regionalizado e hierarquizado, apoiado basicamente na descentralização, atendimento integral e participação comunitária.

No ano de 1990, a Lei nº 8080 – Lei Orgânica da Saúde - regulamenta os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. No artigo 4º, defini-se o SUS: "É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos ou instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público, e complementarmente pela iniciativa privada".

O sentido "único" do sistema deve-se ao fato de que a doutrina e os princípios organizacionais abrangem todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas governamentais: Federal, Estadual e Municipal.

Com o foco nos preceitos constitucionais, o Sistema Único de Saúde é sustentado por três pilares doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade. A sua organização segue princípios bem delineados: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação da sociedade (controle social) e Complementaridade do Setor Privado.

As características dinâmicas do SUS, fruto da necessidade de constantes correções de rumo (naturais em projetos dessa envergadura), geraram a partir de 1991 Normas Operacionais Básicas = NOB-SUS 91, NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96; tais normas fortaleceram o intuito descentralizador, delegando aos estados e municípios responsabilidades, com respectivo aporte de recursos, para gestão do Sistema implantado.

Recentemente entrou em vigor a Norma Operacional da Assistência à Saúde = NOAS-SUS 01/2001, conjunto de propostas que atualiza a regulamentação da assistência, tendo como base o que de bom já foi alcançado e as dificuldades a serem ainda enfrentadas, de modo a consolidar e aprimorar o SUS.

Coincidindo com a época da promulgação da Constituição Federal, mais precisamente nos anos finais da década de 80, demarca-se o início da expansão do acesso aos planos e seguros privados de saúde (ALMEIDA, 1998).

Aponta-se como fator preponderante ao incremento e difusão da assistência médica suplementar a expressiva perda de qualidade dos serviços de saúde prestados pela esfera pública. Some-se a isso a unificação administrativa no âmbito da Previdência Social e os reflexos da Reforma Sanitária nos anos 80, e teremos os elementos principais que excluíram da esfera pública as camadas de médio e alto poder aquisitivo, as quais viriam a ser absorvidas pelas operadoras privadas na atenção às necessidades de saúde.

3.3. A saúde supletiva no Brasil

A delimitação da área sob análise é ditada pela "natureza mercantil-contratual das relações entre os atores", que assim sendo confere um caráter seletivo à demanda existente. Por esse ponto de vista, o mercado de saúde suplementar é composto por formas de produção e gestão de assistência médico-hospitalar que visa atender certa demanda ou clientela restrita (MÉDICI, 1991ª).

A exigência básica para caracterizar o setor, portanto, é o pagamento pela utilização dos serviços (isso é, sua compra) que pode assumir diferentes modalidades (ALMEIDA, 1998).

Por tratar-se de tema com interesse relativamente recente no meio acadêmico, ainda não existe na literatura brasileira uma conceituação definitiva dos elementos que compõe o mercado privado de saúde supletiva. Médici (1991ª) fez a primeira tentativa de formatar tal mercado, dividindo-o em quatro segmentos: 1- segmento privado contratado pelo setor público (hospitais, clínicas, serviços de diagnóstico, etc.) cuja

venda de serviços atende uma clientela indiferenciada; 2- segmento médico-assistencial das empresas, que visam a clientela específica que faz parte do mercado de trabalho; 3- segmento médico-assistencial das famílias, aonde indivíduos ou grupos familiares buscam diretamente a contratação de seguro ou plano de saúde; 4- segmento beneficente filantrópico, com atenção a clientelas abertas e fechadas.

3.3.1. Formas institucionais de atenção suplementar à saúde.

No Brasil, o setor privado responsável pela compra e venda de serviços suplementares de saúde apresenta as seguintes formas institucionais mais comuns:

3.3.1.1. Medicina de grupo: forma de operadoras dominante no mercado. Primordialmente caracterizam-se por serem "contratadoras" de serviços; administram planos de saúde para empresas e indivíduos, possuindo em sua oferta de atendimentos, rede de serviços próprios e credenciados. Ao longo dos anos tem sido a tendência a diminuição do envolvimento de recursos próprios. Dados da ABRANGE de 1998 mostram que somente 5% do total de leitos oferecidos pelas empresas de Medicina de Grupo eram próprios, sendo os restantes da rede credenciada. Nos casos de planos empresariais (foco de nosso trabalho), quando o custo é assumido em sua integralidade pela instituição compradora, a adesão é automática pela totalidade dos empregados; quando o mesmo é rateado (entre empregador e empregado) a inclusão passa a ser opcional. A negociação de valores, prazos de carência, características especiais de cobertura é comum no mercado, estando na dependência da magnitude e tipo de clientela a ser atendida. Cerca de 80% dos beneficiários de planos de saúde da modalidade em foco (+ ou – 14.500.000 pessoas) têm seus benefícios bancados pela instituição empregadora. A maior concentração de usuários encontra-se no estado de São Paulo, seguindo-se o Rio de Janeiro com 17% e o Rio Grande do Sul com 10% do

total. Quanto ao tamanho das operadoras de Medicina de Grupo, são consideradas de Grande porte aquelas que possuem em sua carteira mais de 300.000 usuários; de 100.000 a 300.000 são de Médio porte e as que contam com menos de 100.000 beneficiários caracterizam-se como de Pequeno porte.

3.3.1.2. Cooperativa médica: tendo na Unimed sua maior representante, nesta modalidade os médicos são ao mesmo tempo gestores e prestadores de serviços. Sua remuneração está relacionada ao serviço prestado, dividindo ao final do período o lucro auferido pela unidade. Oferecem planos de pré-pagamento e têm grande penetração no meio empresarial, de onde a maioria dos beneficiários é proveniente (BAHIA, 1991 apud ALMEIDA, 1998, p.8).

Contrariamente à Medicina de Grupo, as cooperativas médicas têm cada vez mais valido-se da implantação e uso de recursos físicos e equipamentos próprios, na busca da redução de custos. Atualmente a Confederação Nacional das UNIMEDs já tem em funcionamento ou em fase de conclusão mais de 50 hospitais no país.

> Tem sido um ponto controverso e alvo de críticas constantes a posição da UNIMED em exigir a exclusividade no atendimento por parte de seus médicos cooperados, fato que ocasiona flagrante desrespeito ao princípio da livre concorrência.

3.3.1.3. Plano Próprio de Empresa: essa modalidade teve um grande impulso no final dos anos 80. Segundo Andreazzi (1991), o aparecimento da previdência complementar incentivou a expansão desses planos. Nesse caso as empresas administram seus próprios planos de assistência médica (autogestão); podem também terceirizar esta atividade (co-gestão ou planos de administração).

> No caso de empresas estatais ou da administração pública é comum a presença das caixas e fundações na questão da saúde supletiva, normalmente chamando o funcionário a participar no rateio do custo da atenção. É considerada como principal vantagem da Autogestão a redução de custos na assistência à saúde, pois haveria economia no fato de que a própria empresa se encarregaria da administração do plano proposto. Em termos de regulamentação, a não obrigatoriedade de oferecimento do "plano referência" constitui-se na grande diferença em relação aos demais tipos de planos/seguro-saúde.
>
> No sistema de Autogestão (também conhecido por Autoprograma) a sua organização e oferta de cobertura podem dar-se por: *contratação de serviços*, aonde médicos, laboratórios, hospitais e outros serviços são credenciados e remunerados diretamente pela empresa; *produção própria de serviços*, quando a empresa contrata médicos e oferece ambulatório e hospital próprio (normalmente em áreas sem os serviços necessários); *reembolso*, quando o funcionário é ressarcido pela empresa por gastos relativos à assistência médico-hospitalar.

3.3.1.4. Seguro-saúde: o produto oferecido nessa modalidade eqüivale a uma apólice de seguro que serve para cobrir os gastos com assistência médica ou hospitalar, seguindo as normas do contrato previamente acertado. A seguradora não presta o atendimento em si, mas ressarci o custo da atenção ao segurado. No caso das empresas, o pré-pagamento é homogêneo em relação à força de trabalho, baseando-se o cálculo do mesmo no risco coletivo médio da população envolvida. Trata-se da única modalidade que já tinha alguma forma de regulamentação, atuando desde o início sob a tutela da SUSEP e do CNSP. A questão geradora de maior polêmica no campo do seguro-saúde diz respeito à livre escolha do médico, hospital ou qualquer outro serviço (artigos 129 e 130, Dec.-lei 73) por parte do segurado. Com o passar dos anos as operadoras de seguro-saúde passaram a oferecer listas de referenciados como sugestão a seus segurados, o que segundo alguns juristas fere o direito à livre escolha; por outro lado,

tal postura tem tornado as seguradoras solidariamente responsáveis por eventuais danos causados aos consumidores por profissionais indicados (Pasqualotto, 1999).

Baú (2001) em seu livro – O Contrato de Assistência Médica e a Responsabilidade Civil – considera que o fato do seguro-saúde ser regido pela lei dos seguros e o contrato prever a liberdade de escolha do profissional por parte do segurado, desobriga a seguradora de arcar com o ônus advindo do chamado erro médico; "a empresa não responderá pelos atos do médico que prestar o serviço direto ao paciente, sua responsabilidade só vai até o desembolso das despesas gastas pelo segurado com sua saúde". Em relação aos demais tipos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, considera a autora que sempre haverá "responsabilidade solidária entre o médico que prestou o atendimento diretamente, o serviço de assistência e a empresa que terceirizou o mesmo".

Figueiredo, Barroca de Andrea e Checchia em artigo da FIOCRUZ agregam mais uma modalidade institucional, o Plano de Administração. Tal Plano, embora muito próximo da Autogestão, diferencia-se desta pelo fato de que a administração do benefício fica a cargo de uma terceira empresa; a ela compete a implantação (cadastramento dos usuários, credenciamento dos serviços, planejamento dos custos, etc.) e a operacionalização e controle do plano (processamento de contas, auditorias, controle sobre os prestadores de serviços credenciados, etc.).

3.3.2. Números do Sistema.

Os números do setor de saúde supletiva são contundentes. Embora as estatísticas atuais reduzam de um total de 41 milhões para 36 milhões de beneficiários aproximadamente, ainda assim trata-se de um mercado gigantesco. No ano de 1997 o faturamento do setor atingiu a expressiva soma de 16 bilhões de reais, ao redor de 2% do PIB nacional.

Toro da Silva (1998) citando como fonte a ABRAMGE, apresenta um quadro a respeito das operadoras, do qual se retirou alguns indicadores:

TIPO DE OPERADORA	N° DE EMPRESAS	N°/BENEFICIÁRIOS
-Medicina de Grupo	670	17.300.000
-Cooperativas Médicas	320	10.000.000
-Autogestão	150	9.000.000
-Seguradoras	140	4.700.000

Em relação ao número de empresas que proporcionam ou não algum tipo de acesso a serviços de saúde suplementar, Bahia (1997, p.61-2) expõe relevante pesquisa realizada em 1996 (BNDES/CNI/SEBRAE). Nela, os números mostram um total de 52,7% de indústrias com alguma modalidade de plano de assistência; destas, a grande concentração da cobertura dá-se nas empresas de médio e grande porte. No caso do micro e pequenas indústrias os números invertem-se, sendo maior a inexistência de planos de saúde relacionados à atenção supletiva.

A pesquisa BNDES/CNI/SEBRAE mostra que as políticas de recursos humanos da maioria das empresas nacionais agregam a sua carteira de benefícios os planos de saúde, com conotação de salário indireto (como o vale-refeição e o vale-transporte) (BAHIA, 1997, apud ALMEIDA, 1998, p.24).

Dados de um trabalho da FENASEG (dezembro de 1996) indicam um total de 74,1 milhões de pessoas compondo a "população economicamente ativa" (PEA) do Brasil (mercado formal + informal de trabalho); 20,5 milhões de pessoas (27,6%) são titulares de planos ou seguros de saúde. A diferença, ao redor de 53 milhões de trabalhadores, representa terra fértil para o desenvolvimento da assistência suplementar à saúde.

Some-se aos dados acima a crescente deterioração da atenção à saúde proveniente dos mecanismos públicos e ficará clara a tendência cada vez mais crescente do viés em direção à oferta de serviços privados.

3.3.3. Classificação quanto ao tipo de contratação.

O Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 Junho de 1998, classifica em Resolução de outubro de 1998 os planos ou seguros de assistência à saúde, quanto ao tipo de contratação junto às operadoras:

3.3.3.1. Contratação individual ou familiar – Art. 2° "Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de *'contratação individual'* aqueles oferecidos no mercado para livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem grupo familiar". Parágrafo Único: "Caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar".

3.3.3.2. Contratação coletiva empresarial – Art. 3° "Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de *'contratação coletiva empresarial'* aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica".

§1° - O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical.

§2° - O contrato poderá prever a inclusão dos dependentes legais da massa populacional vinculada de que trata o parágrafo anterior.

§3° - A adesão deverá ser automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor à pessoa jurídica de que trata o caput, de modo a abranger

a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada de que trata o §1° deste artigo.

3.3.3.3. Contratação coletiva por adesão – Art. 4° "Entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde de *'contratação* coletiva *por adesão'* aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dos dependentes, conforme caracterizado no parágrafo único do Art.2°.

3.4. A regulamentação do setor

Uma das pontas do mercado (as operadoras) flagrantemente tem condições de adequar-se com rapidez às peculiaridades do mesmo. Outros "atores" (órgãos encarregados da regulamentação) têm feito a sua parte. Na outra ponta, os compradores dos serviços (no caso, as empresas) deverão estar aptos a discernir o melhor tipo de assistência médico-hospitalar a ser contratada para seus empregados.

Termos próprios do cenário da saúde suplementar, tais como, *seleção adversa, seleção de risco, risco moral, experience rating, managed care, assimetria de informação* e tantos outros, deverão imprescindivelmente passar a fazer parte do dicionário dos gestores responsáveis pelas políticas de atenção à saúde das empresas.

O conhecimento dos mecanismos oficiais de regulação, a familiaridade com os órgãos responsáveis pelos mesmos (ANS, CONSU) e um "scanning" mais acurado das necessidades do grupo de empregados (e dependentes) ajudarão expressivamente na escolha do mais adequado plano ou seguro-saúde.

Excetuando-se a fatia de mercado relativa às operadoras que lidam com seguro-saúde, a qual já era passível de algum tipo de regulação (SUSEP – Superintendência de Seguros Privados), o restante do sistema de saúde suplementar carecia de instrumentos mais específicos a regulá-lo.

A lei n°9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os "Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde", veio trazer ao setor uma característica de ampla regulamentação, enquadrando de forma igualitária as quatro principais formas de operação em assistência supletiva: medicina de grupo, cooperativas, autogestão e seguro-saúde. Até então era quase exclusivamente o Código de Defesa do Consumidor a tentar ordenar de alguma forma as questões controversas que se apresentavam.

O Governo Federal empenhou-se ferrenhamente na aprovação da referida lei, temeroso de irremediável desgaste na relação entre a massa consumidora e as empresas de assistência privada à saúde, o que colocaria de volta ao amparo do sistema público uma grande parcela de um total de 41 milhões de pessoas.

A Lei 9.656/98 promulgada em 03 de junho de 1998 foi alterada, por conveniência política, de forma a agregar alterações propostas pelo Senado, por uma Medida Provisória de n° 1.665/98, a qual viria a ser reeditada em mais de 40 oportunidades. A principal mudança sugerida pelos Senadores dizia respeito a um Sistema de Regulação Bi-partite. Estaria a cargo do Ministério da Fazenda o controle da parte relativa à atividade econômica das operadoras, ficando ao abrigo do Ministério da Saúde a regulação da atividade de produção dos serviços de saúde, da assistência à saúde (MONTONE, 2001).

O Departamento de Saúde Suplementar e o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, além de entidades fiscalizadoras teriam a prerrogativa da autorização de comercialização dos produtos ligados à assistência no mercado de saúde supletiva.

A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP ficariam encarregados das ações regulatórias voltadas a autorização de funcionamento, controle econômico-financeiro, solvência, reajustes de preços, cálculos atuariais, etc, das empresas interessadas nesse segmento.

Ao longo de 1999 a proposta Bi-partite começa a dar sinais de enfraquecimento. A separação dos mecanismos de regulação entre dois ministérios acaba ocasionando sérios problemas estratégicos, proporcionando diminuição de sua efetividade; no fim desse ano, são unificadas todas as ações de regulamentação no Ministério da Saúde (unificação iniciada pela edição da MP n°1.908-18).

A Medida Provisória n°1.928-99 de 25/11/99, convertida em Lei sob n°9.961-00 de 28/01/00 finalmente completa a revisão do modelo regulatório do mercado de assistência à saúde privada, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e a ela transferindo as atribuições de regulação.

A regulamentação "procurou resguardar os interesses do capital privado, mas dotou o aludido setor de um cunho mais social, quase público, procurando salvaguardar principalmente, os direitos dos consumidores, conferindo e atribuindo-lhes direitos, dentro do princípio do dirigismo contratual, pois segundo o mestre francês Champaud, às vezes a liberdade escraviza e a lei liberta" (Toro da Silva, 1998, p.40).

Segundo Rizzardo e colaboradores (1999, p.12) a Lei 9.656 trouxe normas, procedimentos e padrões capazes de expor regras objetivas e claras. "Os usuários passam a ter acesso a planos mais justos, completos e eficientes, submetidos a uma rigorosa fiscalização por parte do Ministério da Saúde; as empresas operadoras poderão com isso ampliar seu quadro de consumidores, bem como estender os serviços que se dispõe a prestar; para os prestadores dos serviços de saúde, por sua vez, a quem também são dirigidos alguns dispositivos da lei, ficaram definidas as obrigações nos atendimentos que realizam".

Célia Almeida (1998) reinterpreta três objetivos buscados pela regulação publica quanto ao seguro privado em saúde, apresentados por Chollett e Lewis (1997): manutenção da estabilidade do mercado segurador, controle da assimetria de informação e maximização da participação do consumidor no mercado privado de assistência à saúde.

O primeiro objetivo encarrega-se da capacidade financeira e ética das operadoras, regulando a movimentação de entrada e saída do mercado, as questões fiscais, capital mínimo, riscos de insolvência, etc.

O segundo, com vistas ao enfrentamento das assimetrias de informação, típicas desse mercado, busca regular cláusulas contratuais e aspectos de marketing, além das relações entre os operadores e os prestadores de serviços.

O terceiro objetivo, a nosso ver o mais dramático em cenários de países em desenvolvimento, busca, com a regulação, adequar as práticas típicas do mercado privado de seguros às demandas de cunho social, primordialmente o acesso mais equânime aos serviços de assistência médica, necessariamente criando normas de três tipos: proibição de exclusões, proibição ou restrição a condicionar preços em virtude da situação de saúde, idade, sexo, etc. e obrigatoriedade de cobertura para certos serviços e benefícios.

Lima Lopes (1999) ao analisar a regulamentação do mercado de saúde suplementar a partir da promulgação da Lei 9.656/98, posiciona-se pela pequena mudança provocada pela mesma. Prende-se ao fato de que dito documento trata o comprador do plano/seguro saúde como "consumidor"; sendo assim, está inserida no âmbito do direito do consumidor, ao abrigo da Lei 8.078/90(CDC). O mesmo autor ressalta que a própria lei faz expressa referência ao Código de Defesa do Consumidor quando no art. 3° condiciona a regulamentação do mercado privado de assistência à saúde a não exclusão da regulamentação prevista nas Leis 8.078/90 e 8.090/90(Lei

Orgânica da Saúde). No entanto é imprescindível que a saúde seja considerada como um bem distinto de outros bens de consumo, estando a exigir, consequentemente, regras próprias para o exercício de sua comercialização.

Toro da Silva (1998, p.52) em comentário sobre o art. 3° da Lei 9.656/98 diz: "obviamente, essas leis (8.078 e 8.090 de 1990) somente poderão ser aplicadas de forma subsidiária, ou seja, quando inexistir norma expressa na regulamentação dos planos de saúde, sob pena de existir verdadeiro conflito jurídico". Ainda segundo o autor, a lei em questão buscou dar ao segmento de assistência privada à saúde uma regulamentação geral, abrangendo de forma igualitária as empresas de medicina de grupo, de autogestão, as cooperativas médicas e as seguradoras, sendo que, somente estas últimas já eram alvo de alguma forma de regulação (SUSEP).

Mesmo em países de concepção amplamente liberal houve a imposição de restrições à atividade privada. Nos Estados Unidos, carentes de um sistema público universal, a indústria médica foi fortemente regulada (LIMA LOPES, 1999).

A regulamentação do sistema norte-americano de assistência privada à saúde apresenta, como característica principal, a baixa interferência da máquina estatal na elaboração e operacionalização dos contratos. Preocupa-se de forma mais efetiva com a sustentabilidade duradoura das operadoras de seguros/planos de saúde (ANDRADE, LISBOA).

É inegável ser o Estado o principal interessado em que o sistema de saúde suplementar possa andar a passos firmes; constitucionalmente é sua obrigação prover assistência à saúde de forma universal, com atendimento integral e gratuito. Num país como o nosso, geograficamente gigantesco e de inegáveis desigualdades sociais, é tarefa quase utópica para a máquina pública a boa atenção à saúde à totalidade ou à maioria da população. Sendo assim, o setor privado torna-se aliado inestimável. A Lei 9.656/90 não fecha os olhos a essa questão. Não nega, hipocritamente, o lado mercantil

da prestação de serviço privado, embora busque em sua essência um equilíbrio com o interesse social que deve prevalecer no campo da saúde.

A regulamentação da forma como foi proposta tenta dar ao consumidor do plano/seguro saúde a possibilidade de melhor conhecer o "produto" que está comprando, podendo compará-lo com outros ofertados, tendo para isso parâmetros bem definidos e claros, tanto em termos de características como de custos do plano. Avanço significativo ocorreu na proteção ao usuário quanto à higidez financeira e solvência das empresas, visto que a lei promove um caráter fiscalizador e repressivo em relação às operadoras de planos e seguros de saúde.

Grande é o desafio da efetiva regulação do sistema de saúde suplementar no Brasil. A quebra de paradigmas, a mudança de postura das operadoras dos planos (há anos acostumadas a um mercado desregulado) e a necessidade das mesmas de adequarem-se a normas e exigências específicas, alteram positivamente o cenário da atenção à saúde no campo privado.

Em época de inúmeras mudanças no mercado de assistência privada à saúde é imperioso que os atores responsáveis pela "compra" do plano ou seguro também estejam familiarizados com as regras vigentes. Nesse aspecto, há dúvidas se esse conhecimento existe de forma significativa. O longo tempo sem qualquer tipo de regulação, a escassa familiarização com as especificidades e peculiaridades do mercado de saúde (que faz deste, um sítio completamente diferenciado dos demais) e o relativo pouco tempo da legislação reguladora, são elementos dificultadores à tomada de decisão quando da contratação de um plano ou seguro-saúde. Mais complexa ainda a tarefa quando tal escolha envolve a atenção a um número maior de pessoas, como nos casos de planos empresariais.

Os dias de hoje exigem do gestor responsável pela operacionalização da política de atenção à saúde de uma empresa um aprofundado domínio das leis específicas, das

formas institucionais de prestação de serviços mais comuns no Brasil e dos produtos ofertados pelo mercado, de modo a conduzir da forma mais adequada e interessante, social e financeiramente, a opção por um tipo de cobertura médico-hospitalar.

As empresas modernas, independentemente do seu porte, vêm reconhecendo no oferecimento de uma boa cobertura médico-hospitalar a seus empregados, algo muito além do aspecto social; motivo de satisfação e de sentimento de segurança por parte dos trabalhadores, com forte apelo de salário indireto, é causa importante na diminuição da rotatividade de mão-de-obra, com reflexos diretos na produtividade.

A questão "plano/seguro de assistência à saúde" deixou de ser somente mais um número nos relatórios de custo das empresas, passando a exigir um enfoque mais atento e profissional, requerendo daqueles responsáveis por sua contratação e acompanhamento um entendimento claro e atualizado dos regulamentos do setor.

4. Principais resultados da pesquisa e comentários

4.1. Características da amostra

Quadro 1

4.1.1 Tempo de existência da empresa	
- até 05 anos	3 empresas (20%)
- acima de 05 anos	12 empresas (80%)
4.1.2 Número de empregados	
- até 50	3 empresas (20%)
- de 51 a 100	2 empresas (13,3%)
- acima de 100	10 empresas (66,6%)
*4.1.3 Tipo de plano/seguro saúde contratado**	
- Medicina de grupo	5 empresas
- Cooperativa médica	5 empresas
- Autogestão	4 empresas
- Seguro-saúde	5 empresas

* 4 empresas têm contratados mais de um tipo de plano/seguro.

O quadro n° 1 mostra que 80% das empresas pesquisadas têm mais de 5 anos de atividade, sugerindo certo grau de estabilidade no mercado. A grande maioria (66,6%) possui mais de 100 empregados. As 4 principais formas institucionais de plano/seguro de assistência privada à saúde apareceram na pesquisa de modo equitativo.

4.2. Quesitos relacionados à escolha do plano/seguro de assistência à saúde.

Quadro 2

4.2.1 Quanto às formas de operadoras (Medicina de grupo, Cooperativa médica, Autogestão e Seguro-saúde) você:	
- conheço	8 pesquisados (53,3%)
- não conheço	0 pesquisados
- já ouvi falar	7 pesquisados (46,7%)
4.2.2 Na escolha do plano/seguro saúde, o que mais "pesou" na decisão?	
- custo	10 pesquisados
- tipo de cobertura	10 pesquisados
- credenciados	5 pesquisados

As questões "custo" e "tipo de cobertura" foram os pontos mais citados na pesquisa como os de maior importância no momento da escolha. Não há, aparentemente, grande preocupação com a lista de credenciados. Quanto à familiaridade com as formas de operadoras, 8 pesquisados afirmaram conhecê-las, enquanto 7 somente delas "ouviram falar".

4.3. Quesitos relacionados à regulamentação do setor de saúde suplementar.

Quadro 3

4.3.1 Sobre quais órgãos de regulação você tem algum grau de conhecimento?	
- ANS	7 pesquisados
- CONSU	1 pesquisado
- SUSEP	9 pesquisados
- NENHUM	4 pesquisados
4.3.2 Quanto à Lei n° 9.656/98, você conhece:	
- muito	3 pesquisados (20%)
- pouco	7 pesquisados (46,7%)
- não conhece	5 pesquisados (33,3%)

Esse quadro é claro em demonstrar o desconhecimento sobre a estrutura oficial de regulação e da norma máxima de regulamentação do mercado de assistência privada à saúde. Menos da metade dos pesquisados sabem o que é a ANS, sendo que quatro deles não conhecem nenhum dos organismos citados na pergunta. Doze dos que responderam a pesquisa pouco ou nada sabem sobre a Lei n° 9.656/98.

4.4. Outros quesitos

Quadro 4

4.4.1 Você recebe de sua operadora do plano/seguro dados epidemiológicos da população beneficiária:	
- mensalmente	3 pesquisados (20%)
- eventualmente	2 pesquisados (13,3%)
- não recebo	10 pesquisados (66,6%)
4.4.2 Quanto a doenças e lesões pré-existentes, seria mais interessante para a empresa:	
- cobertura parcial temporária	3 pesquisados (20%)
- agravo ao contrato	1 pesquisado (6,6%)
- não sei	11 pesquisados (73,3%)

O quadro 4 mostra que 10 do total de 15 empresas não têm um panorama mensal das ocorrências de ordem médica que geraram a utilização do plano. Quanto a doenças e lesões pré-existentes é significativo o grau de desconhecimento sobre a regulamentação do atendimento as mesmas.

5. Discussão

Para análise dos elementos coletados pela pesquisa, de um questionário padronizado com 15 perguntas, foram escolhidas 9 delas, as quais se revestiam de maior interesse aos objetivos do trabalho.

A caracterização da amostra apresenta um percentual de 80% das empresas pesquisadas (12) com mais de cinco anos de atuação, dando a idéia de solidez e estabilidade em seus ramos de produção. Em relação ao tamanho de seus quadros de pessoal, 66,6% (10 empresas) possuem mais de 100 empregados; 13,3% (02 empresas) entre 51 e 100 e 20% (03 empresas) até 50. O número total de trabalhadores gira ao redor de 6.500, cifra relevante em termos de assistência privada à saúde (ainda que não estejam computados os dependentes).

A escolha, por parte das empresas, do tipo de plano/seguro-saúde, apresentou-se de forma praticamente equânime; medicina de grupo, cooperativa médica e seguro-saúde foram as preferidas, embora a autogestão apresente números praticamente iguais na preferência dos gestores (ver quadro 1).

Quando foi perguntado sobre o conhecimento em relação às operadoras de saúde supletiva, somente 53.3% dos que responderam à pesquisa afirmaram conhecê-las, enquanto o restante, 46,7%, "já ouviram falar". A opção por determinada forma de assistência baseou-se primordialmente no custo do plano/seguro e no tipo de cobertura oferecido (ver quadro 2).

A parte da pesquisa relativa à familiarização com questões de regulação e regulamentação do setor foi a mais eloqüente em mostrar os parcos conhecimentos em relação às regras do mercado. Menos da metade (46,6%), dos gestores pesquisados, conhecem a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 1 pesquisado conhece o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); 9 conhecem a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), embora no contato verbal, muitos deles flagrantemente não a associem à questão de saúde supletiva; 4 pesquisados afirmaram não conhecer nenhum dos três órgãos apresentados na pergunta (ver quadro 3).

Quanto à Lei n° 9.656/98, o resultado é ainda mais significativo, pois 80% dos pesquisados pouco ou nada conhecem a respeito da mesma (ver quadro 3).

O quadro 4 mostra que as empresas não têm conhecimento da realidade epidemiológica da população assistida pelo plano/seguro contratado, visto que 80% dos responsáveis recebem eventualmente ou não recebem dados sobre as ocorrências que geraram a utilização dos serviços de assistência. No mesmo quadro, o quesito elaborado sobre doenças e lesões pré-existentes chama atenção pelo fato de que 73,3% dos pesquisados não sabiam se posicionar sobre o fato.

Os resultados alcançados levam a uma profunda reflexão sobre a necessidade de aprimoramento dos responsáveis pelo tópico "saúde suplementar" dentro das empresas, visando uma melhor adequação do plano/seguro a ser contratado ou a ser mantido.

6. Conclusão

O mercado de assistência privada à saúde é um setor que nas duas últimas décadas experimentou um crescimento vertiginoso em nosso país. Inicialmente com poucos mecanismos de regulação e escassas normas de regulamentação, era uma área de constante conflito entre operadoras e usuários. Tais discórdias não raras vezes

geravam demandas judiciais, quando o beneficiário lançava mão do Código de Defesa do Consumidor para ampará-lo.

A Lei n° 9.656/98, de 03 de junho de 1998 (dispõe sobre "Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde") e a criação de organismos tais como a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e o CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) deram ao setor condições de ampla regulamentação.

Talvez por tratar-se de assunto relativamente recente, onde até mesmo a pesquisa acadêmica ainda apresenta poucos resultados, o conhecimento a respeito do mercado e suas normatizações são insuficientes, por parte daqueles responsáveis pela escolha, contratação e acompanhamento de um plano/seguro de assistência à saúde.

Os principais resultados auferidos na pesquisa proposta por esse trabalho são significativos. Quase a metade dos pesquisados (46,7%) somente "ouviu falar" sobre as formas de operadoras; 53% não conhecem a ANS e 26,6% desconhecem qualquer tipo de órgão regulador; sobre a Lei n° 9.656/98 80% dos gestores consultados pouco ou nada sabem da mesma; igual índice reflete o não recebimento ou o, recebimento eventual, de dados epidemiológicos da população atendida pelo plano/seguro saúde da empresa; 73,3% dos pesquisados responderam "não sei" à pergunta sobre doenças e lesões pré-existentes; 66,6% atribuíram à questão "custo" o maior peso na hora da escolha do plano.

Fica claro que o nível de conhecimento sobre a regulamentação do setor de assistência privada à saúde, por parte daqueles indicados a gerir tal questão em âmbito empresarial, e que responderam ao questionário proposto nesse trabalho, ainda é muito baixo.

Tal fato reveste-se de enorme importância, pois o desconhecimento das regras poderá levar à escolha ou à manutenção de um plano/seguro de assistência à saúde inadequado às necessidades de determinada empresa. Além disso, um maior domínio

das questões pertinentes ao mercado será arma preciosa na hora de negociar a melhor alternativa.

Sendo a assistência suplementar uma realidade na atenção à saúde, devem as empresas buscar o aprimoramento daqueles responsáveis pela escolha e contratação de um plano/seguro privado, pois com certeza os demais atores desse processo, as operadoras, encontram-se já muito bem preparadas.

7. Referências

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.** Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, 1998 (Texto para Discussão, n° 599).

ANDRADE, M.; LISBOA, M.B. **Sistema Privado de Seguro-Saúde**: lições do caso americano. www.itam.mx/lames/.[199-?].

ANDREAZZI, M.F.S. **O seguro saúde privado no Brasil.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 1991. Dissertação de mestrado.

BAHIA, L. **Planos e seguros saúde no Brasil**: Características da população coberta. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. Artigo apresentado no exame de qualificação no doutorado em medicina social. mimeo.

BAHIA, L. **Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80.** Um estudo exploratório do caso AMIL. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. Dissertação de Mestrado.

BAÚ, Marilise K. **O contrato de assistência médica e a responsabilidade Civil**. 2° ed. – Rio de Janeiro, Forense, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República federativa do Brasil.** Brasília, D.F.: Senado. 1988.

CIEFAS. **Acompanhamento e desenvolvimento dos planos de assistência à saúde.** 1996. Pesquisa CIEFAS

CIEFAS. **Pesquisa nacional sobre assistência à saúde nas empresas.** abr. 1998. Publicação especial editada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS).

FIGUEIREDO, L.F.; ANDREA, J.L.; CHECCHIA, C.M. **O Mercado das Principais Estruturas Operadoras do Setor Supletivo de Assistência à Saúde e a Legislação e Organização da Regulação Estatal para Planos e Seguros.** Capturado na Internet em 08/01/2002. File: //A: saude%supletiva%20-%20fiocruz.htm.

LOPES, J.R.L. et al. **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde.** São Paulo, Revista dos Tribunais (Biblioteca de Direito do Consumidor – v. 13), 1999.

MÉDICI, A. C. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 1991ª (Relatórios Técnicos).

MENDONÇA, Antônio Penteado. **Planos de saúde**: cadê a luz no fim do túnel? Folha de São Paulo, 05/03/2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Saúde Suplementar. **Guia dos Direitos do Consumidor de Seguros e Planos de Saúde**: Uma nova era para a saúde de milhões de brasileiros. www.saude.gov.br. 1999.

MONTONE, Januário. **Cinco mitos sobre a saúde suplementar.** Folha de São Paulo, 02/03/2001.

MONTONE, Januário. **Painel "Tendências Globais na Área da Saúde"** - Tema "Visão Brasileira". Palestra proferida em 23/11/2001. Capturado no site www.abramge.org.br.

PASQUALOTTO, Adalberto. A Regulamentação dos Planos e Seguros de Assistência à Saúde: uma interpretação construtiva. In: LOPES, J.R.L. **Saúde e responsabilidade**: seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo, Revista dos Tribunais (Biblioteca de direito do consumidor - V. 13), p.36-64, 1999.

RIZZARDO, Arnaldo et al. **Planos de Assistência e Seguros de Saúde***:* Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998. Porto Alegre, Livraria do Advogado, 1999.

SABATOVSKI, Emilio – FONTOURA, Iara P.. **Planos e Seguros de Assistência à Saúde**. 3° ed. – Curitiba, Juruá, 1999.

SILVA, José Toro da. **Comentários à lei dos planos de saúde**. 2° ed. – Porto Alegre, Síntese, 1998.

Um Balanço da Regulamentação dos Planos de Saúde. Jornal do Conselho Federal de Medicina. Março de 2002.

Anexo

QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELA PESSOA RESPONSÁVEL PELA CONTRATAÇÃO DE PLANO OU SEGURO SAÚDE.

1)NOME DA EMPRESA: _____

2)LOCALIZAÇÃO: Cidade_____ _____

3)RAMO DE ATIVIDADE: _____

4)N° DE EMPREGADOS: _____

5)CARGO/FUNÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA CONTRATAÇÃO:

_____ _____ _____

6)ATUALMENTE QUAL É O PLANO/SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
CONTRATADO PELA EMPRESA (NOME): _____ _____
DESDE QUANDO: _____ _____

7)QUANDO DE SUA ESCOLHA, O QUE MAIS PESOU:
CUSTO ( ) TIPO DE COBERTURA ( ) CREDENCIADOS ( )

8)VOCÊ CONHECE OU JÁ OUVIU FALAR DE:
- MEDICINA DE GRUPO, - COOPERATIVAS MÉDICAS, - AUTOGESTÃO, - SEGURO SAÚDE;
CONHEÇO ( ) NÃO CONHEÇO ( ) JÁ OUVI FALAR ( )

9)EM QUAL TIPO SE INSERE O PLANO/SEGURO SAÚDE DE SUA EMPRESA?
MEDICINA DE GRUPO ( ) COOPERATIVA MÉDICA ( )
AUTOGESTÃO ( ) SEGURO-SAÚDE ( )

10)QUANTO AO TIPO DE CONTRATAÇÃO, ENQUADRA-SE EM:

CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL ( )

CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO ( )

11)ASSINALE O ÓRGÃO SOBRE O QUAL TEM ALGUM GRAU DE CONHECIMENTO:

ANS ( ) CONSU ( ) SUSEP ( )

12) SOBRE A LEI 9.656/98, VOCÊ CONHECE:

MUITO ( ) POUCO ( ) NÃO CONHECE ( )

13) A REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR, A SEU VER, AJUDA NA CONTRATAÇÃO DO PLANO/SEGURO SAÚDE:

MUITO ( ) POUCO ( ) NÃO SEI ( )

14) VOCÊ RECEBE DA OPERADORA DE SEU PLANO/SEGURO SAÚDE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SUA POPULAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS;

MENSALMENTE ( ) EVENTUALMENTE ( ) NÃO RECEBO ( )

15) ASSINALE O TIPO DE PLANO CONTRATADO PELA SUA EMPRESA:

PLANO REFERÊNCIA ( ) PLANO HOSPITALAR ( )

PLANO HOSPITALAR C/OBSTETRÍCIA ( ) PLANO AMBULATORIAL ( )

PLANO ODONTOLÓGICO ( )

16) QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA ESTIPULADOS EM CONTRATO, OS MESMOS SÃO:

DE DIFÍCIL COMPREENSÃO ( ) DE FÁCIL COMPREENSÃO ( )

POUCO CLAROS ( )

17)QUANTO A DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES, AS MESMAS SÃO COBERTAS:

EM SUA TOTALIDADE ( ) EM ALGUNS CASOS ( )

NÃO SÃO COBERTAS PELO PLANO ( )

18) AINDA QUANTO A DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES, SERIA MAIS INTERESSANTE PARA EMPRESA:

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA ( ) AGRAVO AO CONTRATO ( )

NÃO SEI ( )

19) O PLANO CONTRATADO PREVÊ LIMITES NO TEMPO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS OU CTI (CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO):

SIM ( ) NÃO ( ) NÃO TENHO CERTEZA ( )

---

20) QUAL A SUA MAIOR DÚVIDA EM RELAÇÃO A PLANO/SEGURO SAÚDE?

5.2. Itinerário terapêutico da mulher com câncer de mama na região noroeste do Rio Grande do Sul: percursos público-privados e a busca por integralidade na atenção à saúde (Unijuí).

Douglas Deckert
Liane Beatriz Righi
Arlete Regina Roman

1. Introdução

Este artigo resulta de pesquisa movida pelo interesse de compreender o itinerário de tratamento percorrido por doentes de câncer de mama em busca de cura para a doença. O estudo foi desenvolvido com o objetivo de revelar os caminhos que as mulheres percorrem durante o tratamento de câncer de mama no setor público e nos planos de saúde privados. Procura demonstrar os fluxos que definem os dois itinerários e revela aspectos da relação entre os serviços públicos e os privados.

A pesquisa tem a peculiaridade de tratar de "Itinerários Terapêuticos". Estudos com essas características foram descobertos em publicações de Merhy *et al* (1997) e Rabelo, Alves e Souza (1999). Segundo o dicionário Aurélio[1], itinerário relaciona-se a caminho, percurso, trajetória, a querer dizer "caminho, roteiro, trajeto a percorrer ou percorrido", ou ainda, "trajetória." (FERREIRA, 1999).

Rabelo, Alves e Souza (1999, p.133) definem o termo itinerário terapêutico como sendo "um determinado curso de ações, uma ação realizada ou um estado de coisas provocado por elas [...] é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objetivo preconcebido: o tratamento da aflição".

[1] O dicionário Aurélio e o "Novo Aurélio, século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa", organizado por Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fornteira, 1999).

Merhy et al. (1997, 113) produzem fluxogramas analisadores para compreender os modelos de intervenção das equipes ou dos vários equipamentos assistenciais e identificar a utilização de tecnologias e a existência de ruídos. O desenho desses fluxogramas de eventos busca produzir "reflexão mais objetiva sobre a informação e a gestão cotidiana de um serviço de saúde". Estudos com essas características também são encontrados em Silva Jr, Merhy e Carvalho (2003) e Malta et al (2005). Merhy (2002) utiliza a expressão "projetos terapêuticos cuidadores" e pergunta quais as cartografias e mapas que essa aplicação de saberes da saúde pode conformar.

Ceccim e Ferla (2006, p. 166) referem-se a diagramas singulares e linhas de cuidado e dizem que "as linhas intensificam projetos terapêuticos individuais e não simples encaminhamentos da menor a maior tecnicalidade da atenção".

No nosso caso, interessaram-nos as trilhas percorridas, descobertas ou interrompidas na rede concreta da atenção à saúde, compreendida como um "conjunto de nós interconectados" (CASTELLS, 2000, p. 498), que participam na produção de um projeto terapêutico.

O conceito de Projeto Terapêutico Singular foi trabalhado por Carvalho e Cunha (2006) a partir do Mapa de Co-Produção dos Sujeitos proposta por Gastão Campos. Nesse mapa, a possibilidade do singular é criada pela diferença entre o abstrato e o concreto. O singular é "uma síntese distinta e realmente verificável na existência dos Seres. Uma composição, uma formação de compromisso ou a formação de contratos entre, de um lado, a influência dos determinantes de caráter Universal e, de outro, o contexto Particular e os interesses exclusivos de um Sujeito" (CAMPOS, 2000, p. 71).

Dessa forma, o desenho singular não está em oposição à pactuação de caminhos, ao contrário, não haverá acesso nem integralidade se todo o trajeto tiver de ser construído para cada caso. O diagrama singular permite identificar e usar aqueles caminhos que garantem acesso e, ao mesmo tempo, provocar avaliação contínua de sua

viabilidade e suportar que a singularidade do caso provoque desvios no caminho pactuado para responder a necessidades de sujeitos ou coletivos. Por isso, os fluxogramas são "analisadores" e linhas de cuidado são "mandalas" (dobras, desdobras, redobras).

Em decorrência dessas filiações, assumimos também a possibilidade de que diagramas singulares constituam ferramentas para a co-produção de contratos terapêuticos e a constituição de equipes de referência, conforme proposto por Campos (2000 e 2007).

Os sujeitos do estudo são duas mulheres com história de tratamento de câncer de mama, submetidas à mastectomia (parcial ou radical), sendo que uma delas está vinculada a dois planos privados de assistência à saúde. Elas residem em um município localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Para garantir o anonimato, as mulheres serão identificadas com nomes de personagens da literatura do escritor gaúcho Érico Veríssimo. Trata-se, assim, da história de Olívia, da obra *Olhai os Lírios do Campo*, e de Bibiana, da obra *O Tempo e o Vento.*

Durante a realização de entrevistas e de análise em documentos disponibilizados por Olívia e Bibiana, as informações foram sendo convertidas em fluxogramas de tratamento (analisadores) e diagramas (de rede). Esse trabalho foi complementado por nova entrevista.

A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Para a coleta das informações, realizaram-se análise documental e entrevistas abertas gravadas. Posteriormente, os dados foram analisados e ordenados de forma cronológica, compondo dois itinerários de tratamento distintos.

O principal marco teórico desta pesquisa é a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal (1988) e a Lei Orgânica de Saúde (Leis Federais nº. 8080/90 e nº. 8142/90) constituem a base de sustentação legal e são balizadoras para a análise dos produtos da investigação.

São pressupostos:

a) a saúde é um direito;

b) a rede do SUS deve garantir a atenção integral à saúde;

c) o setor privado participa de forma suplementar da rede de atenção do SUS e respeita as diretrizes deste como um subsetor.

2. Produção de políticas e da rede de atenção às mulheres com câncer de mama

O termo rede de atenção tem sido usado no campo da saúde para denominar serviços localizados em um determinado território e com características semelhantes, assim como para expressar âmbitos da rede, como rede básica, rede de hospitais e rede de laboratórios são correntes no campo. A construção do SUS, a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, pôs em discussão uma rede "única" composta por serviços públicos nos diversos âmbitos de complexidade da atenção, tendo como complementar, quando for o caso, o setor privado. A rede de atenção do SUS é complexa, formada por serviços estatais e privados filantrópicos ou lucrativos. Além da rede própria ou contratada/conveniada para a complementaridade, um outro conjunto de serviços compõe o subsistema suplementar, na prática cobrindo 25% da população para a assistência às doenças.

Mesmo que a concepção de rede habite o ideário do Sistema Único de Saúde, há que problematizar o conceito e agregar novas contribuições. Dessa forma:

> *As redes constituem uma realidade nova que, de alguma maneira, justifica a expressão verticalidade. Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todos os espaços, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns* (SANTOS, 1996, p. 17).

A organização da atenção, no SUS, trata de redes concretas, de redes de serviços localizados em determinados territórios, mas o seu desenho tem-se sustentado exclusivamente no conceito de hierarquização por "níveis" de atenção ou complexidade, o que precisa ser revisado. Hierarquização quer dizer verticalidade? Níveis são instâncias de separação e afastamento?

Para Mafesoli (2001, p. 88), "o território só vale se põe em relação, se remete a outra coisa ou a outros lugares, e aos valores ligados a esses lugares. Assim é que é preciso compreender o relativismo: é o entrar em relação". Assim, é importante compreender os equipamentos de saúde em relação com outros equipamentos e a relação dos territórios que abrigam alguns equipamentos de saúde em relação com territórios que abrigam outros equipamentos de saúde. É preciso considerar também que o desenvolvimento da rede de atenção do SUS envolve processos de desenvolvimento territorial onde diferentes equipamentos se localizam: os lugares mais desenvolvidos e valorizados estão relacionados a mais equipamentos e a mais especialidades (RIGHI, 2005; AKERMAN, 2006).

Na saúde, a localização dos serviços em um território reforça esse imaginário. Projetamos um sistema hierarquizado com serviços de maior complexidade nas cidades maiores ou, dentro delas, no centro. Já os serviços dos pequenos municípios ou das periferias das cidades maiores tendem a reforçar a desvalorização deste lugar.

Para a produção de políticas e da rede de atenção à saúde da mulher, um dos marcos importantes foi a elaboração, discussão e implementação do Programa de

Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), em 1983/84, o qual passou a constituir-se, segundo D'Oliveira e Senna (2000), "no modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina".

Os anos 1990, no Brasil, destacaram-se pela constatação da crescente morbimortalidade por câncer de mama e do colo uterino, tornando mais evidente a necessidade de ações urgentes nessa área do cuidado à saúde da mulher. Durante a Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, realizada 1995, os participantes brasileiros comprometeram-se em investir esforços para reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo uterino no Brasil, e em 1996, o Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional do Câncer (Inca), assina o protocolo de intenções para a implementação de uma ação nacional objetivando a detecção precoce e o controle da doença.

Por intermédio do Projeto "Viva Mulher", desde sua fase piloto às fases de intensificação por estados e até a sua abrangência nacional, foi possível a organização, avaliação e desenvolvimento de ações que resultaram em um sistema informatizado (Siscolo) para a cobrança e pagamento dos exames, assim como o registro das informações que servissem para pensar as ações de seguimento das mulheres com alterações citopatológicas. Também fez parte dessa ação nacional a educação dos profissionais de todas as categorias envolvidas e a padronização de condutas e procedimentos para todos os âmbitos de atuação, em busca da universalização de cobertura (BRASIL, 2001).

Quanto às ações para a prevenção, para a promoção da saúde mamária e para a detecção de nódulos mamários, essas seguiram praticamente a "reboque" das ações para o colo uterino, visto que era aproveitado o momento desta intervenção para a atuação mamária. Também o Ministério da Saúde, em conjunto com o Inca e com apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, promoveu em novembro de 2003 uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer

de mama, originando um documento de consenso que reuniu as recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para esse tipo de câncer, assim como, indicando também algumas estratégias para a implementação desses serviços no SUS (BRASIL, 2004).

Mais recentemente, por meio da Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, ficou oficialmente instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, demonstrando os avanços necessários nessa caminhada e reforçando aspectos importantes quanto à Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos para todos os tipos de câncer, dando continuidade do cuidado para as mulheres, em especial nesses dos tipos de câncer feminino.

De acordo com essa Política, a atenção oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo organização e gestão das necessidades para a atenção oncológica. Essas ações buscam qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde, assim como estimular a formação e a especialização de trabalhadores para o cuidado e o desenvolvimento da pesquisa na atenção oncológica.

É consenso que o caminho é a detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno, sendo recomendado, de acordo com o "Consenso de 2004", um rastreamento por meio do exame clínico da mama, por mamografia, e a garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados. O mesmo documento ainda afirma que internacionalmente, tem sido observada a evidência de "um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer", depreendendo-se que tal ocorrência indica uma associação entre a detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e oferta de tratamento adequado (BRASIL, 2004).

3. Os itinerários de tratamento

Os serviços utilizados por Bibiana e Olívia concentram-se na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, mas a rede inclui serviços localizados na cidade de Santa Maria (região Centro-Oeste), Porto Alegre (região metropolitana) e Passo Fundo (região Norte). A localização geográfica dos pontos dessa rede pode ser visualizada no mapa apresentado a seguir:

Figura 1: Itinerários geo-assistenciais

Apresentaremos, a seguir, a legenda que norteou a construção dos fluxogramas. Assim, com as usuárias não foram identificadas, os planos de saúde privados utilizados

não serão identificados e ficarão caracterizados como “Plano de Saúde 1” e “Plano de Saúde 2”. Os dois itinerários apresentam lacunas, como, por exemplo, as consultas médicas ao longo do percurso[2]. As linhas de cuidado foram construídas sem a pretensão de comparar as duas situações ou descobrir pontos de conexão entre elas. As datas dos eventos foram suprimidas porque possibilitariam a identificação das mulheres. Pelo mesmo motivo, também foram retirados os comentários do desenho que identifica o episódio do tratamento porque poderiam levar à identificação de profissionais médicos e serviços.

3.1. Bibiana: os caminhos do tratamento no subsetor público-estatal

O itinerário de Bibiana, apresentado a seguir, permite identificar o tempo de espera entre o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde, o diagnóstico e o tratamento. Na legenda, identificamos os procedimentos em que ela refere ter efetuado pagamento ao prestador.

1. Consulta de Enfermagem – Unidade Básica de Saúde – SUS.

2. Mamografia. Ijuí. SUS.

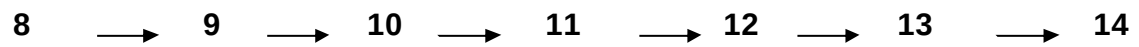
3. Biópsia Percutânea – Santa Maria – SUS.

4. Cirurgia. Santa Maria. SUS.

5. Envio de material para laboratório de imunohistoquímica. Botucatu, SP. **PAGAMENTO DIRETO AO PRESTADOR**.

6. Trinta sessões de Radioterapia. Santa Maria. SUS.

7. Mamografia e US Transvaginal. Ijuí. SUS.



[2]. Algumas fases do tratamento não foram apontadas ou registradas no estudo, gerando eventuais lacunas. Não foram catalogados os dados sem data ou local definidos. Para ser incluído, o evento precisava estar registrado no documento ou ser lembrado pelas mulheres.

8. Mamografia. Ijuí – SUS

9.Mamografia. Ijuí. SUS.

10. Mamografia. Ijuí. SUS
11. Biópsia Percutânea. Santa Maria.
PAGAMENTO DIRETO AO PRESTADOR.
12. Coleta de Material. Laboratório de imunohistoquimica. Santa Maria. SUS.
13. Sessões de quimioterapia. Santa Maria. SUS.
14. Mamografia. Ijuí. SUS.

15 → **16** → **17** → **18** → **19** → **20** → **21**

15. Rx de Tórax. Hospital Local. SUS.
16. Mamografia. Santa Maria. SUS.

17. Punção aspirativa. Santa Maria. SUS.
18. Cirurgia. Santa Maria. SUS.
19. Encaminhamento para Ijuí.
20. Compra de cateter RQT. Ijuí. **PAGAMENTO DIRETO AO PRESTADOR**.
21. Inserção de Cateter. Ijuí. SUS.

22 → **23** → **24** → **25** → **26** → **27** → **28**

22. Quimioterapia. Santa Maria. SUS (5 meses).
23. Mamografia. Ijuí. SUS.
24. US transvaginal. Ijuí. SUS
25. Radioterapia. Porto Alegre. SUS (6 meses).
26. Mamografia. Ijuí. SUS.
27. Rx de tórax. Ijuí. SUS.
28. US abdominal total + transvaginal. Ijuí. SUS.

29 → **30** → **31** → **32** → **33** → **34** → **35**

29. Cintilografia óssea. Passo Fundo. SUS.
30. Solicitação de mamografia. Santa Maria. SUS.
31. Mamografia. Santa Maria. SUS.
32. US transvaginal. Ijuí. SUS.
33. Videocolonoscopia. Ijuí. SUS.
34. Exame CA 125. Santa Maria. SUS.

35. US transvaginal. Santa Maria. SUS

36 → **37** → **38** → **39** → **40** → **41** → **42**

36. Cintilografia óssea. Passo Fundo. SUS.
37. Mamografia. Ijuí. SUS.
38. US gradil costal esq. (município de origem). SUS.
39. Rx joelho esq. (município de origem). SUS.
40. Rx arcos costais. Santa Maria. SUS.
41. Consulta e Medicamento. Ijuí. SUS.
42. Rx face, cavum, coluna cervical (município de origem). SUS.

43 → **44** → **45** → **46** → **47** → **48** → **49**

43. Exame citológico (município de origem). SUS.
47. Gradil Costal Esq. e Fígado (município de origem). SUS.

44. Mamografia (município de origem). SUS.
45. Exame citológico (município de origem). SUS.

46. Mamografia bilateral de rotina e Rx de tórax. Santa Maria. SUS.

48. Cintilografia óssea. Passo Fundo. SUS.
49. Mamografia (município de origem). SUS.

50 → 51 → 52 → 53 → 54 → 55 → 56

50. US Transvaginal (município de origem). SUS.
51. Ecografia. Santa Maria. SUS.
52. 03 US Abdominal total (município de origem). SUS.
53. Rx face cavum e tórax (município de origem). SUS.

54. Ecocardiografia (município de origem). SUS.
55. Exames bioquímicos. Santa Maria. SUS.
56. Mamografia (município de origem). SUS.

57 → 58 → 59 → 60 → 61 → 62 → 63

57. US abdômen total. Ijuí. SUS.

58. Consulta com oncologista. IJUÍ. SUS.

59. Rx tórax. Ijuí. SUS.

60. Exames citológicos. Ijuí. SUS.

61. Exames citológicos (município de origem). SUS.
62. Tratamento quimioterapico. Tumor com recidiva local. Santa Maria. SUS.
63. US abdominal + transvaginal. Santa Maria. SUS.

64 → 65 → 66 → 67 → 68 → 69 → 70

64. Cirurgia. Ijuí. SUS.
65. Exames patológicos. Ijuí. SUS.
66. Solicitação de exames: US abdominal, transvaginal e tórax (município de origem). SUS.
67. Realização dos exames. Ijuí. SUS.

68. Cintilografia óssea. Passo Fundo. SUS.
69. Mamografia. Ijuí. SUS.
70. Rx de tórax (município de origem) SUS.

71 → 72 → 73 → 74

71. Exames citológicos (município de origem). SUS.
72 . US abdominal total (município de origem). SUS.

73. Tomografia de crânio. Cruz Alta. SUS.

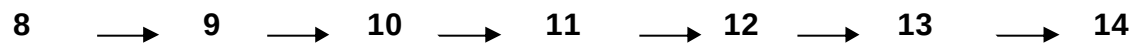
74. Consulta marcada. Santa Maria. SUS.

Observação: os serviços referidos para fora do município de origem foram acolhidos pela "rede" **universitária**.

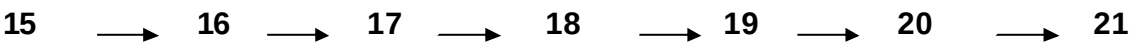
3.2. Olívia: os caminhos no subsetor suplementar

No caso de Olívia, também identificamos intervalos entre os primeiros atendimentos, os eventos em que efetuou pagamentos aos prestadores, a utilização de serviços do SUS e a utilização de serviços de seu município.

1. Consulta ginecológica de rotina + Exames laboratoriais.
2. Laboratório telefona no dia seguinte, solicitando a retirada dos exames (sugerindo gravidade), Olívia busca os exames 3 dias depois.
3. Exames Laboratoriais. Município de origem. PS 1.
4. Mamografia. Município de origem. PS 1.
5. Consulta especialista. Ijuí. PS 2.
6. Biópsia percutanêa (punção por agulhamento). Ijuí. PS 2.
7. Punção por Agulhamento. Ijuí. PS 2.



8. Exames laboratoriais. PS 1.
9. Consulta radiologista. Ijuí. **PAGAMENTO DIRETO AO PRESTADOR**.
10. Internação. PS 1 e PS 2.
11. Cirurgia. Ijuí. PS 2.
12. Laudo da punção por agulhamento.
13. 28 seções de radioterapia. Ijuí. PS 1.
14. 03 consultas c/ radioterapeuta durante o período que realizou as radioterapias. **PAGAMENTO DIRETO AO PRESTADOR**.



15. Quimioterapia. Ijuí. PS 1.
16. Consulta quimioterapeuta. Ijuí. PS 1.
17. Quimioterapia. Ijuí. PS 1.
18. Quimioterapia. Ijuí. PS 1.
19. Exames laboratoriais. PS 2.
20. Quimioterapia. Ijuí. PS 1.
21. Internação por pneumonia (município de origem). PS 1.

22. Quimioterapia. Ijuí. PS 1.
26. Participação nas atividades da Liga Feminina

de Combate ao Câncer (rede social).

23. Exames laboratoriais. PS 2.

27. Neste período a paciente foi encaminhada a realizar 10 seções de fisioterapia (município de origem). SUS.

24. Rx tórax (município de origem). PS 1.
25. Quimioterapia. Ijuí. PS 1.
28. Quimioterapia. Ijuí. PS 1.

29 → 30 → 31 → 32 → 33 → 34 → 35

29. Quimioterapia. Ijuí. PS 1.
30. Cintilografia óssea. Passo Fundo. PS 2.
31. Consulta. Ijuí. PS 1.
32. Exame citológico CA15-3. Ijuí. PS 2.
33. Exame citológico. Ijuí. PS 2.
34. US abdominal total. PS 1.
35. Tomografia tórax. Ijuí OS 2.

36 → 37 → 38 → 39 → 40 → 41 → 42

36. Punção óssea. Ijuí. PS 1.
37. Consultas + medicamentos. PS 1.
38. US pélvica e abdominal. Ijuí. PS 1.
39. Exames laboratoriais WBC RBC. PS 1.
40. Tomografia tórax e ombro D. Cruz Alta. PS 2.
41. Exames laboratoriais CA 125. PS 1.
42. Nova consulta e retorno. PS 1.
Paciente analisa a hipótese de reconstituição da mama.

4. Questões para o debate

Primeira Questão: A perspectiva da Integralidade e a fragmentação/descontinuidade das redes.

Possivelmente, o principal achado deste trabalho é a constatação de que nem o subsetor público-estatal nem o subsetor suplementar constitui uma rede com as características necessárias para a atenção integral. É verdade que as Unidades de Saúde da Família criadas para "desenhar" a integralidade têm estado desarticuladas do restante do sistema de atenção (CAMPOS, 2007) e também é verdade que as principais características do modelo de assistência praticado na saúde suplementar "assenta-se na fragmentação do cuidado, na ênfase em procedimentos, nas diretrizes biologicistas e nos interesses de mercado" (MALTA et al, 2005, p. 146).

A desarticulação e fragmentação se somam à desresponsabilização e desvinculação com a pessoa sob atendimento. A condição de usuária de plano privado excluiu Olívia da proteção do Estado e significou a desresponsabilização do subsetor público-estatal com o seu tratamento. O contato que ela estabeleceu com a rede público-estatal para um serviço de fisioterapia não a captou para inserção em seguimento (ausência total de acolhimento, apenas atendimento).

> *...quando eu voltei para casa, eu fui à prefeitura para ver se eu ganhava alguma coisa, só que aí me disseram que como eu havia feito pelo plano 1 e pelo plano 2, não poderia ganhar nada. Você iniciou o tratamento pelos planos, me disseram, agora tem que continuar.* (Olívia).

> *...pra não dizer que não ganhei nada do SUS, ganhei 10 sessões de fisioterapia*. (Olívia).

No início do tratamento de Olívia, no plano privado, o médico funcionou como instrumento de pressão, ele disparou o início do tratamento e estabeleceu o vínculo principal com a "cliente". No decorrer do tratamento, no entanto, esse lugar não se sustentou e o comando foi assumido pela mulher doente.

A qualidade que é percebida nos serviços dos planos privados não decorre somente da técnica das equipes ou do acesso aos especialistas, mas do fato de que os agentes estavam ou não autorizados para dar seguimento ao caso. No caso de Olívia, alguém no laboratório liga e pede o seu retorno para a retirada dos resultados de exame, pois deve dar segmento. A consulta de Olívia era de rotina, não de investigação. Ela somente busca os exames três dias depois. Da mesma forma, o médico acionou recursos do sistema e recursos próprios: tempo, relações, conhecimento. É um diálogo que se estabelece entre cidadãos que estão em relação, mesmo que a cumplicidade e a solidariedade na produção da linha do cuidado estejam sustentadas na relação de

mercado; trata-se de um prestador e um cliente. Neste caso, também o cliente tece a rede, seguindo caminhos por onde conseguir andar com maior velocidade, entendimento e acolhimento.

A forma de organização da assistência dos planos privados somente se sustentou porque a cliente, além de assumir a escolha do caminho, também pagou de novo, pagou a metade, mas desviou de um caminho que cobrasse mais. É Olívia que coloca seus recursos para escolher e andar velozmente pelos caminhos: ela coloca conhecimento, relações, infra-estrutura e capacidade de se fazer entender pelas equipes dos diversos locais e coloca dinheiro. Disse Olívia:

> *...eu fui agendando, em alguns não tinha para fazer logo, aí eu fui a Passo Fundo, Cruz Alta, Ijuí, aonde conseguia encaixar primeiro.* (Olívia).

> *...mesmo no plano 2 você tem uma agenda e às vezes você não conseguia logo, por mais que o médico dissesse que era com urgência, demorava uns 2 ou 3 dias, outros só na semana seguinte.* (Olívia).

> *...os preços dos exames eram muito relativos, tinha exames de R$ 400,00 – R$ 300,00 – R$ 200,00 – R$ 180,00 e R$ 150,00, nesta base. Só que deste valor eu pagava só a metade, 50%.* (Olívia).

Os movimentos realizados por Olívia buscavam construir uma perspectiva de integralidade e ela desenhava uma linha de cuidados a partir de um conjunto de serviços fragmentados distribuídos na região.

A tessitura da rede de atenção foi tarefa assumida por Olívia, mas teria mais potência se desenvolvido como parte do seu projeto terapêutico, pelo sistema de saúde e acompanhado pela equipe de saúde de referência. Ou seja, nem a situação do sujeito isolado buscando os recursos de que necessita, arriscando por caminhos desconhecidos, nem a paralisia burocrática que pressupõe que há um caminho e que enveredar-se nele é a garantia da continuidade do tratamento. Esse é um argumento em defesa de ofertas potentes na defesa da vida. De que adianta dispor de planos privados de saúde, se no final do percurso ocorrer seqüela, dano ou morte? Acumular procedimentos nos prontuários e nas faturas ou pertencer a uma rede cuidadora? A organização e o reforço de equipes de referência para o apoio pessoal (personalizado) e para a produção de projetos terapêuticos singulares, incluindo formas de gestão que valorizem os espaços de acolhimento e autorizem os sujeitos que aí estão ao acolhimento e ao vínculo, promovam mais cuidado com menos tecnicalidade. O que Gastão Campos chamou de limbo assistencial cabe aqui, pois gera sofrimento para o doente e para a equipe, reforçando a sua falta de autonomia e a impotência frente às normas e mecanismos impostos.

Os itinerários incluem redes sociais: o transporte para centros de saúde localizados em outros municípios foi viabilizado por essas redes. Existem redes de apoio, como no caso de Olívia foi a Liga Feminina de Combate ao Câncer, onde encontros semanais dão a oportunidade de compartilhar experiências com outras mulheres, criando um sentimento de pertencimento e intersubjetividade de grupo.

Segunda Questão: a banalização da vida e não a defesa da vida na produção do cuidado

A banalização da vida aparece associada com a burocratização em todos os pontos da rede, expressão de uma baixa capacidade de gestão por acolhimento e produção da saúde e de uma oferta de operações por repetição de programas. A

pesquisa não incluiu a investigação de como o caso de Bibiana foi processado pela equipe da atenção básica, por exemplo, mas autoriza as seguintes questões: a) teria sido, o caso da Bibiana, objeto de reunião de equipe? b) teria Bibiana um projeto terapêutico? c) quem, na equipe, ficou responsável pelo acompanhamento de Bibiana? Presume-se que a equipe não se sentiu responsável pelo tratamento e por organizar ações na perspectiva da resolutividade em seu âmbito: prevenir, diagnosticar e organizar fluxo para outros âmbitos de atenção.

Os motivos pelos quais Bibiana não fazia regularmente exames preventivos passam a ser uma questão secundária frente à importância da pergunta sobre quais motivos fizeram com que, identificada a situação de risco, o primeiro exame viesse a acontecer depois de meio ano. Qual a importância que a equipe dá para a detecção precoce? Que acordos formais e velados resultam nesta banalização da vida?

Gastão Campos (2007, p.303) identifica esse problema e propõe mudanças nessa relação. Ele diz que:

> *"a alta somente ocorreria quando da transferência da pessoa sob cuidado a outra equipe, localizada na rede básica ou em outra área especializada. O tempo de espera não poderia constituir-se em um limbo assistencial." Para o autor, "a equipe de referência prosseguiria com o projeto terapêutico durante a espera, inclusive interferindo nos critérios de acesso". Segundo Campos, esta perspectiva "reformula o fluxo burocrático e impessoal decorrentes dos sistemas tradicionais de referência e contra-referência".*

O limbo assistencial, para Bibiana, foi de cerca de seis meses. Constatar esse fato não implica estabelecer conexões com possíveis desdobramentos do seguimento ou

manifestações clínicas. Cumpre apenas registrar: entre a primeira consulta e a suspeita e o exame que dispara o tratamento houve um tempo de espera de meio ano.

A existência de uma equipe de referência, com poder para iniciar o traçado dessas linhas e acompanhar os percursos escolhidos, ampliaria as possibilidades de acesso adequado a cada um deles. Uma única maneira de acessar serviços, representada pelos tradicionais encaminhamentos, reduziria o percurso a um dos caminhos. Neste caso, as ramificações da rede e suas diversificadas ofertas aparecem como complicadores na medida em que todos utilizarão as mesmas vias e manterão todas as outras sem uso.

A forma como Olívia acessa os serviços de que necessita revela, ao contrário do que se preserva nos imaginários, a desassistência e o abandono dos usuários de planos privados. Ela faz empréstimo, sofre constrangimentos e precisa constantemente negociar com o prestador, negociação que precisa ser feita em cada caso e com cada prestador. Ela está internada ou sendo submetida a procedimentos e está negociando com o hospital e com os médicos.

> *...esse médico não atendia por nenhum plano, nenhum convênio, aí eu pagava 100% para ele, aí como eu fui encaminhada para essa avaliação eu tinha que ir, ele era o único da região... Eu fiz 3 consultas particulares, ele trabalhava lá dentro do hospital, mas eu tinha que consultar no consultório dele.* (Olívia).

> *...o médico marcou a cirurgia pelo plano 2, aí no dia da cirurgia, eu cheguei lá no hospital, tu sabe o estado nervoso que a gente está, você não raciocina, quer mais é procurar o recurso e resolver o problema... Aí falei com o rapaz do hospital que eu tinha o plano 1 também, aí ele disse que eu poderia usar os dois planos...* (Olívia).

> *...antes de eu dar alta o rapaz da secretaria veio e me disse que eu não poderia usar o plano 1, porque o acordo que eu tinha feito com o médico era pelo plano 2.* (Olívia).

> *...era o cirurgião, o auxiliar e o anestesista, eram 3 médicos, isso tudo deu oito mil reais, a minha parte.* (Olívia).

Disparado o tratamento, para dar seguimento e para sentir-se vinculada, Bibiana também provoca encontros e aproximações a partir dos recursos de que dispõe: o contato com conhecidos, a pressão ou uma autoridade para intermediar.

> *Em 95/96 era difícil de marcar as consultas, mas depois que mudou o diretor do hospital, melhorou bastante, porque às vezes para eu conseguir marcar, eu corria atrás lá em baixo, onde eles almoçavam, e dizia:*
>
> *- Olha, eu não tenho mais retorno, como é que fica, eu não consigo mais marcar...* (Bibiana).

> *...eu sempre conseguia, se você tem um padrinho conhecido, você resolve logo, tem que correr atrás...* (Bibiana).

> *...tem uma [pessoa com grau de parentesco] de uma amiga minha que é médica lá...* (Bibiana).

A necessidade de um *padrinho* e de valorizar relações de amizade para garantir a permanência e os movimentos necessários na rede de cuidados indica que o SUS também é espaço de reprodução de formas de relacionamento do cidadão com a

burocracia do Estado. DaMatta (1997) chama atenção para essa forma de resolver a tensão entre o que *pode* e o que *não pode* e lembra que a evocação da relação pessoal é usada para provocar uma relação satisfatória ou menos injusta. O jeito encontrado por Bibiana é o de ir tecendo possibilidades estratégicas nas margens do poder médico (CARAPINHEIRO, 1998) e apesar das práticas ritualizadas (ALBUQUERQUE, 1986).

> *...ela [a médica] me falou que eu tinha direito a fazer o exame de cintilografia...* (Bibiana).

> *Eu exigi a cintilografia, aí o doutor autorizou.* (Bibiana).

No decorrer do tratamento, quando precisou assumir a função de cuidadora de outro membro da família em tratamento, Bibiana pôde negociar e mudar o caminho traçado para o seu itinerário. Há, nesse achado, a evidência de que algo novo se processa na relação entre os sujeitos, pois é Bibiana, usuária exclusiva de serviços da rede do SUS, que aciona uma outra rede, mais adequada para responder as suas necessidades naquele momento: "uma rede móvel" (CECÍLIO, 2001).

Paradoxalmente, Bibiana apresenta situações importantes de estabelecimento de vínculo e importantes avanços da relação entre trabalhadores e usuários. No momento em que está vinculada a um hospital de referência, entra em cena uma médica que conduz o caso, situação que não é relatada no caso de Olívia, uma vez que o médico que dispara a sua entrada na linha de cuidado não mais é citado e a sua atenção é conseguida através da ação desarticulada de muitos prestadores.

Seria de pensar, acompanhando Campos (1997, 2007), que no setor privado há um maior coeficiente de autonomia dos prestadores e que essa autonomia não está relacionada a maiores coeficientes de responsabilidade. No setor privado, parece que

cada prestador cria suas próprias regras e essa característica impede o trabalho em rede (RIGHI, 2002).

Terceira Questão: as mulheres falam sobre a qualidade da assistência

O que Olívia, que utiliza dois planos privados, pensa a respeito do seu tratamento parece estar embasado na convicção de que o tratamento, se realizado pelo SUS, seria pior. Sabe-se que os hospitais desqualificavam os espaços destinados para as enfermarias para induzir a utilização de dependências diferenciadas, situação em que tanto o hospital, como os médicos autorizavam-se a cobrar "por fora". Internar em acomodações mais adequadas é um dos motivos para manter um plano privado e, no caso de Olívia, certamente foi a única vantagem. Esse não é um problema de solução simples e parece ser uma das bases de sustentação do mercado nessa área. A ambiência é percebida como fator importante para um bom atendimento e é o que ela entende que falta no SUS.

> *...eu não quero lamentar, porque eu fui super bem atendida, e eu dei um jeito, a gente pegou um financiamento no banco, nós demos cheques pré-datados e fomos negociando, mas foi um absurdo, pelo fato de eu ter dois planos e não poder ter encaixado, e ter que pagar esse valor... O interesse dele era ganhar.* (Olívia).

> *...eu procuro encaixar tudo pelo plano 1, que tem uma cobertura bem maior, mas está bem mais difícil, porque ele está praticamente se igualando ao SUS.* (Olívia).

> *...se eu tivesse tido um esclarecimento antes de eu iniciar meu tratamento, talvez sim, talvez não, eu iria atrás do SUS, o que eu queria era um atendimento bom, uma coisa*

> *qualificada. Eu não me importaria de pagar uma diferença para ter um quarto com mais privacidade para minha recuperação se tivesse sido pelo SUS.* (Olívia).

Para Bibiana, também contou a velocidade com que conseguiu agendar os procedimentos e estabelecer vínculos. Ela manteve o tratamento em uma cidade que não seria a referência pactuada entre gestores do SUS.

> *...o atendimento é mais rápido em Santa Maria, porque é sempre a mesma médica. Para o tratamento e para fazer cirurgia é melhor, quando eu implantei o cateter em, (...) [referência para o seu município], eu passei mal.* (Bibiana).

> *Em Santa Maria, eles disseram: você não desista de fazer o tratamento aqui: aqui você é da casa. Então eu confiei muito, eu comecei o tratamento lá.* (Bibiana).

6. Considerações finais

A importância da rede de hospitais filantrópicos na composição da linha de cuidado e a hegemonia da lógica privada, mesmo nos locais onde o SUS apresenta avanços são elementos importantes para compreender a produção do cuidado e a tessitura de redes de atenção no interior do estado do Rio Grande do Sul. As denominadas Cidades Regionais abrigam empresas, universidades e também os hospitais comunitários que se diferenciaram pela incorporação de tecnologias de exame, diagnóstico e terapia de alto custo. Nestes, o Estado financiou a estruturação de serviços denominados de alta complexidade.

Estabelece-se, assim, um cenário muito interessante para o estudo de itinerários terapêuticos ou de reconhecimento de linhas de cuidado que revelem as complexas e sutis relações que se estabelecem entre os serviços privados, os serviços próprios, os serviços conveniados ao SUS e os serviços próprios ou prestadores de serviços de planos privados.

Humanizar a assistência e trabalhar com a perspectiva da integralidade implica mudanças na gestão, com a instituição de novos desenhos de redes e de desenhos organizacionais (CAMPOS, 2007; RIGHI, 2002). Processos de regionalização precisam desenvolver pactuações que considerem a forma como as pessoas se movem na rede de atenção e que apostem menos no desenho piramidal de fluxos e contra-fluxos que presidiu a relação entre os gestores na pactuação das referências.

Há uma tarefa importante para a gestão local do SUS, que é ofertar temas, como a análise de como a equipe processa o trabalho, como acolhe e como conduz os casos de usuários cuja qualidade de vida e de assistência depende mais do seguimento.

Ao mesmo tempo, parece que os espaços de gestão regional podem assumir a tarefa de viabilizar a formação de trabalhadores e administradores dos hospitais e serviços de referência para o trabalho em rede e para o estabelecimento de vínculos. Essa tarefa apresenta-se especialmente para os serviços que integram a rede de planos privados.

7. Referências

AKERMAN, Marco et al. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In**:** CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; CARVALHO, Yara Maria de et al. (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon. **Instituição e poder**: a análise concreta das relações de poder nas instituições. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

BRASIL. **Constituição Federal** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernementais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle do câncer de mama -** documento de consenso. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Controle do câncer do colo uterino.** Programa Nacional de Controle do câncer do colo uterino/Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p 301-306, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Lisboa: Afrontamento, 1998.

CARVALHO, Sérgio Resende e CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; CARVALHO, Yara Maria de et al. (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo, 2006.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Abrasco, 2006. p. 165-184.

CECILIO, LC.O.. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção a saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj-Abrasco, 2001. p. 113-126.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas e SENNA, Dulce Maria. Saúde da mulher. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella e MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. Série Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec, 2000.

DaMATTA , Roberto. **O que faz o brasil, Brasil?** 8 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

MAFFESOLI, Michel. **Sobre o nomadismo**: vagabundagens pós-modernas. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias e ONOKO, Rosana. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-150.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

RABELO, Miriam Cristina Marcilio; ALVES, Paulo César Borges; SOUZA, Iara Maria de Almeida. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RIGHI, Liane Beatriz. **Poder local e inovação no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Campinas, 2002.

RIGHI, Liane Beatriz. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica. **Saúde coletiva**: diálogos contemporâneos. Ijuí: Unijuí, 2005, p. 73-92.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Amélia; SILVEIRA, Maria Laura (org.). **Território, globalização e fragmentação**. 3 ed. São Paulo: Hucitec-Anpur, 1996. p. 15-20.

SILVA Jr., Aluísio Gomes; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Cláudio. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 2003.

5.3. O itinerário terapêutico da mulher em busca da assistência no ciclo gravídico-puerperal (Univates)

Silvana Rodrigues dos Santos
Cássia Regina Gotler Medeiros
Ricardo Burg Ceccim

1. Introdução

Durante a minha trajetória como acadêmica de graduação, percebi que os usuários transitavam entre os serviços públicos e serviços privados de saúde. Poucas pessoas utilizavam exclusivamente um ou outro serviço. Não eram raras as reclamações ouvidas, quanto ao mau acolhimento e ao descaso por parte dos profissionais de saúde para com os usuários, dificultando o desejo de vínculo com os mesmos. Esse fenômeno ocorre em várias situações, mas foca-se, neste trabalho, a atenção à saúde da mulher, mais especificamente no período gravídico-puerperal. Essa fragmentação e a ausência de vínculo entre a mulher e a equipe de saúde contrariam o que preconiza o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN): toda gestante tem direito ao acesso digno e de alta qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (Brasil, 2000).

Sabe-se que as mulheres são o segmento da sociedade que mais procura os serviços de saúde. Durante o ciclo gravídico-puerperal, percebe-se que freqüentemente elas utilizam o setor público e o setor privado, demonstrando uma certa ansiedade quanto ao atendimento. A integralidade e a resolutividade são princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que se apresentam comprometidos, pois as usuárias obrigam-se a procurar complemento da atenção no subsetor privado quando buscam o subsetor público e o subsetor público quando optaram pelo subsetor privado.

Além da cultura, as condições socioeconômicas, a informação e o acesso aos serviços de saúde são fatores que realmente influenciam na escolha por determinado atendimento (HELMAN, 2003). Ao caminho que é percorrido pelos usuários de saúde no atendimento público, privado e informal estarei chamando de itinerário terapêutico.

Embora reconheça que o itinerário terapêutico constitui-se de subsistemas, que incluem, conforme Helman (2003), o informal, o popular e o profissional, neste estudo o enfoque será dado ao subsistema profissional, ressaltando a relação entre os serviços de saúde públicos e privados, pois interessa-me o atendimento oficial no sistema de saúde.

Conforme a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 2º, a saúde é um direito do cidadão e o Estado deve proporcionar condições para que esse direito seja assegurado. A Lei ainda menciona, no art. 4º, que o SUS é constituído de ações e serviços de saúde prestados diretamente por órgãos públicos e suas instituições de saúde (públicas federais, estaduais ou municipais, da administração direta ou indireta), e por organizações privadas contratadas ou conveniadas com o poder público, sendo livre a oferta de serviços de saúde pela iniciativa privada (setor lucrativo). Quando os serviços de saúde não conseguem dar cobertura à população em alguma área, o SUS poderá recorrer aos serviços privados (cap. II, art. 24). No art. 25 dessa Lei está lavrado que as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS e que os serviços contratados deverão submeter-se às normas administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Entre os princípios e diretrizes do SUS contidos na lei, aparece a "integralidade da assistência", descrita como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema". Outro princípio é o da garantia de acesso de todos os usuários ao tratamento de que necessitarem, independente de qualquer tipo de complexidade, ou seja, a acessibilidade.

A proposta deste estudo parte da percepção de que é preciso conhecer e compreender as razões dos diversos itinerários terapêuticos percorridos pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, a fim de subsidiar a organização dos serviços e a ação dos diversos profissionais de saúde envolvidos nesta atenção, em especial, para aqueles participantes da construção das Políticas de Saúde. Esta pesquisa pode contribuir na tomada de decisões na gestão e no cotidiano do trabalho.

Este estudo tem como objetivo conhecer o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, estando fundamentado nas seguintes questões norteadoras:

1. Quais os itinerários terapêuticos percorridos pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal?

2. Existe relação entre o vínculo das usuárias aos serviços de saúde e o itinerário terapêutico percorrido?

3. O acesso aos serviços de saúde e às informações influenciam no itinerário terapêutico?

2. Referencial teórico

2.1. O acesso e o vínculo aos serviços de saúde

A acessibilidade aos serviços de saúde pode ser abordada sob diferentes enfoques: o geográfico, quando se avalia a distância que o usuário terá que percorrer para chegar ao serviço e o meio de transporte que ele terá de utilizar; o funcional, que diz respeito aos serviços que são oferecidos, o horário de funcionamento e sua qualidade; o cultural, no qual deve ser observado se o serviço está inserido nos hábitos e

costumes da população, e ainda o econômico, considerando-se que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a toda a população (UNGLERT, 1999).

Para Donabedian (citado por TRAVASSOS; MARTINS, 2004), a acessibilidade não é apenas desfrutar ou não dos serviços de saúde, é a adequação dos profissionais para o atendimento e o uso dos recursos tecnológicos, de acordo com as necessidades dos usuários.

Dimenstein (2005) comenta que a acessibilidade aos serviços de saúde pode estar relacionada em alguns momentos com a distância geográfica, assim como à falta de transporte, mas a proximidade não torna um serviço mais acessível, é preciso considerar os problemas que poderão dificultar a utilização do serviço, como a demora no atendimento ou o mau atendimento por parte dos funcionários. Dessa maneira, a acessibilidade está relacionada, além de com a proximidade, com a disponibilidade, a resolutividade e o acolhimento prestado por este serviço.

O acesso é a capacidade de o usuário conseguir o atendimento de maneira fácil e conveniente (SOUZA e LOPES, 2003). Além do acesso, é necessário considerar a maneira como ele deverá ser recebido. Para Campos (1997), a formação de vínculo além de ampliar a eficácia do atendimento, vai proporcionar autonomia e segurança tanto para o usuário como para o profissional, já que o vínculo é considerado uma das práticas indispensáveis para que se tenha um atendimento de qualidade.

Schimit e Lima (2004) concordam que o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário estimula a autonomia, principalmente na adesão ao tratamento. Acrescentam que o acolhimento possibilita a oferta das ações e serviços de saúde porque faz com que os usuários estejam satisfeitos com os serviços.

Segundo Cohn et al. (1999), a população estrutura estratégias de acesso aos serviços de saúde, a partir de suas preferências e vinculação com a disponibilidade dos serviços. Diante das dificuldades e da carência dos serviços de saúde, o usuário formula

modos de acesso conforme a sua capacidade de enfrentamento, lembrando-se que a acessibilidade não se reduz à proximidade do serviço nem mesmo à disponibilidade por presença física dos recursos em determinadas áreas existentes, mas, sim, à funcionabilidade dos serviços.

Quando o acesso e o vínculo não ocorrem, os usuários buscam outros serviços que lhes forneçam isso. Dessa maneira, diferem os itinerários terapêuticos das pessoas que necessitam de atendimento em saúde.

2.2. Itinerários terapêuticos

Em todas as sociedades as pessoas utilizam alguma maneira de obter ajuda quando não conseguem, com o próprio autocuidado, resolver seus problemas de saúde. A escolha dessa ajuda pode ser feita em três sistemas, o informal, que é a família; o popular, onde se encontram benzedeiras, curandeiros, ervateiras, entre outras; e o profissional, onde estão as profissões reconhecidas e com registro. Independente de uma escolha a ser feita, o contexto em que a pessoa se encontra, a necessidade ou não de pagar pelo tratamento e as condições financeiras de que dispõe um indivíduo para optar entre diferentes modalidades de tratamento, vão determinar os percursos da terapêutica (HELMAN, 2003).

O sistema profissional em quase todas as sociedades é representado pela biomedicina, hegemonizada durante a modernidade pela medicalização. Porém, existem outros sistemas profissionais, como a medicina chinesa, a acupuntura e a homeopatia. É com o domínio legal e político do sistema profissional da biomedicina, entretanto, que o sistema popular acaba atuando ilegalmente, sendo desconsiderado em incentivos e fomento ao seu desenvolvimento ou aceitação. (SILVA, SOUZA e MEIRELES, 2004).

Para Helman (2003), o setor profissional abrange uma série de categorias de trabalhadores da saúde, cada uma com a sua percepção dos problemas de saúde e as suas formas de tratamento adequado. Essas categorias estão definidas e reguladas por competências e áreas de especialidades.

Freqüentemente as pessoas classificam a gravidade das doenças em seus próprios conhecimentos e, assim, procuram a ajuda que julgam necessária, conforme a sua doença. Pode-se dizer que enfermidades como resfriado são tratados por parentes e que os males sobrenaturais, por curandeiros populares. A busca por médicos é feita principalmente quando as causas são físicas e as enfermidades com maior comprometimento biológico (HELMAN, 2003).

O itinerário terapêutico é uma seqüência de negociações e decisões com várias pessoas e grupos que têm divergentes opiniões sobre o diagnóstico da doença e a escolha do tratamento adequado. Além disso, o itinerário também inclui as avaliações dos resultados obtidos nos percursos durante os diversos tratamentos (SILVA, SOUZA e MEIRELES, 2004). Conforme Reinaldo (2003), pode ser evidenciado como uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma triagem histórica, a qual vai ocorrendo conforme cada indivíduo define a sua situação diante de algum fenômeno no processo saúde e doença.

Segundo Reinaldo (2003), a observação do itinerário terapêutico tem como principal objetivo a análise do processo de escolha por ações e serviços, avaliação das interações e a decisão em aderir ou não a determinado tratamento que as pessoas ou grupos sociais utilizam. Conhecer o itinerário terapêutico não se limita a saber qual serviço está disponível e como é a sua utilização, isso é limitado para definir o processo de escolha. Para Rabelo e Alves (citados por REINALDO, 2003), o processo de escolher é o de observar se existe ou não possibilidade de alcance e acessibilidade pelos indivíduos.

Para Velho (citado em REINALDO, 2003), a análise do itinerário terapêutico deve ser feita de maneira que se evidenciem as experiências, a trajetória e os projetos individuais formulados e elaborados em um contexto histórico e cultural.

2.3 Relações público-privado

A fim de entender melhor os cruzamentos entre serviços públicos e serviços privados, buscou-se alguns fatores históricos que teriam influenciado a construção dessa relação. No início do século XX, por volta de 1920, os serviços de saúde pública eram dirigidos pela Diretoria Geral de Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Justiça. Nesse período, destacavam-se as campanhas sanitárias que tinham interesse de combater as endemias. A coordenação dessa política era de Osvaldo Cruz. Nesse período os serviços de saúde eram exclusivamente privados, os hospitais abrigavam os portadores de psicose, hanseníase e tuberculose, e as pessoas que não tinham como custear os serviços de saúde eram abrigadas nas entidades de caridade (CARVALHO; MARTIM; CORDONI Jr, 2001).

Em 1923, aproximadamente, surge a lei que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) aos empregados das estradas de ferro. Esse benefício garantia aos trabalhadores e seus dependentes aposentadoria e pensão, assistência médica e farmacêutica. Em 1933, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pecúlio (IAP), que não eram mais por empresa, mas por categoria de trabalhadores. Nesse período, os recursos eram escassos e o Estado passou a contribuir financeiramente, além da participação dos empregados e das empresas. Os recursos ficaram centrados no Estado (CARVALHO; MARTIM; CORDONI Jr, 2001) e sua rápida expansão causou modificações relacionadas às fontes de financiamento (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Segundo Carvalho, Martim e Cordoni Jr (2001), a assistência médica, que, até 1950, não era importante como política pública, passava a necessitar cada vez de mais

recursos devido ao crescimento urbano do país, o que acabou deixando o sistema previdenciário deficiente em 1960. Foi quando houve uma unificação das IAPs em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com isso, cresceu a influência da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares e dos proprietários de hospitais. Segundo Teixeira (citada por CARVALHO; MARTIM; CORDONI Jr, 2001), os principais objetivos desse modelo, chamado de modelo médico-assistencial privativista, foram a priorização das práticas especializadas, em detrimento da saúde pública, e a criação mediante intervenção estatal, de um complexo médico privado, orientado para a geração de lucros. Vale ressaltar que o Estado era o órgão financiador.

Ao ser criado o Ministério da Saúde, este era muito frágil e com recursos escassos, a prioridade era a expansão industrial (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). O empobrecimento da população aliado ao crescimento demográfico aumentaram a dificuldade ao acesso aos serviços de saúde, problemas começaram a aparecer e entrou em crise o modelo curativista-privativista (MOURA; MOURA, 1997).

Ao longo dos anos 1970 e 1980 ampliaram-se as discussões sobre políticas de saúde e opera-se o trabalho por uma "reforma sanitária", que tivesse como objetivo a formação de políticas públicas de saúde com pensamento crítico. De um lado, despontam departamentos de saúde preventiva nas universidades e, de outro, desencadeia-se um processo de extensão de cobertura da atenção básica, conceito de atenção primária à saúde pela Organização Mundial da Saúde. Uma prática de educação popular e uma organização política da sociedade pautada pelo crescimento dos sindicatos e associações de moradores motiva a luta por saúde como direito social de acesso igual para todos.

No período de 1980 a 1990, a queda da ditadura é seguida do processo de transição democrática que nos leva à atual Constituição Federal, promulgada em 1988, que aprova um sistema único de saúde do qual todos podem usufruir, sendo dever do Estado garantir o atendimento à saúde em qualquer âmbito de atenção a qualquer

cidadão. O sistema privado passa a ser complementar ou suplementar ao público (CARVALHO; MARTIM; CORDONI Jr, 2001).

Como a privatização dos serviços de saúde, no Brasil, foi histórica, e a sua "publicização" foi desde o setor previdenciário e marcado pela noção de assistência curativista da biomedicina, ocorreu uma tendência na população de procurar com maior freqüência os serviços privados, podendo ser ou filantrópicos ou conveniados, porque o setor privado é tido pelas pessoas como mais eficaz. Não significa que ele seja mais resolutivo quanto às queixas que motivam a procura, mas esses serviços compartilham uma cultura de serem melhores e assim, mascaram a carência do acesso com a disponibilidade dos equipamentos de saúde (COHN et al., 1999).

Merhy (1997) nos mostra que as pessoas procuram os serviços de saúde, independentemente de esse serviço ser público ou privado, em ambos sentem-se inseguros de encontrar a atenção de uma equipe, a disponibilização de profissionais com tempo para compreendê-los e intervir garantindo uma solução aos seus problemas de saúde. Essa insegurança ocorre por causa da crise de modelo assistencial, de perfil profissional, de financiamento, descentralização e participação, que está presente em todos os serviços de saúde. A crise envolve o modelo de atenção liberal-privativista, no qual o usuário é um depósito de problemas de saúde, cujo atendimento deverá ser o da resolutividade de uma maneira impessoal e descompromissada.

Segundo Heiman et al. (2005), não existe uma definição clara do público e do privado na legislação federal do Sistema Único de Saúde e, sendo assim, resolve-se essa questão por meio da terceirização dos serviços. No entanto, os autores tentam definir o conceito de público e privado: o público preocupa-se com o interesse coletivo, com projetos e programas que beneficiem a coletividade, já o privado tem caráter de propriedade, interesses particulares, mas as organizações privadas filantrópicas e particulares atuam no mercado, ou seja, esse serviço público oferecido passa a ter

interesses privados presentes. O desafio do interesse público deveria presidir todo o setor da saúde, seja por prestadores estatais, seja por prestadores privados.

Existe uma agência que regulamenta o setor chamado suplementar, que é referente ao serviço privado de saúde, porém existe uma polêmica política no interior dessa agência porque não se consegue conciliar os interesses conflitivos entre os trabalhadores da saúde, (incluindo os médicos, mas não só os médicos), seguradoras, prestadores de serviços e usuários (HEIMAN et al. 2005).

As instituições que participam do SUS precisam ter interesses públicos. Os serviços públicos de saúde poderão funcionar quando houver respeito aos trabalhadores de saúde, mas principalmente aos usuários, porque o que se sabe é que quando o interesse governamental predomina ocorre a partidarização do SUS. Não se sabe o que ocorre quando predomina o amplo interesse do usuário individual e coletivo, por esse fato ainda não ter ocorrido no Brasil. Campos et al. (2005) ressalva que não temos evidências acumuladas no SUS, onde o interesse dos usuários radicalmente predominem. "Se predominam os interesses dos trabalhadores, a conseqüência é o corporativismo", é o que acontece nas Santas Casas, onde é predominante o interesse corporativo dos médicos. Desse modo, "aniquila-se a organização e desrespeitam-se a qualidade e a eficácia do atendimento ao usuário." (CAMPOS *et al.*, 2005, p. 99).

Para Heiman et al. (2005), o SUS precisa alcançar os interesses dos trabalhadores, os trabalhadores precisam sentir orgulho do seu trabalho, e dos usuários, para que experienciem que são bem recebidos nos serviços de saúde.

2.4 Assistência ao ciclo gravídico-puerperal

A assistência pré-natal, conforme orienta o Ministério da Saúde, pode ser feita por intermédio do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), que é

regido pela Portaria GM/MS nº 569, de 1º/06/2000. O Programa busca reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal e ampliar a cobertura da qualidade da assistência e acompanhamento pré-natal, ao parto, ao puerpério e neonatal (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, toda gestante deve ter acesso ao atendimento de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. O SUS garante toda a assistência "gratuitamente" (sem novos desembolsos que não os impostos), independentemente do âmbito de complexidade demandado, ou seja, atendimento à gestante de baixo ao alto risco. É responsabilidade dos gestores municipais e estaduais conhecerem a relação entre a oferta dos serviços e a demanda por atendimentos, garantindo o acesso de todas as usuárias (BRASIL, 2001).

O pré-natal é muito importante para a saúde da gestante e da criança. O preconizado é que se faça pelo menos seis consultas durante a gestação, as quais devem ser registradas no cartão da gestante, para que se obtenha maior segurança na hora do parto e que os profissionais de saúde que vão atendê-la conheçam sua história. Alguns procedimentos são importantes na consulta pré-natal, como traçadores de eventual risco à mulher ou ao bebê: a verificação da pressão arterial, a verificação de peso, a medida da altura uterina, a ausculta dos batimentos cárdio-fetais. Além disso, a mulher precisa receber orientações sobre a gravidez, parto, pós-parto e cuidados com a criança (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) também preconiza que todas as gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde realizem alguns exames, como o exame de sangue tendo em vista a sorologia para a sífilis, detecção de anemia e controle do diabete mellitus; o exame de urina, o preventivo de câncer de colo uterino e o teste anti-HIV. Todos esses exames são importantes para detectar doenças e fazer a prevenção quanto aos riscos para a gestante e para a criança.

Os gestores municipal e estadual têm o dever de conhecer a relação que existe entre a demanda e a oferta de leitos obstétricos para que todas as mulheres tenham o seu atendimento assegurado. É nesse sentido que o PHPN procura direcionar sua atuação para a integralidade do atendimento obstétrico e a afirmação dos direitos da mulher (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) destaca que deve haver uma relação entre as atividades de atenção básica e as hospitalares, que deve ter uma continuidade e complementaridade no atendimento ao pré-natal, parto e puerpério. A assistência hospitalar deve ser segura e disponibilizar de todos os recursos tecnológicos. Os profissionais de saúde precisam estar preparados para respeitar e estimular a autonomia da mulher durante a assistência.

Na assistência ao puerpério, a mulher necessita que sejam respeitados seus anseios e queixas, as atenções não devem ser exclusivamente para o recém-nascido. É necessário que os profissionais estejam preparados para orientar a mulher quanto à higiene, ao cuidado com as mamas, aleitamento e cuidados com o recém-nascido. Após a alta hospitalar, a gestante deve ser orientada a procurar a Unidade Básica de Saúde entre o quarto e o décimo dia de puerpério, recomendando-se que essa consulta inclua à criança e ao companheiro da mulher. Após esse atendimento, deve-se orientar a puérpera a procurar o serviço novamente entre o trigésimo e o quadragésimo segundo dia pós-parto. Nessa consulta, além de avaliar a mulher no seu estado de saúde geral, pode-se orientar sobre o aleitamento e o esquema vacinal (BRASIL, 2001).

O atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ocorrer de forma integral, de modo que os serviços de saúde estejam integrados garantindo referências e contra-referências. Também salienta-se a importância do acolhimento e estabelecimento de vínculo por e entre profissionais/usuários/família.

2.5 Integralidade na atenção à saúde

A integralidade na atenção à saúde pode ser considerada sob vários aspectos. Neste estudo focou-se a maneira de organizar as práticas de saúde, articulando os subsistemas profissional, informal ou popular e os subsetores público e privado de saúde. As práticas precisam ter uma visão do ser humano com todas as suas características, evitando que ele seja fragmentado conforme a especialidade do serviço (Pinheiro e Mattos, 2001).

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a integração dos serviços de saúde significa coordenação e cooperação entre os responsáveis para criar um sistema de saúde articulado, que, nas realidades ainda são frágeis. No Brasil, a integralidade está em fase de construção. Embasando-se na idéia da garantia de atenção em todos os âmbitos de complexidade, o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais. O atendimento à população precisa ocorrer em redes, já que nenhum dos serviços possui todos os recursos e competências necessários para atender a todos os problemas de todos os usuários.

Os sistemas de saúde integrados têm como propósito uma rede de cuidados com múltiplas dimensões, ou seja, a globalidade dos serviços, que se consegue por meio de diferentes profissionais e organizações articuladas no tempo e no espaço (Mattos, 2004).

Segundo Mendes (1999, p. 149), quando o princípio da integralidade for aplicado, deve haver a "unicidade institucional" dos serviços de saúde, contemplando ações preventivas, curativas e reabilitadoras. As intervenções de saúde devem englobar os sujeitos e o meio em que eles vivem.

Em Mendes (1999, p.150) a integralidade manifesta-se por meio das práticas sanitárias em duas dimensões: 1) integração definida por problemas a enfrentar por meio de um conjunto de operações que são articuladas pela prática da vigilância em

saúde; 2) integração dentro de cada unidade de saúde, entre as práticas sanitárias de atenção individual à demanda e de vigilância em saúde coletiva.

Conill (2004) refere que o objetivo de garantir a integralidade apareceu na metade do século XX, com a expansão das políticas sociais e dos serviços de saúde. Hoje, a integralidade torna-se cada vez mais um aspecto relevante quando se avalia a qualidade dos serviços e dos sistemas de saúde. Porém, muitas vezes é associada ao acesso aos serviços de saúde, mas de nada adianta ter acesso a um serviço parcial e descontínuo, o que vale a pena é ter acesso a um sistema com cuidados integrais, outras vezes é definida como sinônimo de acesso a todos os âmbitos de atenção, o acesso universal numa rede regionalizada e hierarquizada. A integralidade inclui o livre acesso, mas vai além disso, ela implica uma articulação entre âmbitos de atenção e entre prevenção e cuidado assistencial, de modo que estejam entrelaçados, visando às necessidades de saúde dos usuários.

A integralidade da atenção deve ser conquistada pelo conjunto das ações e serviços que serão necessários para um determinado atendimento. Alcançando-se a integralidade da atenção à saúde pelo itinerário entre as ações e serviços, o percurso não deve ser pensado com base em encaminhamentos, mas, sim, com base em uma progressão (mobilidade) de um âmbito para outro conforme a capacidade de respostas de cada serviço (BRASIL, 2005).

De acordo com o Departamento de Gestão da Educação, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), uma maneira de se chegar à integralidade da assistência à saúde é por meio da rede de cuidados ininterruptos, a qual busca que as ações e serviços sejam planejados, executados e controlados por todas as esferas de governo, federal, estadual e municipal, de modo que os profissionais da saúde deixem de ficar centrados na assistência e passem a planejar, executar e propor ações em saúde, aumentando, dessa maneira, a autonomia dos usuários e a efetividade dos serviços.

3. Metodologia

O estudo foi do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Cervo (2002), são incluídos nesse estudo os métodos que visam a buscar as representações de indivíduos e de grupos, que dão opiniões sobre determinado assunto. O método exploratório familiariza-se com o fenômeno e obtém uma nova percepção do assunto.

Para Triviños (1987, p. 110), o estudo exploratório permite que o investigador aumente sua experiência, diante de determinado problema, podendo encetar uma pesquisa descritiva. Os estudos descritivos exigem que o pesquisador tenha um embasamento teórico sobre o que deseja pesquisar, pois têm se destinam a "descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade".

Desse modo, a interpretação dos dados é resultante do total de especulações e percepção dos dados, podendo estes aparecerem em narrativas ilustradas por entrevistas, fotografias, etc. (TRIVIÑOS, 1987).

A abordagem qualitativa é utilizada quando os instrumentos de medida não são objetivos, busca-se os dados subjetivos. As informações na abordagem qualitativa são buscadas por meio de informações de pessoas que estão diretamente vinculadas com a experiência estudada. Na pesquisa qualitativa, é necessário que o pesquisador faça exploração do contexto e análise sistemática da realidade, de modo que o elemento da pesquisa seja flexível, podendo habituar-se à realidade encontrada (LEOPARDI, 2002).

Este estudo foi realizado em um município de médio porte do Vale do Taquari, no estado do Rio Grande do Sul. No município, a atenção pública à saúde da mulher é centralizada em uma unidade de referência em Saúde da Mulher, embora as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que são hoje em número de cinco, realizem pré-natal

de baixo risco, encaminhando as gestantes de risco para a unidade de referência. A referência para o parto é o hospital regional da cidade. O município aderiu ao Programa de Humanização do Parto e do Nascimento.

As entrevistadas foram mulheres entre 19 e 49 anos de idade, que fizeram parto há no mínimo 20 dias e no máximo 1 ano, no momento da coleta de dados e que utilizaram o serviço público de saúde pelo menos em uma ocasião.

A identificação das mulheres foi feita por meio de contatos informais e a seleção, aleatoriamente. O número foi determinado pela saturação dos dados, pois a análise foi realizada concomitantemente com a coleta. Na análise qualitativa o que serve de informação é a freqüência com que surgem determinadas características

Os dados foram coletados por entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita. As entrevistas foram realizadas no domicílio das mulheres, após agendamento conforme suas disponibilidades.

Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin (1977), embasado na utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das informações.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior (Univates), respeitando-se os preceitos da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, tendo parecer de aprovação. Foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido descrevendo que a pesquisa não oferecia riscos, mas poderia causar desconforto pela falta de disponibilidade e devido ao momento da vida da mulher entrevistada, considerando que ela está passando por uma fase de adaptação com seu filho que exige cuidados e dedicação ou, ainda, pela sensibilidade própria do período puerperal. Tomou-se cuidado, no momento da coleta dos dados, de observar se a puérpera estava com muitos afazeres direcionados ao seu

filho ou, ainda, se estava em condições emocionais de responder a entrevista. Para a garantia do anonimato na análise dos dados foi utilizada numeração para identificar as entrevistadas.

4. Apresentação e análise dos dados

A coleta de dados foi feita em uma cidade do Vale do Taquari, no interior do Rio Grande do Sul, onde foram selecionadas as mulheres para entrevista. As entrevistas foram realizadas no domicílio mediante agendamento prévio. As mulheres entrevistadas foram seis, de 19 a 38 anos, que passaram pelo período gravídico-púerperal há mais de três meses, pois seus filhos tinham de três a onze meses de idade no momento da pesquisa.

Das mulheres entrevistadas, três possuem ensino fundamental completo, duas têm ensino médio completo e uma tem ensino médio incompleto.

Profissionalmente, apenas uma das mulheres não trabalha fora de casa. As trabalhadoras atuam na indústria ou em serviços domésticos. A entrevistada desempregada possui ensino médio completo.

Quanto ao número de filhos, quatro das mulheres já tinham outros filhos anteriores ao parto que deu origem à entrevista. Três delas têm até dois filhos e uma tem quatro filhos. Duas mulheres passaram pela primeira vez pelo período gravídico-puerperal. Das seis entrevistadas, três possuem plano privado de saúde.

Durante a análise dos dados emergiram quatro categorias: itinerários percorridos, a relação entre o vínculo da usuária com o itinerário percorrido, o acesso aos serviços e sua influência no itinerário e o atendimento popular como parte do itinerário.

4.1. Itinerários percorridos

Nesta categoria, são descritos os serviços de saúde percorridos pelas mulheres. As entrevistadas são identificadas por números para assegurar o anonimato da sua identidade. As unidades públicas de saúde são descritas e identificadas por letras para compreender-se os diversos caminhos utilizados pelas entrevistadas e garantir sigilo das unidades.

A Entrevistada 1 utilizou quase que exclusivamente o sistema de saúde privado, possuindo um plano de medicina de grupo. O pré-natal, o parto e o puerpério foram realizados por intermédio deste plano. Ela necessitou também de atendimento em um serviço especializado em genética, realizado em outro município. O SUS foi utilizado para a realização das vacinas no bebê.

A Entrevistada 2 procurou atendimento em primeiro lugar na rede pública de saúde, mais na unidade de referência em saúde da mulher (Unidade A), porém não ficou satisfeita com o atendimento, então providenciou um plano de saúde privado, do qual se utilizou para realizar seu pré-natal. Para o parto, utilizou-se do serviço público, porque seu plano de saúde por ser muito recente não cobria o parto. Para atendimento do seu filho, a Entrevistada 2 utilizou o serviço público de saúde, na unidade A, porém as vacinas foram realizadas na Unidade B, que se localiza no bairro onde reside. Eventualmente utiliza atendimento popular, como por exemplo, benzedeira.

Eibenschutz (1996) já lembrava-nos que apenas a assistência médica individual é prestada pelos planos de saúde, ações coletivas não são realizadas, excluem da atenção uma série de doenças crônicas e endêmicas, que são supridas apenas pelos serviços públicos.

Os serviços utilizados pela Entrevistada 3, em sua maioria foram públicos. Apenas utilizou o serviço privado para realizar o exame que comprovou sua gravidez. O pré-natal foi realizado na Unidade A e o parto ocorreu em hospital da rede pública. Para o atendimento do seu filho, a Entrevistada 3, utilizou a Unidade C, que fica na cidade, porém não no bairro onde reside. Esta entrevistada também utilizou atendimento popular, pois tem o hábito de benzer-se e a seu filho quando ela julga necessária essa prática.

A Entrevistada 4 planejou sua gravidez e, pensando nisso, fez um plano privado, utilizando-se deste durante todo seu pré-natal, no parto e no período de puerpério. Para seu filho, usou o serviço público de saúde, a unidade A, até os quatro meses de vida dele. Após, por trabalhar e haver dificuldade de continuar o atendimento nessa unidade, passou a utilizar a Unidade B, localizada no bairro onde mora, para acompanhamento médico e de enfermagem. Busca atendimento eventual na Unidade C e na Unidade D, na cidade. Também faz acompanhamento de peso do bebê com a agente comunitária de saúde.

As Entrevistadas 5 e 6 utilizaram-se da rede pública de saúde para obter o atendimento no pré-natal, que foi realizado na Unidade A e, no parto, que ocorreu em hospital. Apenas utilizaram o serviço privado para realizar exames de comprovação da gravidez, já que se sentiram mais seguras com este, na primeira consulta pré-natal. Ambas levavam seus filhos para serem atendidos na rede pública de saúde, na Unidade A. A Entrevistada 6 levou seu filho para ser atendido uma vez na Unidade B, do bairro onde está estabelecida, mas não ficou satisfeita com o atendimento, por esta unidade não ter à disposição serviço médico especializado em pediatria.

Em algumas falas, observou-se que a escolha pelos serviços está relacionada com as condições financeiras que as usuárias possuem. As que utilizam o serviço público de saúde relacionavam sua escolha ao fato de não precisar pagar pelo serviço.

> *No pré-natal eu utilizei a Unidade A, que é o único que o SUS fornece, eu não tenho condições de pagar um plano particular (E3).*

> *É o mais prático e mais fácil, não precisa pagar (E5).*

> *Olha, a gente tem tudo de graça. Só remédio que às vezes não tem todos, mas a maioria tem. (E5)*

Notou-se que as mulheres acreditavam que o SUS era totalmente gratuito, que não havia contribuição nenhuma para que esse serviço estivesse oferecido. Compete ao poder público atender ao conjunto da população, porém este vem sendo caracterizado como responsável por atender parte da população, aquela com menos poder aquisitivo (EIBENSCHUTZ, 1996). A noção de gratuidade pode passar uma concepção de benemerência e não de direito social, cujo financiamento provém do pagamento de impostos sobre tudo que se consome para viver, ou seja, além de ser um direito, é pago pela sociedade.

Algumas das mulheres participantes do estudo, no entanto, julgam o atendimento público de saúde incapaz de resolver problemas graves de saúde e acreditam que é eficiente apenas quando as pessoas não têm "problemas sérios", como revelam as falas aqui transcritas:

> *O nenê, ele é sãozinho, daí não precisa um plano. Eu fui ontem ali no posto (E3).*

> *Só que no nosso bairro, as consultas ali não... Eu acho que quando uma criança tem febre, ela tem que ser atendida imediatamente e geralmente não tem pediatra no bairro. Daí tu*

tem que correr pra Unidade C. Daí tu tem que ficar numa fila de espera; às vezes mandam tu pra Unidade C, não tem atendimento. Aí te mandam pra Unidade D. Eu acho muito constrangedor pras pessoas que têm que utilizar o SUS, porque principalmente as crianças precisam ter atendimento prioritário, têm que ser atendidas logo, ter uma ficha reserva e isso não funciona assim no SUS. O SUS não é assim. Então, se uma criança tem mesmo um problema tem que fazer um plano, para ser mais seguro (E4).

4.2. A relação entre o vínculo do usuário com o itinerário percorrido

Nas entrevistas realizadas, foi possível perceber que o vínculo que as mulheres usuárias dos serviços de saúde estabelecem com os profissionais desses serviços influencia no itinerário que elas percorrem no decorrer do pré-natal, do parto, do puerpério e na puericultura. As mulheres têm a necessidade de se sentirem seguras diante de todo esse processo, principalmente do processo gravídico, tanto no serviço privado quanto no atendimento público, conforme mostram as falas:

Eu fui primeiro na Unidade A, com a Dra [...], mas daí eu não gostei muito. Daí, como eu tinha plano de saúde, eu desisti, eu não gostei muito de lá porque não deu nem pra escutar o coraçãozinho do nenê. Ela queria escutar, mas não deu certo. Daí ela me deixou assim, nem escutou. Eu já fiquei nervosa, cheguei em casa e disse pro meu marido: eu não vou mais, eu vou desistir. Daí eu fui pelo meu plano. Daí eu fiz tudo pelo plano com o Dr [....] e fui super bem atendida (E2).

Primeiro a enfermeira me atendeu, ela escutou o coraçãozinho do nenê. Eu gostei da enfermeira. Ela me tratou super bem. Só que não gostei da médica. Aí eu fui na primeira consulta. Eu tinha marcado a segunda, mas daí desmarquei. (E2).

Para Merhy (1997), só existe vínculo entre dois sujeitos quando existe a condição de sujeito que fala, que tem desejos, ou seja, para que se estabeleça um vínculo, a relação do profissional com o usuário deve ser de comprometimento, para que este sinta-se seguro com aquele atendimento, pois do contrário será inevitável a busca por outro atendimento. Também observa-se que para que se estabeleça esse vínculo, toda a equipe deve estar envolvida, o vínculo precisa ser com o serviço. O vínculo é um dos elementos mais importantes para que se estabeleça uma prática clínica de qualidade.

Quando o vínculo com o serviço se estabelece, garante a satisfação das usuárias e conseqüentemente a permanência no serviço, como revela a Entrevistada 3:

> *Não tenho condições de pagar um plano particular, eu me surpreendi mesmo, porque foi uma maravilha mesmo, não sei se mais tarde vou fazer um plano, mas até agora, não tenho do que me queixar, tem gente que reclama, mas eu tô satisfeita (E3).*

Nessa fala a entrevistada refere o que sentiu no atendimento público de saúde, sua expectativa foi superada e a fez repensar a idéia de adquirir um plano privado.

O vínculo, após estabelecido, permite que mesmo que o profissional não esteja presente em todas as etapas do processo de atendimento, talvez nas mais importantes o atendimento seja considerado bom. A Entrevistada 1 fez todo seu pré-natal no subsetor privado, para que pudesse contar com o mesmo profissional no momento do parto. Mesmo tendo ficado satisfeita com o atendimento, não foi o que aconteceu.

> *Daí nasceu de parto normal. Eu baixei num domingo e na segunda de manhã nasceu, segunda de madrugada. A parteira que fez, começou o trabalho. Daí o médico, depois, fez os pontos, ajudou a nascer, mas mais foi a parteira.*

> *Eu tive conversando com ele, se caso, como eu tinha bastante problema na gravidez, eu quisesse ganhar o nenê com ele. Porque ele já me conhecia, aos meus problemas e tudo.*

> *Eu tinha uma relação super bem com o médico, qualquer coisa que eu precisava era só ligar ou passar lá. Eu agradeço muito ao doutor, porque o doutor que me ajudou a segurar, com a ajuda dele. Se não fosse a ajuda dele eu teria perdido.*

Segundo Pinheiro e Mattos (2001), para o estabelecimento de vínculo é necessário que os profissionais tenham uma formação voltada para isso, valorizando o usuário. Em alguns momentos deste estudo, percebeu-se que as mulheres entrevistadas que utilizavam o serviço público de saúde estabeleciam um vínculo importante com o profissional durante o pré-natal, no entanto, no momento do parto, não contavam com o profissional com quem haviam estabelecido uma relação de confiança.

> *Não, quem fez meu parto foi o Dr [...] porque meu médico só atendia no hospital da cidade vizinha. E os médicos daqui não iam aceitar, sabe? Ele até falou que gostaria de fazer, mas daí eu ia ter que ir pra [outra cidade] e ia ter que pagar particular e eu nem tinha pra pagar (E6).*

Esse fator pode prejudicar a confiança e satisfação com o serviço, porque as mulheres não conseguem concluir o processo gravídico com o profissional com o qual iniciaram o pré-natal.

A qualidade do atendimento foi avaliada por uma mulher, considerando os procedimentos técnicos realizados, bem como a quantidade de vezes que lhe foi dada atenção.

> *Em geral, foi muito bom. No posto, foi uma maravilha, durante todo meu pré-natal. No hospital, também foi bom, eu tinha que fazer exames, verificar a pressão sempre. Eu fui muito bem atendida. Não tenho do que me queixar. Fiquei de terça até quinta internada (E3).*

Para Pinheiro e Mattos (2001), a utilização dos exames complementares para diagnóstico tem tido outras funções ultimamente, vem sendo essencial para o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais. No imaginário, confirmando critério de qualidade dos serviços oferecidos.

A relação que se estabelece entre os usuários e os profissionais de saúde mostra o quanto interfere nos itinerários percorridos. Uma das entrevistadas mencionou que a pediatra que atendeu sua filha na sala de parto foi a mesma que acompanhou seu crescimento, pois ela também atendia na unidade de saúde que ela utiliza, o que proporcionou alegria e confiança. A confiança estabelecida na hora do parto é fundamental para a escolha do profissional.

> *Sim, é a mesma que atendeu quando ela nasceu. Eu não conhecia ela. Daí quando ela entrou pra dar alta, daí eu sabia quem era ela, eu gostei dela (E6).*

Uma das mulheres reclamou do atendimento recebido no hospital onde foi atendida para a realização do seu parto.

> *Durante minha gravidez eu fui muito bem atendida, mas no hospital eu não gostei muito. Era muito relaxamento. Que nem quando eu arranquei meu soro, que a minha cama ficou cheia de sangue... ficaram dois dias sem trocar a roupa de cama. E quando nós tava tomando café, eles vieram pra tirar a sonda de outra mulher e limparam ela. Aí não deu nem pra tomar café. Eu e a outra ficamos com nojo. Porque fazer isso quando a*

> *gente tá tomando café? Então, esperem. Eu não gostei disso (E2).*

4.3. Acesso aos serviços e sua influência nos itinerários percorridos

O acesso aos serviços de saúde e as informações que as mulheres possuem sobre os serviços oferecidos influenciam no itinerário percorrido. As entrevistadas que utilizavam o serviço privado de saúde mencionaram que não conseguem utilizar o serviço público porque se saírem do trabalho no horário de serviço para buscar o atendimento perdem benefícios, pois as empresas não liberam a funcionária para buscar o atendimento no horário de trabalho.

> *Eu trabalhava no segundo turno. Daí sempre tinha que faltar serviço, perdia o prêmio, tinha que perder R$ 50,00 por mês (E2).*

Quanto aos horários de atendimento, a maneira como estão estruturados os atendimentos nos serviços públicos dificulta o acesso das mulheres trabalhadoras.

Ao mesmo tempo, percebeu-se que as mulheres atendidas pelos serviços privados desconhecem como os serviços públicos oferecidos funcionam, julgam este como um serviço de qualidade inferior ao privado.

> *Porque pelo SUS é muito demorado. A gente que trabalha tem que marcar, tem que ir de madrugada pegar ficha, marcar médico e, depois, perde muito tempo de serviço pra utilizar o plano SUS (E4).*

> *É que pelo posto é difícil. Que nem eu, eu trabalho de manhã, daí eu não gosto de faltar serviço, daí a gente tem que enfrentar fila (E1).*

Para Pinheiro e Mattos (2001), o serviço público tem criado uma imagem "lenta e ineficaz" com relação ao atendimento oferecido, o que tem uma tendência a levar a uma imagem negativa do atendimento ofertado à população.

É possível observar o desconhecimento da maneira como a gestante e os recém nascidos são atendidos, pois a fala abaixo mostra outra realidade:

> *A primeira consulta eu tive que ir, mas não precisei nem enfrentar fila, daí, porque gestante não precisa enfrentar. Eu cheguei um dia de meio dia lá, porque a firma era lá perto; eu trabalho lá perto. Fui lá de meio dia. Eles me agendaram e depois daquela consulta cada vez eles me agendavam, não precisava nem pegar ficha, nada. Daí era direto, sabe? (E6).*

Percebe-se, portanto, que as mulheres que utilizam o serviço privado, algumas vezes desconhecem o funcionamento do serviço público, nesse sentido a informação influencia a escolha dos itinerários.

O aspecto geográfico também influencia a escolha por determinado serviço, como evidencia a fala a seguir:

> *Por ser mais perto ou por ter horário pra tu ir ali (E4).*

Essa fala revela que a mulher avalia como importante o aspecto geográfico na escolha por determinado serviço. Além desse aspecto, também há a importância de o serviço ser oferecido nos horários em que os usuários podem utilizá-lo. Para Unglert (1999), a acessibilidade pode ser abordada sob vários aspectos, um deles é o geográfico,

no momento em que se avalia a distância que o indivíduo irá percorrer para chegar ao serviço e o meio de transporte que será utilizado.

Para Oliveira, Travassos e Carvalho (2004), a proximidade de um serviço pode ser avaliada no espaço físico e num espaço de relações, ou seja, o acesso pode ser avaliado quando se medem custos e tempo de deslocamento.

Eibenschutz (1996) também aponta que além de fatores organizacionais com o prestador de serviço, deve-se incluir a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social e as características da estrutura do processo de prestação do cuidado.

As entrevistadas demonstram a importância que atribuem ao contar com um profissional especialista para o atendimento no pré-natal, no parto, no puerpério e na puericultura. Percebe-se que a medicina generalista não é suficiente para as usuárias para o atendimento durante todo o processo, pois sentem a necessidade e maior segurança se contarem com um especialista.

> *Porque ginecologista só tem lá (E6).*

> *Porque aqui no posto não tem pediatra. Daí eu achei melhor ela consultar com o pediatra (E6).*

Embora em algumas ocasiões seja extremamente necessário contar com determinado especialista, algumas vezes isso implica em aguardar muito tempo na fila de espera. A Entrevistada 5 não julga isso um problema:

> *Ele tem um problema no olho. O médico me disse na última consulta. Ele já me encaminhou para um especialista. Daí eu fui na Secretaria da Saúde e já marquei. Tem que esperar uns dois meses, mas já tá marcado (E5).*

Cecílio (1997) comenta que, em geral, a espera pelo serviço especializado na rede pública de saúde é tão grande que resulta na desistência. Além disso, ocorre de os médicos da rede básica se ”livrarem” dos usuários, encaminhando-os para especialistas quando poderiam resolver os problemas, reduzindo-se a confiabilidade no generalista.

4.4. O atendimento popular como parte do itinerário

Observou-se com a coleta de dados que, apesar de a maior parte do atendimento buscado pelas mulheres ser no sistema profissional, o atendimento popular é visível em algumas falas:

> *E às vezes eu levo benzer também (E2).*

> *Pra quebrante, pra míngua, quando ela tá muito agitada... É para ver como ela melhora, é muito bom (E2).*

A busca pelo atendimento popular é considerada pela mulher, conforme sua necessidade. Ela acredita nessa prática e procura o atendimento da benzedeira quando sente que isso irá melhorar sua qualidade de vida.

Helman (2003) afirma que em uma pesquisa no Reino Unido, das pessoas estudadas que utilizam um prestador de serviço alternativo, 33% estavam ao mesmo tempo recebendo assistência de seus médicos.

Os pacientes procuram o que lhes pareça mais apropriado para sua condição, seja aconselhamento ou tratamento, podendo ser os familiares, curandeiros ou médicos (HELMAN, 2003).

Além da procura pelo atendimento popular, percebe-se que as mulheres utilizavam também o conhecimento familiar, principalmente da mãe, para avaliar o momento de procurar o setor profissional:

> *Daí saiu água e sangue. Minha mãe disse, tá na hora, tem que ir pro hospital. Daí nós fomos lá e logo fomos atendidos (E5).*

As escolhas para a resolução dos problemas de saúde vão depender da disponibilidade dos serviços, a necessidade ou não de pagar adicionalmente pelo tratamento, as condições que os indivíduos vão ter para arcar com esse tratamento.

5. Considerações finais

Este estudo desenvolveu a proposta de conhecer o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres em busca da assistência no ciclo gravídico-puerperal, respondendo às questões norteadoras propostas. A busca pelo atendimento percorre diversos caminhos que não estão previamente traçados, pois as mulheres procuram os serviços de saúde conforme suas necessidades e satisfação com o atendimento.

Na categoria itinerários terapêuticos percorridos observou-se que, apesar destas mulheres buscarem em algum momento o atendimento popular, o sistema profissional é o mais procurado. A influência do fator econômico encontra-se presente na escolha pelo sistema profissional público ou privado.

Das seis mulheres que participaram do estudo, nenhuma utilizou exclusivamente o serviço público de saúde ou o serviço privado, todas utilizaram-se de ambos. As entrevistadas 3, 5 e 6 se utilizaram, na maior parte, do atendimento no serviço público de saúde, apenas procuraram a rede privada para exames laboratoriais. Já a Entrevistada 2 utilizou no pré-natal e puerpério a rede privada, no parto e na puericultura a rede pública de saúde. A Entrevistada 4 utilizou-se da rede privada durante todo o ciclo gravídico-puerperal e apenas utilizou a rede pública para seu filho. A Entrevistada 1 utilizou, na grande maioria, o serviço privado, apenas para vacinação do bebê utilizou o serviço público de saúde.

A escolha pelos serviços públicos de saúde freqüentemente está relacionada ao fato de não pagarem pelo atendimento. Além disso, as mulheres julgam esse atendimento como incapaz de resolver problemas graves de saúde.

Na relação entre vínculo do usuário e itinerário percorrido, observou-se que as usuárias dos serviços de saúde precisam estabelecer vínculo com o profissional e com toda a equipe para se sentirem seguras com o atendimento. Quando o vínculo é estabelecido, garante-se a permanência das usuárias no serviço. Percebeu-se que a maioria das mulheres não consegue contar com o mesmo profissional durante todo o processo gravídico, geralmente no parto são atendidas por outro profissional. Isso acontece tanto no serviço público de saúde quanto no serviço privado, podendo prejudicar a confiança e a satisfação das mulheres em relação ao serviço prestado. O respeito com a intimidade de cada usuária nos serviços de saúde também influencia a satisfação com o atendimento recebido.

Na categoria acesso aos serviços de saúde e sua influência no itinerário percorrido, notou-se que a disponibilidade dos serviços de saúde nos horários que as usuárias necessitam influencia nos serviços escolhidos, assim como a distância que as mulheres terão de percorrer até chegar ao local do atendimento. As informações sobre como funciona determinado serviço também interferem na opção pelo atendimento,

pois os serviços públicos de saúde mantêm uma imagem negativa que, pelo desconhecimento, pode influenciar sua não escolha.

As mulheres julgam o serviço público de saúde de qualidade inferior ao serviço privado porque dizem precisar enfrentar filas para chegar ao atendimento, mesmo sem nunca terem utilizado determinado serviço. A imagem do SUS é de descaso e incompetência e essa imagem faz com que as pessoas deixem de buscar esse atendimento em muitos casos. Imagem muitas vezes real, onde é necessário esperar meses nas filas em busca de atendimento, podendo ocasionar agravos na situação de saúde.

O acesso aos serviços influencia muito no itinerário, pois as mulheres que trabalham fora de casa não conseguem liberação no seu local de serviço para buscar atendimento e acabam optando por um plano de saúde para poder continuar trabalhando e chegando no horário. Todas as mulheres contavam com a medicina generalista no bairro onde residem, mas a busca pelo atendimento especializado foi unânime, sentem-se mais seguras com esse atendimento e buscam por ele.

No atendimento popular como parte do itinerário percebeu-se que a crença no atendimento popular e na rede familiar é o que influencia a escolha por este tipo de cuidado. Portanto, o respeito aos valores culturais, mediante a orientação, quando esta vier a partir do entendimento cultural do outro, poderá influenciar no vínculo estabelecido e conseqüentemente no itinerário percorrido.

Conhecendo o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres e os motivos que influenciam as suas escolhas, percebeu-se que o serviço público de saúde pode ampliar sua resolutividade se organizar seu atendimento pelas necessidades conforme sentidas pelas usuárias dos serviços. Os serviços privados de saúde superam os serviços públicos pelas facilidades e conforto que oferecem, mas também não geram adesão terapêutica. A adesão terapêutica se distribui por um itinerário que envolve público e privado,

popular e profissional, experiência pessoal, possibilidades de acesso e possibilidades de vínculo. O enfermeiro como transformador da prática e gerente das ações em saúde pode contribuir para essa maior resolutividade no atendimento, bem como, na divulgação dos serviços de saúde e na maneira como esses serviços são oferecidos. Percebeu-se que não há garantia de resolutividade no fato de se buscar o atendimento no serviço privado, onde também não ocorrem consultas de enfermagem conjugadas ao acolhimento "de sistema" de saúde e com as consultas especializadas. O cruzamento de consultas de acolhimento (consulta de enfermagem) e consultas especializadas confeririam mais adesão e vinculação ("fidelização") ao plano privado de saúde. Ainda assim a confiança em imunizações e sua gratuidade no subsetor público são motivo para essa escolha preferencial.

Também observou-se a necessidade de os profissionais de saúde direcionarem sua prática na capacitação para o acolhimento e a escuta ampliada nos serviços de saúde, garantindo o vínculo das usuárias com os serviços. Deve-se também trabalhar junto à população a capacidade de os generalistas atenderem com elevada qualidade aos problemas básicos de saúde com garantia de resolutividade.

Foi possível identificar o papel do enfermeiro neste estudo como membro integrante da equipe, que acolhe e socializa o usuário no serviço de saúde, quando esses são na rede pública. Na puericultura, esse atendimento está muito presente nos serviços públicos de saúde.

O ciclo gravídico-puerperal, mesmo não sendo um processo de doença, envolve sentimentos e conflitos, pois é uma fase da vida em que estão ocorrendo grandes mudanças. A segurança e o comprometimento dos profissionais de saúde, assim como as crenças e valores culturais das mulheres vão influenciar a busca pelo atendimento. Esta pesquisa mostrou a importância de olhar as usuárias como seres integrais, com vontade própria que buscam o atendimento às suas necessidades e que esperam, com

isso, uma atenção única, diferenciada, pois elas são sujeitos de direitos no momento da procura pelos serviços de saúde.

O itinerário das mulheres não tem uma linearidade para ser seguida, esse é feito conforme as possibilidades de cada uma e vai mudando constantemente, mas a promessa de integralidade e resolutividade não tem sido real no subsetor público, nem no privado. O vínculo às unidades básicas de saúde ou a fidelização aos planos privados de saúde não ocorrem de parte-a-parte, a mulher não confia suficientemente, os profissionais ou serviços não oferecem suficiente confiança.

6. Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BERTOLOZZI, MR e GRECO, RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (**São Paulo), v. 30, n. 3, p. 390-398, dez. 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (Resolução 196/96)**. Diário Oficial da União, 16/10/1996, p. 21082-21085.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher**.** Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Saúde da mulher, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem "análise do contexto da gestão e das práticas de saúde". Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CARVALHO, BG; MARTINS, GB e CORDONI Jr., L. A organização do sistema de saúde no Brasil**.** In: ANDRADE, SM.; SOARES, DA. e CORDONI Jr, L. **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Editora da UEL, 2001.

CERVO, AL. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

MERHY, EE., In: CECILIO, LC.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 117-160

CECILIO, LC.O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública** (Rio de Janeiro), n. 13, v.3; p. 469-478, jul-set, 1997.

COHN, A. et al.. **A saúde como direito e como serviço.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CONIL, EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde**. Cadernos de saúde pública** (Rio de Janeiro), n. 20, v. 5; p.1417-1423, set/out, 2004.

DIMENSTEIN, M. Compromissos com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal. In: BORGES, L de O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 91-108.

EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o** público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

HARTZ, ZM de A. e CONTANDRIOPOULOS, AP. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implementação de um "sistema sem muros". **Cadernos de saúde pública** (Rio de Janeiro), n. 20 sup. 2; p. 331-336, 2004.

CAMPOS, GWS. O público, o estatal, o privado e o particular nas políticas públicas de saúde. In: HEINMAN, LS; IBANHES, LC e BARBOZA, R. (org.) **O público e o privado na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2005, p. 89-100.

HELMAN, CG. **Cultura, saúde e doença.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KAWAMOTO, EE. e FORTES, JI. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1986.

LEOPARDI, MT. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ed. Florianópolis: Pallotti., 2002.

MATTOS, RA de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de saúde pública** (Rio de Janeiro) n. 20, v. 5; p. 1411-1416, set/out, 2004.

MENDES, EV. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, EV. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, p. 93-158.

MOURA, S de LC; MOURA, S de GMS. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. **Revista gaúcha de enfermagem.** Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 94-103, jul. 1997.

OLIVEIRA, EXG de; TRAVASSOS, C e CARVALHO, MC. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública.** Rio de Janeiro, n. 20, sup. 2: p. 298-309, 2004.

PINHEIRO. R e MATTOS, RA. de. (org.) In: PINHEIRO, R e MATTOS, RA. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

PRADO, ML. e GELBCKE, FL. **Fundamentos de enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

REINALDO, AM dos S. **Conhecendo o itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida do paciente psiquiátrico.** Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2003.

SCHIMIT, MD e LIMA, MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de saúde da família. **Cadernos de saúde pública** (Rio de Janeiro), n. 20, v. 6, p. 1487-1494, nov/dez, 2004.

SILVA, MG; SOUZA, S da S de; MEIRELES, BS. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos**. Texto e contexto enfermagem** (Florianópolis) n. 13, v. 1, p. 50-56, jan./mar. 2004.

SOUZA, AC e LOPES, MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista gaúcha de enfermagem** (Porto Alegre) n. 24, v. 1, p. 8-13, 2003.

TRAVASSOS, C e MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública** (Rio de Janeiro), n. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação, o positivismo, a fenomenologia e o racismo. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, EV. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, p. 221-235.

5.4. A opção e utilização de planos privados de saúde por profissionais de saúde atuantes com o paradigma da integralidade na atenção básica à saúde (UCS)

Ellen Regina Pedroso
Alcindo Antônio Ferla
Marta Vaccari Batista

1. Introdução

O sistema de saúde brasileiro, entre outros atributos, é caracterizado pela co-existência de um componente público, destinado à população de maneira geral, e um componente privado, destinado à parcela da população vinculada a planos e seguros privados de saúde e àquela com poder aquisitivo para adquirir diretamente dos prestadores as ações e serviços de que necessita. Os planos e seguros privados de saúde, que compõem o componente denominado Saúde Suplementar, e o componente público do sistema nacional de saúde, têm sido objeto de estudos em relação às inúmeras transversalidades entre ambos, quer se considere as trajetórias concretas de usuários ou mesmo a atuação dos profissionais de saúde (ACIOLE, 2006).

A Constituição brasileira, que registra o formato institucional em grande medida construído pelo movimento da reforma sanitária no país, fortalece a regulação estatal na saúde, reforça o componente público e, ao mesmo tempo, registra a prerrogativa da oferta de serviços pela iniciativa privada, que atualmente abrange aproximadamente 25% da população. Este cenário tem conseqüências sociais, políticas e assistenciais, inclusive no que se refere à configuração de imaginários na população e, em particular, nos trabalhadores que atuam no seu interior.

No que se refere à assistência ofertada à população, em particular no que diz respeito à qualidade do cuidado, a configuração do imaginário dos trabalhadores é um

marcador analítico relevante, uma vez que essas duas dimensões vêm sendo cada vez mais associadas, gerando trajetórias de usuários que combinam os dois componentes. Muitas vezes essas configurações que não se explicam pela disponibilidade objetiva de ações e serviços em uma ou outra das redes de atendimento, mas pela ação micropolítica dos trabalhadores.

A bibliografia que analisa o cuidado a partir da organização dos processos de trabalho no interior do sistema de saúde identifica um componente muito forte de trabalho criativo no cuidado em saúde, a ponto de caracterizá-lo como um *trabalho vivo em ato*, ou seja, fundamentalmente criativo e ordenado na relação entre os atores que coadjuvam na cena do cuidado (MERHY, 2002). Também registra evidências importantes de regulação das práticas assistenciais voltadas aos trabalhadores vinculados à Saúde Suplementar, de forma crescente, num processo caracterizado por Merhy (2002) como *reestruturação produtiva da saúde marcada pela lógica do capital*, com forte capacidade de interferir na aposta ético-política de integralidade, inserida entre as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito de um programa de pesquisas acerca de práticas de integralidade no interior de serviços, redes e sistemas de saúde que vem sendo desenvolvido pelo Núcleo de Educação e Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC) da Universidade de Caxias do Sul (UCS), em particular no recorte que busca estudar as interfaces entre o componente público do sistema nacional de saúde e a Saúde Suplementar, buscou-se identificar e analisar o imaginário de profissionais de enfermagem inseridos em serviços do sistema público de um município de grande porte na região serrana do Estado do Rio Grande do Sul. A aproximação com o imaginário com que operam os trabalhadores acerca de cada um dos componentes citados foi tomado como campo analítico na medida em que o conhecimento e as práticas dos mesmos constituem-se em eixo de composição da própria integralidade (PINHEIRO, FERLA e SILVA JR., 2004). O resultado da investigação, sumarizado neste artigo, compõem, parcialmente, o trabalho de conclusão do curso de enfermagem de um dos autores (PEDROSO, 2006).

Não é novidade a demanda dos próprios trabalhadores do sistema público de saúde pela cobertura por planos e seguros privados de saúde. Na verdade, como herança da assistência médico-sanitária prevista no sistema previdenciário prévio à institucionalização do SUS, a cobertura assistencial aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho era feita em grande medida por empresas privadas contratadas e, mais do que isso, o *status* das corporações beneficiadas era mantido pela decisão de, mediante complementação de pagamento, exercer a livre escolha dos serviços a serem acessados (BAHIA, 2005). Atualmente, a mídia, o discurso em defesa da atuação liberal de grande parte dos profissionais de saúde e os problemas concretos verificados cotidianamente no sistema público de saúde, entre outros, atualizam um imaginário na população como um todo de desvalia do SUS. E os trabalhadores do sistema público de saúde não fogem à influência desse imaginário, na medida em que a quase totalidade é incluída nos planos de assistência das instituições governamentais em que atua (ACIOLE, 2006).

A importância da análise com profundidade da escolha assistencial dos trabalhadores de saúde, que gerou a pesquisa já referida, é a compreensão com maior detalhe das motivações associadas ao próprio trabalho no sistema público de saúde, à sua construção cotidiana e à defesa ético-política de suas diretrizes e de seus princípios. Como está registrado nas atuais políticas nacionais de educação e de saúde, a problematização das relações entre o cuidado e o contexto do trabalho em saúde é dispositivo para as mudanças na formação de profissionais da área (CECCIM, 2005).

Como objetivo geral do estudo que será apresentado a seguir, buscou-se analisar a opinião de profissionais de enfermagem sobre a utilização de serviços do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar para o atendimento de suas demandas assistenciais. Como objetivos específicos do estudo, buscou-se identificar as razões pelas quais os trabalhadores do componente público do sistema de saúde buscam atendimento de suas demandas assistenciais por planos e seguros privados de saúde; caracterizar a percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao tipo de

atendimento prestado, tendo como foco três dos princípios norteadores do SUS (a integralidade, a equidade e a universalidade); investigar quais as situações do cotidiano que desvalorizam o SUS perante o usuário e quais os fatores desencadeadores destas situações; e identificar o papel da enfermeira na melhoria da realidade percebida pelos entrevistados.

Este artigo apresentará uma breve revisão dos principais aspectos históricos e sociais do sistema de saúde brasileiro relativo à relação entre os componentes "público" e o "privado", como fio contextualizador da análise e discussão dos achados, que é apresentada na seqüência. Por fim, são feitas algumas considerações derivadas da pesquisa.

2. O "público" e o "privado" na construção histórica e social do sistema de saúde no Brasil

A história das políticas de saúde no Brasil está fortemente marcada pela oferta de ações diferenciadas para os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e os demais brasileiros. Nos seus momentos iniciais, a Previdência Social teve natureza privada, pois foi controlada sem a interferência do poder público, organizada por empresas, e financiada por contribuições de empregadores e trabalhadores. Neste período o acesso a serviços de saúde era restrito, deixando sem cobertura uma parcela considerável da população (MERHY, 1994).

Por volta de 1920, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que tinham a conotação previdenciária e assistencial para trabalhadores vinculados a grandes categorias profissionais. Com o intuito de ampliar estes benefícios e ampliar a influência do Estado na configuração das políticas que implementavam, as antigas CAPs cederam lugar aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que abrangiam

agora categorias e não empresas. Em 1940 os gastos com ações médicas já eram mais volumosos que os gastos com Saúde Pública, caracterizando uma prática assistencial predominantemente curativa. Seguindo a mesma linha de cobertura em saúde, em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e, em 1977, o Instituto de Atenção Médica da Previdência Social (INAMPS). Nenhuma dessas estratégias organizativas afastou-se do modelo médico-assistencial privatista, melhorou substantivamente os indicadores de saúde e tampouco solucionou os principais problemas de saúde do País (MERHY, 1994).

Com o fim do Regime Militar a expressão forte dos movimentos sociais constituiu condições políticas para a democratização do país e a reorganização do sistema de saúde. Em 1986, a VIII Conferência Nacional da Saúde lançou as bases conceituais do processo de mudanças e, ao mesmo tempo, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Constituição brasileira de 1988 legitimou os princípios do Movimento de Reforma Sanitária, firmando um conceito ampliado de saúde, de direito universal à saúde e constituindo o SUS.

A saúde foi legitimada como um direito de cidadania, assumindo o status de bem público. Este sistema unificado prevê também que as instituições privadas participem de forma complementar de acordo com as diretrizes e princípios deste (C.F., art. 199) mediante convênios e contratos.

A Reforma Sanitária e o sancionamento das Leis Orgânicas da Saúde constituíram condições para a implantação do SUS, ocorrendo um nítido empenho na operacionalização deste, com o fortalecimento das competências reguladoras da esfera pública (BODSTEIN e SOUZA, 2003). Apesar da forte lógica de regulação estatal no conjunto das ações e serviços de saúde ofertados no país, na prática ocorreu um movimento paralelo de autonomia política da iniciativa privada em relação ao Estado, inclusive fomentada com recursos públicos, construindo uma imagem de modernização

tecnológica, autonomia profissional, eficiência e qualidade dos serviços, suficiente para construir legitimidade técnica e política no imaginário social (BAHIA, 2005).

Com a política de saúde nos anos 80, de concepção universalizante mas com baixos investimentos no setor, a sociedade experimentou um processo de migração de setores da classe média para os planos e seguros privados, que iniciaram um movimento de organização de redes de assistência (BODSTEIN e SOUZA, 2003). Seguiu-se, nos anos 90, um recuo na celebração de contratos entre o setor privado complementar e o público, com a alegação de baixa remuneração dos serviços contratados pelo SUS e a possibilidade de maior lucratividade no ramo dos planos e seguros de saúde (MALTA e JORGE, 2005).

O componente suplementar do sistema nacional de saúde é composto por empresas de autogestão, de medicina de grupo, de seguradoras e de cooperativas (MALTA, 2004). As autogestões constituem o segmento não comercial de planos e seguros, podendo atender aos grupos familiares dos trabalhadores que atuam nas empresas, associações, sindicatos ou entidades de classes que os mantém. As cooperativas de trabalho médico e cooperativas odontológicas, as empresas de medicina de grupo (incluindo as filantrópicas) e as seguradoras, fazem parte do segmento comercial do mercado da Saúde Suplementar.

Em levantamento realizado no ano de 1997, este setor movimentava cerca de US$ 14,8 milhões por ano, ou seja, 2,6 % do PIB (MALTA e JORGE, 2005). Outras características deste sistema de saúde podem ser descritas conforme quadro abaixo.

Quadro 1: Características da cobertura na Saúde Suplementar, Brasil, 1997.

Tipos de coberturas	Porcentagem da população
Áreas urbanas	29,2 %
Áreas rurais	5,8 %
Mulheres	25,7 %

Homens	23 %
Pessoas até 18 anos	20,7%
40 a 64 anos	29,5%
Homens acima de 65 anos	26,1 %
Mulheres acima de 65 anos	28,2 %
Pessoas que avaliam seu estado de saúde como bom ou muito bom	25,9%
Pessoas que avaliam seu estado de saúde como ruim ou muito ruim	14,5 %
Renda familiar inferior a 1 salário mínimo	2,6%
Renda familiar superior a 20 salários mínimos	76%

FONTE: Adaptado de Malta e Jorge, 2005.

Este quadro mostra um perfil de clientela extremamente seleto e restrito com maior poder aquisitivo, que descreve maior capacidade e autonomia de acesso a bens e serviços, inclusive a serviços médicos. O poder aquisitivo condiciona ainda a distribuição geográfica das operadoras de planos e seguros de saúde, pois 60,80% das mesmas se concentra na Região Sudeste e 17,26% no Sul, regiões marcadas pelo maior poder aquisitivo e presença de grandes empresas. A região Norte dispõe de 2,8% das operadoras (MALTA, 2004).

3. Componentes público e suplementar do sistema de saúde na opinião dos enfermeiros atuantes no SUS

Conforme já registrado anteriormente, a pesquisa empírica buscou analisar a forma como os profissionais da enfermagem caracterizam suas vivências e percepções relativas aos componentes público e suplementar do sistema de saúde. A pesquisa teve desenho qualitativo e caráter descritivo e exploratório. A amostra foi composta intencionalmente com treze profissionais de enfermagem atuantes nas instituições do Sistema Único de Saúde de Caxias do Sul/RS, nos três níveis de assistência, sendo

cinco enfermeiras da rede básica, duas enfermeiras do nível secundário e seis do nível terciário. As técnicas de coleta de dados foram pesquisa documental e entrevista semi-estruturada. Os dados coletados foram tratados por técnicas de análise de conteúdo e triangulação de fontes. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul.

A apresentação e a discussão dos resultados mais relevantes iniciarão com o perfil dos sujeitos da pesquisa e seguirá com a análise das opiniões sobre o SUS, sobre as preferências pelo componente público ou suplementar para suprir suas demandas e sobre o papel do profissional de enfermagem para a qualificação do cenário da saúde.

3.1 Perfil das enfermeiras participantes do estudo

A totalidade da amostra foi do sexo feminino. Em relação à faixa etária, oito das enfermeiras entrevistadas (61,54 %) têm entre 40 e 50 anos, uma (7.69%) está na faixa entre 30 e 40 anos e quatro (30.77%) tem entre 20 e 30 anos.

Quanto ao tempo de serviço, sete (53,85%) têm mais de 10 anos de experiência, quatro (30,77%) menos de 5 anos de experiência e duas (15,38%) relataram entre 5 a 10 anos de atuação no sistema de saúde. Todas as entrevistadas trabalham em serviços vinculados ao sistema público, oito delas (61,54%) trabalharam ou estão trabalhando concomitantemente no sistema privado e seis (46,15%) em instituições mistas. Este fato evidencia a ampla experiência no sistema de saúde, possibilitando uma opinião fundamentada dos dois componentes. Também descreve uma evidência já reconhecida nas análises sobre o trabalho em saúde, qual seja a multiplicidade de vínculos e inserções dos profissionais que atuam no setor.

Quando questionadas quanto às formas utilizadas para buscar atendimento em saúde as respostas são descritas abaixo.

Tabela 1: Distribuição segundo a caracterização do acesso à assistência em saúde

Tipo de Serviço	Freqüência	
	N	%
Vinculados ao SUS	0	0
Empresa de auto-gestão	5	38,46
Cooperativa médica	6	46,15
Ambas as modalidades	2	15,38
TOTAL	13	100

Fonte: Pedroso, 2006.

A análise dos dados da tabela coincide com informações relativas ao mercado da Saúde Suplementar, onde a maior parcela dos beneficiários está vinculada por meio de planos empresariais. Em particular, registra a realidade da oferta de cobertura por meio de planos e seguros privados de saúde pelas diversas instituições, inclusive os órgãos de gestão do SUS. A totalidade dos sujeitos é vinculada ao plano oferecido pela empresa, seja pela auto-gestão, no caso dos trabalhadores da administração pública municipal, ou à cooperativa médica, no caso do vínculo também a serviços privados de saúde. No caso das que mantém dois planos de saúde, observou-se que um é contratado diretamente, para cobertura de si e dos familiares.

Quanto à cobertura de familiares, as respondentes afirmaram manter como dependentes no plano de saúde os filhos e maridos, quando permitido. Diante do fato de não poder incluir seu companheiro no plano da empresa de autogestão, uma das participantes do estudo afirmou que o mesmo era usuário exclusivo do SUS. Outras pagam plano particular para os familiares, que se constitui numa informação relevante, uma vez que a amostra é composta por profissionais que atuam no sistema público de saúde. O SUS aparece no cenário quando o beneficiário não é contemplado com a cobertura do plano ou quando necessita de co-participação.

3.2 Opinião sobre princípios do SUS

Conforme se registrou anteriormente, a legislação prevê que um conjunto de princípios do SUS deve nortear as ações em saúde no componente público do sistema de saúde. Entre eles, foram destacados três para a pesquisa: universalidade, equidade e integralidade. Esses princípios foram tomados como marcadores do ideário técnico-político do SUS para a análise que se pretendeu fazer nesta pesquisa. Inquiriu-se às enfermeiras sobre a avaliação quanto à aplicação prática desses princípios no cotidiano dos serviços.

Tabela 2: Avaliação dos sujeitos quanto à aplicação dos princípios do SUS

PRINCÍPIO	TEM APLICAÇÃO		NÃO TEM APLICAÇÃO		TOTAL
	Freqüência	Percentual	Freqüência	Percentual	
Integralidade	10	76,92	3	23,08	13
Equidade	8	61,54	5	38,46	13
Universalidade	11	84,62	2	15,38	13

Fonte: Pedroso, 2006.

A tabela traz dados interessantes sobre a avaliação dos enfermeiros em relação à inserção dos princípios do SUS no cotidiano de trabalho. A primeira constatação é que a maior parte dos sujeitos avalia que os três princípios podem ser verificados no cotidiano dos serviços, ou seja, que vêm sendo aplicados efetivamente. A grande maioria, onze entrevistadas (84,62%), afirma que a universalidade é aplicada na prática, já 15,38%, ou seja, duas enfermeiras afirmam que este princípio está "só no papel". 76,92% acreditam que a integralidade faz parte da realidade do SUS e 23,08% afirmam o contrário. Dos três princípios pesquisados, o que apresentou um percentual mais elevado de respostas negativas foi o principio da equidade.

Estas afirmações remetem às conclusões de pesquisa prospectiva realizada sob encomenda pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS,

2003). Quanto à equidade, a pesquisa enfatiza que este princípio ainda está distante de sua plena efetivação. Ressalta ainda que a causa da iniquidade é intersetorial, com desigualdades de renda, trabalho, segurança, alimentação, entre outros. Esta iniquidade social acaba legitimando o papel da Saúde Suplementar no imaginário social.

Aprofundando a análise qualitativa das opiniões dos sujeitos da pesquisa, surgem aspectos que merecem consideração. O primeiro deles é o fato de que os princípios do SUS estão positivamente relacionados às práticas cotidianas nos serviços para a maioria dos sujeitos.

Essa situação é justificada pelos participantes da pesquisa por duas vertentes distintas de respostas: como resultado das disposições legais e como postura ético-política dos trabalhadores, anterior e coincidente com as disposições legais. Essa dupla explicação, muitas vezes descrevendo a opinião de um mesmo sujeito, permite supor diferentes concepções para a organização dos processos de trabalho em saúde, para o protagonismo dos diferentes atores que compõem o cenário do cuidado e, em uma análise mais ampliada, dos sentidos atribuídos à saúde. Reconhecer que a legislação produz efeitos na organização das práticas cotidianas no interior do sistema de saúde parece demonstrar uma avaliação de que esta teve capacidade reguladora, ou seja, que a organização do trabalho submeteu-se ao estímulo normativo. O sistema de saúde como organização parece destacar-se quando essa explicação toma destaque. Por outro lado, acentuar que as práticas de cuidado e de gestão têm um sentido coincidente mas não derivado das disposições legais poderia demonstrar certa idealização do próprio trabalho ou o reconhecimento de grande capacidade de protagonismo nos sujeitos que atuam nesse cenário, aproximando-o do conceito de arena de co-adjuvância de interesses.

Mais do que analisar representações ou produzir um recorte genealógico do trabalho em saúde, é preciso lembrar que essa questão compõe o conjunto de estratégias

metodológicas para compreender a utilização da Saúde Suplementar pelos profissionais de saúde que atuam no SUS.

No contexto dessa interrogação, o registro de um fragmento de resposta parece ilustrar uma compreensão relevante. Segundo uma das enfermeiras, a legislação gerou efeito instituinte no cenário da saúde: “nossa população está mais esclarecida dos seus direitos. Então tem reivindicações. A população está ficando mais exigente e isto é um fator que leva ao bom atendimento” (E4).

Assim, parece surgir a evidência de que há uma mudança sendo percebida, em parte produzida pelas disposições legais e em parte pela complexa trama de relações que caracterizam a dimensão micropolítica do trabalho na saúde. Essa evidência é fortalecida pela identificação de limites que precisam ser superados para a efetivação dos princípios do SUS.

As enfermeiras participantes elencaram vários limites desafiadores das práticas que pretendem responder aos princípios do SUS. Estes limites atenuam a implementação das disposições constitucionais, interferindo significativa mente no fazer cotidiano. Muitas vezes eles fogem do controle dos atores, dependem de decisões políticas, sociais ou culturais, configurando um quadro complexo e de difícil intervenção, mas que não impedem totalmente a aplicação dos princípios.

Os limites identificados pelos sujeitos da pesquisa são: demanda elevada em relação à oferta, falta de materiais, equipe multidisciplinar não coesa nos esforços para legitimar os princípios, desgaste do profissional no dia-a-dia e normatizações excessivas. Como se pode verificar, trata-se, ao mesmo tempo, de limites no âmbito macro (das políticas governamentais, dos contextos em que os serviços estão inseridos) e de questões relativas aos processos cotidianos de trabalho, onde os trabalhadores têm maior governabilidade.

Dependendo da intensidade com que tais limites se apresentam e da postura do profissional , podem ser decisivos para a não implementação dos princípios do SUS, na avaliação das enfermeiras. Pois as práticas dos profissionais podem promover o descolamento desses princípios do cotidiano dos serviços. A comunicação deficiente entre a equipe, com índices baixos de interação entre os atores, e as diferenças de atuação, foram fatores caracterizados como importantes. As respondentes afirmaram que a equipe de enfermagem não diferencia o paciente em função da condição de usuário ou não de planos e seguros, mas que outras categorias profissionais diferem qualitativamente no atendimento, em particular os médicos.

Limitações quanto ao sistema e à política foram largamente citadas pelas entrevistadas, que argumentaram sobre a existência de privilégios de acesso definidas como "brechas" no sistema, sendo que são as pessoas que mais necessitam aquelas que menos têm a prerrogativa de utilizar-se delas.

Esta avaliação encontra respaldo na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do IBGE, que apontou problemas em relação ao acesso à consultas médicas e odontológicas, pois este acesso é proporcional à renda, sendo maior nas áreas urbanas (MALTA, 2004). Segundo Malta (2004), esta pesquisa traz ainda a confirmação de que cerca de um quinto da população nunca foi ao dentista e este percentual cresce para 32% entre os residentes da área rural e por fim, 5 milhões de pessoas referiram ter necessitado, mas não procuraram um serviço de saúde, justificando esta atitude com a falta de recurso financeiro.

No mercado do setor privado o perfil dos consumidores está condicionado a suas formas de inserção no mercado de trabalho, que passa pela adesão voluntária, caráter compulsório de participação, prática de co-pagamento, sendo a grande maioria de planos empresariais. O acesso é de quem pode pagar conferindo seletividade à demanda assistida diante do sistema universal.

Segundo as participantes da pesquisa, outros problemas também limitam a implementação dos princípios analisados, interferindo negativamente nos processos cotidianos de trabalho, entre os quais: a insuficiência de investimentos em ações de promoção e proteção da saúde; a insuficiência na formação dos profissionais, que têm desenvolvidas habilidades e competências ainda muito subordinadas ao modelo médico hegemônico; limitações na disponibilidade de insumos e equipamentos; e fluxos assistenciais inadequados para a utilização da rede de serviços. Aqui interessa particularmente destacar que a lógica centrada em procedimentos biomédicos, curativa e focada nos aspectos biológicos das doenças, como características do modelo tecnoassistencial vigente, são apontadas como limite à plena implementação do SUS.

Analisar a avaliação sobre o SUS, utilizando-se os três princípios legais como marcadores, buscou construir evidências para compreender como se constroem as preferências nos profissionais que atuam no sistema público de saúde. Na seqüência, serão analisadas as respostas relativas à utilização dos componentes público e privado do sistema de saúde e à motivação para isso referida pelas entrevistadas.

3.3 Preferências pelo uso dos componentes público e suplementar

Diante do cenário construído a partir da opinião sobre o SUS, as enfermeiras foram inquiridas sobre quais suas preferências quanto ao tipo de assistência quando necessitam de atendimento de saúde para si e para seus familiares. As respostas foram organizadas na tabela a seguir.

Tabela 3: Tipo assistência preferida por profissionais da enfermagem

TIPO DE ASSISTÊNCIA	Freqüência	
	N°	%

Somente SUS	0	0,00
Prioritariamente SUS	0	0,00
Somente privado	4	30.77
Prioritariamente privado	5	38.46
Igualmente SUS e privado	4	30.77
TOTAL	13	100

Fonte: Pedroso, 2006.

Pesquisas demonstram que a grande maioria da população utiliza o sistema público e o privado concomitantemente, sendo que aproximadamente 16% dela afirmam nunca utilizar o SUS para a assistência à saúde (SANTOS, 2004). No presente estudo este percentual é maior, alcançando 30,77% das respostas, o que precisa ser tomado com reservas por decorrência de limites explicativos a esse respeito do desenho da pesquisa.

A pesquisa "A saúde na opinião dos brasileiros" (CONASS, 2003) traz resultados semelhantes aos descritos acima. Essa pesquisa analisou a opinião sobre a qualidade percebida dos serviços ofertados em associação com o uso efetivo dos serviços públicos. Constatou-se que a avaliação sobre o SUS é maior entre as pessoas que efetivamente utilizam os serviços, mas que ainda há um grande volume de cidadãos que desconhecem o sistema. É provável que o desconhecimento esteja associado à maior facilidade individual de ser influenciado por avaliações de terceiros, pela mídia etc.. De toda forma, os maiores índices de aprovação do SUS estão entre a população com menor poder aquisitivo, menor escolaridade e entre as faixas que se apresentam como "usuários exclusivos do SUS" e "usuário do SUS não exclusivo".

Na pesquisa cujos dados são analisados aqui, trata-se de uma amostra de sujeitos que efetivamente conhecem os componentes público e privado do sistema de saúde e, mais do que isso, que os constroem no cotidiano. Como se verificou pelas informações analisadas até aqui, também há uma avaliação positiva acerca do SUS. Embora sem

recortes de renda, escolaridade e poder aquisitivo para ampliar a comparação, a amostra parece compartilhar, ao menos parcialmente, o imaginário social. Ou seja, supõe-se que haja uma atuação cotidiana no sentido de afirmar o imaginário da sociedade em geral, mais do que a sua superação. De toda forma, a análise das razões informadas para essa preferência, apresentada a seguir, auxilia na melhor compreensão dessa hipótese. Também sobre a opinião acerca do papel dos profissionais da enfermagem no cenário da saúde, como se verá posteriormente

3.3.1. Razões informadas para a utilização do SUS

Os dados da Tabela 3 demonstram que a maioria das enfermeiras entrevistadas acessa seletivamente o SUS, que não é utilizado de forma preferencial por nenhum entrevistado. Buscou-se caracterizar os motivos informados para essa escolha.

Entre as principais razões apresentadas pelas entrevistadas estão algumas de ordem financeira (inexistência de custos complementares), da regulação de fluxos assistenciais (maior facilidade de acesso a procedimentos prescritos de maior custo e maior facilidade de acesso em geral no SUS *vs* mecanismos considerados injustos na limitação de acesso a procedimentos e serviços de maior custo na Saúde Suplementar) e tensões vivenciadas entre os prestadores e as operadoras de planos e seguros privados de saúde. Sobre os procedimentos prescritos nos atendimentos, as entrevistadas informaram que as dificuldades de autorização da operadora, negativas na autorização ou da necessidade de co-participação no custeio dos mesmos, são motivos freqüentes de buscar o acesso pelo sistema público.

Sabe-se que há restrições para o acesso em serviços públicos de saúde, entretanto, ao que parecem indicar as respostas, essas limitações – na maioria das vezes produzidas por desequilíbrios na relação entre a oferta e a demanda – não têm tanta capacidade de mobilizar a opinião quanto os mecanismos regulatórios dos planos e

seguros privados de saúde, em particular o co-pagamento. Mais uma vez é preciso destacar que se trata da opinião de profissionais de enfermagem vinculadas ao sistema público. Estudos sobre o acesso à Saúde Suplementar têm demonstrado a implementação progressiva de mecanismos de limitação do consumo (Brasil, 2005).

Em suma, constituem-se em motivos para a utilização do SUS por parte dos os profissionais o acesso facilitado, a amplitude desse acesso, bem como de gratuidade e resolutividade do atendimento ofertado. Outro fator alegado é a comodidade de estar inserido no sistema e usufruir seus benefícios, sem correr o risco de enfrentar os limites existentes para os demais usuários, pois estes são minimizados pela localização do profissional no centro do processo, em contato direto com todos os recursos disponíveis na rede. Aqui chama a atenção a utilização de tecnologias de gestão do cuidado embasadas nas relações entre os atores, chamadas por Merhy (2002) de tecnologias leves. Tais tecnologias são apontadas como fortemente capazes de induzir à humanização da atenção à saúde. No contexto deste estudo, parecem evidenciar também uma utilização privada, no interesse dos próprios trabalhadores.

3.3.2. Razões para a utilização de planos e seguros de saúde.

Uma parcela significativa das profissionais entrevistadas informou preferir a assistência oferecida por meio de planos e seguros privados de saúde. Os argumentos oferecidos à pesquisa foram categorizados, conforme se segue:

- Status social:

Em alguns depoimentos, a preferência pela assistência ofertada por meio de planos e seguros privados de saúde está claramente associada ao *status* conferido por esse tipo de serviço, como a seguir:

> *Por eu ter, por eu pagar e por saber que outras pessoas precisam do SUS, até porque este serviço é para pessoas que não podem pagar. (E10)*

> *Nós vivemos numa cultura em que o SUS é sinônimo de pobre e ao mesmo tempo como pobre também é sinônimo de não cidadania, ou distanciamento da cidadania também sugere que não tenha um bom atendimento. Então se SUS é igual a pobre, o atendimento de pobre é desqualificado e há esta cultura também no meio profissional. Se tiver que ser atendido, que seja no privado. (E12)*

Podemos observar nestas falas uma relação do SUS com pobreza e falta de recursos. Ele não foi relacionado à qualidade de vida e diante deste fato é de se questionar se o papel social do SUS está sendo desempenhado. Dentro desta paisagem, surgem varias reflexões e questionamentos, entre eles a pergunta: que tipo de assistência está sendo prestada? Quais as conseqüências, na prática dos profissionais, dessa concepção de que o sistema é voltado ao atendimento de pobres? Além de fortalecer o estigma que circula pelo senso comum, essa concepção afetará a qualidade da atenção oferecida pelos trabalhadores?

- **Conforto para a realização de alguns procedimentos:**

Este fato foi bastante citado como sendo de relevância no momento da escolha do tipo de assistência. Aspectos como a internação em leito privativo e outras questões

de hotelaria são significativos para elas. O fato de não ter que esperar por leito e a rapidez no atendimento, por exemplo, é algo desejável. Por outro lado, a Saúde Suplementar não está isenta de falta de leitos e muitas vezes as pessoas têm que esperar leito no pronto-atendimento, em enfermarias ou aguardar pela autorização da operadora, no que se constitui em mecanismo de regulação documentado na literatura (CECÍLIO, ACIOLE, MENESES e IRIART, 2005a).

Entretanto, a vinculação entre as idéias de conforto e atenção à saúde parece, de um lado, ampliar o sentido do cuidado e, por outro, quando associada a padrões de *status*, conter um vetor de elitização que, provavelmente, esteja associado à percepção de déficits de eqüidade no serviço público, como apontado em respostas anteriores.

- **Vinculação com o profissional:**

Este aspecto, de extrema relevância para o alcance de uma assistência de qualidade, foi citado como característica desejável na Saúde Suplementar. O fato de se ter um atendimento diferenciado no consultório, em instituições privadas em geral, e o fato de se estabelecer uma relação de mercado, de fornecedor *versus* consumidor (relação imbuída de direitos), fazem com que este padrão de atendimento seja compreensivelmente desejável, em detrimento das relações de poder e de anonimato estabelecidas em alguns serviços públicos. Aqui, é importante ressaltar, trata-se em grande medida de um atributo relativo às relações e às práticas cotidianas nos serviços.

Os campos das relações, das práticas cotidianas e dos processos de trabalho são considerados grandes desafios para o desenvolvimento dos sistemas de atenção à saúde (MERHY, 2002). A desumanização dos serviços em relação à clientela, a falta de compromisso dos trabalhadores da saúde com o sofrimento dos usuários, a baixa capacidade resolutiva, as desigualdades no atendimento em função do poder aquisitivo são algumas conseqüências do modelo vigente (MERHY, 1997).

3.3.3. Uso concomitante dos sistemas público e privado.

Na busca pela qualidade na assistência, as pessoas em geral criam caminhos e desafiam a ordem esperada pelos gestores, na medida em que buscam suprir suas necessidades através de verdadeiras dobras do sistema, aceitando ou rejeitando normas e regras em função da praticidade e acessibilidade. Para diversos entrevistados, o uso concomitante dos dois componentes é prática cotidiana. Há uma combinação, evidenciada pela trajetória em cada situação de procura, que responde aos interesses e às necessidades percebidas pelo usuário no momento em que busca satisfação de suas necessidades.

Uma complementação dos componentes público e privado para o próprio atendimento é fato visível na fala das entrevistadas, pois onde o SUS é de difícil acesso, usa-se a Saúde Suplementar, e onde o pagamento é um fator determinante, busca-se o SUS. Há uma trajetória que responde às necessidades, mas há também um visível descompromisso com o sistema: a relação que se estabelece é de consumo e, por meio dela, consome-se o que está mais próximo. Uma concepção de saúde restrita ao consumo de procedimentos parece constituir-se no cotidiano. Novamente a pergunta que precisa ser colocada é: como interfere no cotidiano do cuidado essa concepção dos trabalhadores que reedifica o senso comum de que a saúde é o consumo de procedimentos para o tratamento de sintomas e doenças? A análise das respostas acerca do papel que cabe ao profissional de enfermagem nesse contexto ajuda a elucidar um pouco mais esse imaginário.

4. Papel do enfermeiro

No contexto das vivências com relação aos componentes público e privado, a pesquisa buscou também identificar as idéias dos sujeitos da pesquisa relativas ao papel da enfermagem no cotidiano do sistema de saúde. As principais categorias analíticas encontradas estão listadas e analisadas a seguir.

- **Gerenciar o cuidado:**

Para os entrevistados, o gerenciamento do cuidado não é a mera administração de recursos assistenciais e de infra-estrutura da saúde, mas sim a criação de mecanismos para que ela aconteça, como evento multideterminado. Gerenciar o cuidado é chamar para si a responsabilidade pelo bem estar do outro. Esse é um conteúdo expressivo na fala dos profissionais entrevistados.

Fazer gestão do cuidado significa

> *reconhecer, adscrever/direcionar, acompanhar, monitorar determinados grupos de pacientes, por meio de um trabalho necessariamente multiprofissional, vinculante, com forte ênfase na construção da autonomia dos pacientes e na adoção de medidas de promoção da saúde. (CECÍLIO, ACIOLE, MENESES e IRIART, 2005b, p. 88).*

Para os sujeitos da pesquisa, a construção da autonomia do usuário se faz com educação em saúde e troca de saberes, excluindo-se o exercício do poder por parte de quem detém o conhecimento técnico. Por sua vez, educação em saúde não é apenas relativa a hábitos e comportamentos individuais, mas o reconhecimento de que o "território" do sistema de saúde opera com códigos próprios, que podem gerar dependência. Estes códigos nem sempre estão disponíveis e sob controle dos sujeitos no seu cotidiano.

Como se pode verificar, a análise das entrevistas permite rechear a categoria de gestão do cuidado de um conjunto de expressões que lhe atribuem um sentido bastante forte, compatível com as discussões mais recentes obtidas na bibliografia: gestão do cuidado não somente como o gerenciamento do projeto terapêutico individual, que deve conter o conjunto de ofertas disponíveis, mas também a responsabilidade ética e política de construir novos padrões de possibilidades para qualificar o andar da vida (PINHEIRO, FERLA e SILVA JR, 2004).

- **Gerenciar custos:**

Este conceito, encontrado nas entrevistas, tem sido utilizado para descrever uma mudança no processo tecnológico dentro dos planos e seguros de saúde, buscando a oferta de ações com custos mais baixos para as operadoras. No componente público do sistema de saúde o gerenciamento de custos também é uma idéia relevante, embora normalmente ocupe a fala dos gestores e administradores.

Na interpretação do conteúdo das entrevistas, o tema dos custos ora é vinculado predominantemente aos profissionais, ora aos gestores. Parece estar colocada uma contradição que precisa ser analisada: a atuação centrada na redução de custos coloca a saúde no âmbito dos processos de mercado e a atuação em que o problema do custo pertence somente ao gestor do sistema e/ou às políticas oficiais gera uma atuação descomprometida com o contexto em que se insere. Entretanto, na dicotomia entre o interesse privado e o interesse público, parece surgir uma idéia que constrói um novo patamar de responsabilidade e protagonismo para o enfermeiro na atuação no sistema de saúde, como se verá a seguir.

Uma das participantes citou o fato de que o enfermeiro precisa gerenciar custos em Saúde Pública, pois a gratuidade para o paciente não quer dizer ausência de custos despendidos dos cofres públicos que, em última análise, são supridos pelas

contribuições do próprio usuário. Ela compara a atuação do enfermeiro dentro do SUS com a atuação no setor privado.

> *(...) tu podes trabalhar como enfermeiro tão bem como na instituição privada. Ele pode dar a contribuição de que o SUS também tem regras. Não é porque é SUS que eu vou gastar de qualquer forma, que eu também tenho que trabalhar custos, saber de onde vem o dinheiro. (E10)*

Na Saúde Suplementar existe a concepção de que a melhor forma de gerenciar custos é a limitação no acesso, que vem sendo complementada com mecanismos de gestão da oferta, inclusive com a ampliação das ações de promoção e prevenção (CECÍLIO, ACIOLE, MENESES e IRIART, 2005b).

Um novo patamar de responsabilidade ética e política, apontado como desafio para a atuação dos profissionais no sistema de saúde parece emergir por entre as falas dos entrevistados. Esse novo patamar fortalece o protagonismo político do profissional no sistema e parece desfragmentar a atuação do mesmo. O que parece contido na fala dos profissionais é a constatação feita por Merhy (2002) de que gestão e cuidado são núcleos de competência fundamentais e intrinsecamente imbricados no cotidiano dos serviços.

- **Gerenciar o trabalho na equipe de saúde:**

No conteúdo das entrevistas também emergiu o desafio de gerir de forma adequada o funcionamento da equipe, para além dos limites das categorias profissionais. Uma das entrevistas destacou, inclusive, a necessidade de inaugurar comportamentos no cotidiano dos serviços, com a enfermeira atuando em ações de

cuidado centradas no usuário e embasadas na integralidade, de tal forma que outros profissionais fiquem sensibilizados.

Como se vê, a gestão de equipes fica referida à gestão de processos de trabalho para a integralidade do cuidado. Assim colocado, o desafio envolve a gestão do ensino na equipe, com base nas políticas e práticas de educação permanente em saúde, que procuram vincular o cotidiano do trabalho ao ensino no cotidiano dos serviços, e na inserção do trabalho cotidiano em iniciativas de formação de profissionais, que busquem formá-los com base nas necessidades e realidade do sistema. Envolve a gestão participativa das equipes e serviços, para gerar implicação crescente dos profissionais que compõem as equipes. Enfim, o conteúdo relativo à gestão dos processos de trabalho obtém, nas entrevistas analisadas, uma porosidade muito maior do que a abordagem tradicional de "recursos humanos em saúde", ainda hoje freqüentes na formação dos enfermeiros. A gestão do trabalho, com a finalidade de gerar uma atuação em equipe voltada para a atenção à saúde do usuário, aparece definida como uma competência fundamental para esse profissional.

5. *Mix*, desejos e implicações: reflexões para as práticas de atenção, de gestão e de ensino

De acordo com as evidências registradas na pesquisa empírica, os hibridismos entre os componentes público e privado do sistema de saúde, presentes nas análises sobre as políticas de saúde e as trajetórias assistenciais da população, são verdadeiros também no imaginário dos profissionais. Na análise dos dados da pesquisa relatada, fica destacado que, para além de motivações relativas à lógica de organização da prática profissional - quando a Saúde Suplementar permitiria, particularmente à medicina, uma atuação mais compatível com o ideário de uma profissão liberal (BAHIA, 2005; ACIOLE, 2006) - há também uma dimensão prática, mais associada ao interesse de

satisfação das necessidades assistenciais próprias dos profissionais. Essa dimensão, classificada como descritores das antinomias entre os componentes do sistema de saúde (ACIOLE, 2006), destaca a associação íntima entre a gestão e o cuidado, uma vez que o trabalho em saúde é caracteristicamente um trabalho vivo embasado em relações entre os atores que coadjuvam na cena do cuidado (MERHY, 2002).

De certa forma, essa associação com os conceitos já sistematizados na literatura confirma a aproximação da pesquisa empírica com o imaginário dos trabalhadores, conforme seu objetivo inicial. Nesse sentido, é possível afirmar que as opiniões expressas pelos trabalhadores mantêm uma dissociação importante entre os dois componentes do sistema de saúde: o componente público, no qual os sujeitos desempenham seu trabalho, tem reconhecido um processo de mudanças que se move com a direcionalidade indicada na legislação; e o componente privado, no qual os sujeitos buscam o atendimento de parte de suas necessidades de saúde, tem reconhecido um status formal que não está associado à avaliação acerca da qualidade técnica das práticas que são oferecidas no seu interior. Para fazer a síntese entre essa dissociação, os sujeitos associam o possível e o desejável em cada um deles.

Em relação ao SUS, ocorreram várias referências à demanda elevada e à própria organização dos processos de trabalho no cuidado e na gestão. Os profissionais utilizam o SUS, em situações específicas, e mantêm planos e seguros de saúde, não somente aqueles que o empregador oferece, mas também outros que atendam de forma considerada mais adequada a suas necessidades. Há um componente de mobilização em direção à Saúde Suplementar, maior do que simplesmente o uso da alternativa ofertada, em última análise, pelo gestor do SUS e dos serviços complementares onde atuam profissionalmente.

É relevante destacar a análise que as enfermeiras fazem dos dois componentes do sistema de saúde. Na Saúde Suplementar, destacam a vinculação ao profissional responsável pelo seu cuidado e o conforto das instalações em caso de internação, mas

enfatizam a ausência de eqüidade, integralidade e universalidade. O SUS tem o estigma de atender em condições desfavoráveis e a população que não tem outra alternativa. Parece evidente que os sujeitos percebem um longo caminho na operacionalização do SUS, na valorização do seu usuário e na qualificação das condições de trabalho. Também parece evidente que há uma postura expectante.

O grande desafio para a enfermagem é sair da postura cômoda de expectador, observador e fazedor de tarefas e partir para uma postura dialógica e reflexiva, questionando o fazer e exercendo protagonismo no seu cotidiano. Uma das entrevistadas faz uma reflexão e uma crítica muito interessantes sobre a atuação deste profissional no campo da Saúde Pública:

> *O enfermeiro exerce um poder muito grande. Está envolvido com muitas instâncias. O enfermeiro permeia muitos espaços. O que é lamentável é o baixo grau de reflexão de nossos colegas. Na verdade o enfermeiro tem uma capacidade muito grande e um espaço muito bom, mas operacionaliza muito mal com o conhecimento, com a autonomia. É um profissional que tem que buscar a politização, que tem que ir para os debates. (E12)*

Esse depoimento enuncia o que parece permear um volume considerável de ceticismo na avaliação dos profissionais acerca do contexto em que estão incluídos, em alguma medida derivado da própria subjetivação corporativa. Como apareceu intensamente neste estudo o enfermeiro tem legitimidade e conhecimento das políticas públicas, está inserido amplamente no sistema de saúde, tanto como operador, quanto como usuário e tem a possibilidade de assumir um papel político na equipe de saúde. Uma atuação com alto protagonismo, que não se aliena no seu fazer cotidiano e tem capacidade e desejo de produzir mudanças no contexto percebido como adverso, assim como verbalizado pelos participantes, põe em destaque a produção criativa que torna a atuação na saúde um trabalho vivo em ato, como fala Merhy (2002).

Mais do que questionar a escolha do componente no qual busca a satisfação de suas necessidades, o estudo buscou identificar como constrói sua escolha, entendendo-a como prática política, assim como o é a prática do cuidado. Os contornos do imaginário dos trabalhadores acerca do "público" e do "privado" ficaram evidenciados, mas também subsídios para identificar uma considerável omissão das instituições que compõem a rede de formação dos profissionais: a universidade, os docentes, os serviços e profissionais do sistema de saúde e, em boa medida, os próprios estudantes. A postura de contemplação resignada, de descolamento entre o desejo e de atuação e de extasiamento diante da técnica e da adversidade cotidiana, que não estão somente na "linha de frente" do cuidado, mas também na gestão – operada pelos mesmos profissionais -, afinal, não aparece magicamente no momento da diplomação.

Entretanto, é preciso destacar que o efeito percebido da pesquisa, de abertura dos profissionais para a reflexão sobre suas práticas, parece colocar para a gestão e para o ensino, um desafio que ultrapassa a antinomia. Há percepção das tensões no cotidiano e disposição para ocupar-se delas como dispositivos analisadores de suas práticas por parte dos profissionais. Parece que as diferentes interconexões entre o "público" e o "privado" - não apenas considerados como identificação dos componentes do sistema de saúde mas, também, como marcadores da atuação no cotidiano dos serviços – pedem passagem como analisadores do cotidiano nas equipes e nos processos de trabalho. A pergunta que a pesquisa não respondeu completamente é relativa ao quanto da explicação dessas tensões e paradoxos cotidianos ser transformadas em dispositivos para a gestão dos processos de trabalho está relacionado a uma espécie de apropriação privada e/ou seqüestro de potência para a preservação do instituído.

Referências

ACIOLE, G.G.. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindmed, 2006.

BAHIA, L.. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Em: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

BODSTEIN, R., SOUZA, R.G. Relação Público e Privado no Setor de Saúde: tendências e perspectivas na década de 90. In: GODBERG, P.,MARSIGLIA, R.M.G., GOMES, M.H.A. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos de abordagem em ciências sociais e da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, P.289-309

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 5 de dezembro de 1988. Brasília, 1988 § 1º do Art 199.

BRASIL. **LEI Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a

BRASIL. **LEI Nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: 2005.

CECCIM, R.B.. Onde se lê "Recursos Humanos em Saúde", leia-se "Coletivos Organizados de Produção em Saúde": desafios para a educação. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. P. 161 – 180.

CECILIO, L.C.O., ACIOLE, G.G., MENESES, C.S., IRIART,C.B. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação, In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: 2005a, p.63-73

CECILIO, L.C.O., ACIOLE, G.G., MENESES, C.S., IRIART,C.B. A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas, In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: 2005b, p75-140

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**: um estudo prospectivo. Brasília: CONASS, 2003.

MALTA D.C., JORGE, A.O., Breve caracterização da saúde suplementar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: 2005. p.37-59

MALTA, D.C. Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar: o desafio para a construção de práticas cuidadoras. In: MONTONE, J., CASTRO, A. J.W. (org).; **Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003**/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p.7-51

MERHY, E.E.. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Brasil pós-64: Financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: **Planejamento Sem Normas**, 2 ed, São Paulo: editora Hucitec, 1994, p.61-112

MERHY, E.E.. **O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo).** In: FLEURY, S. (org). Saúde e Democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

NOGUEIRA- MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. In: **Saúde e Sociedade**, V 13, n 3, p.44-57, set-dez 2004.

PEDROSO, E.R**. O público e o privado no cotidiano dos serviços de saúde: percepção dos profissionais de enfermagem no sistema municipal de Caxias do Sul.** 2006. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) - Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, 2006. Orientador: Alcindo Antônio Ferla.

PINHEIRO, R., FERLA, A.A., SILVA Jr., A. G. A integralidade da atenção à saúde da população. In: MARINS J. J. N., REGO S., LAMPERT J. B., ARAÚJO J. G. C. (org.). **Educação médica em transformação - instrumentos para a construção de novas realidades.** 1 ed. São Paulo: Hucutec/ABEM, 2004, p. 269-284

SANTOS, D.C. O setor de Planos e Seguros de Saúde e a Saúde do Trabalhador: que rumo devemos seguir? In: MONTONE, J., CASTRO, A. J.W. (org).; **Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003**/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 277-315

SCAFF, A. **Qual é a doutrina do SUS**? Disponível em <www.consaude.com.br/sus/indice>, acesso em setembro de 2005.

5.5. Formação de trabalhadores para o SUS: da realidade aos desafios da mudança na graduação (Uergs)

Mariana Bertol Leal
Ricardo Burg Ceccim

Introdução

Nas décadas de 1970 e 1980, movimentos em defesa do direito à saúde surgiram e fortaleceram-se junto à sociedade brasileira, constituindo e consolidando o chamado Movimento da Reforma Sanitária. As ações e conquistas desse movimento, bem representadas pelo processo da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Constituição Federal em 1988. Desde então, surgiram muitos desafios para a institucionalização dessa nova lógica de atenção à saúde, onde a saúde não é meramente um instrumento da vida, mas, sim, um direito de todo o cidadão brasileiro (NORONHA, 2002b).

Entre os atores que defendem a Reforma Sanitária Brasileira, é consenso que muitos dos problemas e desafios encontrados ao longo do percurso de implantação e consolidação do SUS são fruto dos processos de trabalho estabelecidos. A gestão do trabalho em saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores da área são temas que têm fomentado diversos estudos, justamente pela sua complexidade. Nessa lógica, a educação dos profissionais de saúde[1] é um dos enfoques de maior relevância, já que o

[1] Considera-se na educação dos profissionais de saúde, os cursos de biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social, conforme Resolução 287/98, do Conselho Nacional de Saúde, mais os cursos de administração hospitalar e em saúde coletiva (administração de sistemas e serviços de saúde), conforme projeto de estágios no sistema de saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e, ainda, o curso de agronomia, conforme a ampliação do conceito de saúde (ver CECCIM e CARVALHO, 2006).

modelo de atenção proposto pelo SUS torna necessário repensar a questão dos "recursos humanos" e sua formação no processo de ensino-pesquisa-extensão (BRASIL, 2003).

Para o Ministério da Saúde:

> o despreparo do profissional recém formado para atuar na complexidade do sistema, compreender a sua gestão e compreender a ação de controle social sobre o setor é uma constatação freqüente. A esta constatação se alia outra: a de que a formação em saúde reproduz uma visão mais centrada nas técnicas biomédicas, voltadas, cada vez mais, à especialização das práticas do que nos valores da saúde coletiva. As aprendizagens relativas ao acolhimento dos usuários e à humanização da atenção nos serviços do SUS não são levadas em conta no processo de formação, prevalecendo a reprodução de uma imagem dos serviços de saúde com tratamento impessoal, centrado na hospitalização, e numa visão autoritária da educação em saúde (higienista) (BRASIL, 2003b, p.4).

De fato, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), o tema dos trabalhadores em saúde permeia as discussões da área (BONETTI, citado em ZILIO, 2004). A formação profissional e a necessidade da sua qualificação também têm sido abordadas em diferentes espaços do controle social da saúde, ganhando "maior visibilidade e importância devido à definição de políticas públicas e à real possibilidade de investimento para a formação, em larga escala, de recursos humanos mais preparados para lidar com as mudanças enfrentadas pelo setor da saúde" (NORONHA, 2002a, p.13).

No entanto, a realidade mostra que muito pouco se avançou nesse sentido. De acordo com Ceccim, Armani e Rocha (2004, p. 172), apesar de discursivamente muitas propostas terem sido enfaticamente formuladas e defendidas nos vários relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, muito pouco se avançou na construção de sistemas

de avaliação do ensino para detectar sua adequação e adesão às necessidades dos serviços, dos usuários e do sistema de saúde, bem como seu ajustamento ao controle social no SUS e às necessidades de aprendizagem dos alunos. Bourguignon et al. (2003) afirma também que a tentativa de modificação das práticas atuais de formação vem sendo respaldada e legitimada durante as Conferências Nacionais de Saúde, destacando que a formação, especialização e educação permanente de trabalhadores estão distorcidas e divorciadas das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, não levando em consideração as demandas epidemiológicas e sociais da população; bem como que o saber está fragmentado em áreas profissionais promovendo uma divisão social e técnica do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de agente na relação entre os serviços públicos e as necessidades de saúde da população.

Segundo Almeida (citado por NORONHA, 2002a, p. 22), ainda há muito por fazer. É preciso que os cursos universitários formem profissionais com novas competências, novos compromissos ético-profissionais e novas posturas como cidadãos, capazes de interagir com os modelos de atenção e as modalidades assistenciais que estão sendo rapidamente incorporadas à realidade do mercado de trabalho brasileiro:

> No caso da graduação, são necessárias mudanças urgentes e em profundidade para acabar com o predomínio da educação "bancária", centrada na pedagogia da transmissão e nos currículos cheios de disciplinas que fragmentam os processos de ensino/aprendizagem. Isso é comprovadamente superado, é anacrônico, sendo rejeitado por grandes parcelas dos professores e dos alunos. Nesse sentido, é preciso estabelecer novos modelos acadêmicos com ênfase no papel dos alunos como sujeitos ativos do processo, na valorização do papel ativo do professor, na interação com os serviços de saúde e com as comunidades, nos novos instrumentos de avaliação do desempenho escolar, com predomínio da avaliação formativa e na aprendizagem do trabalho em equipe multiprofissional (ALMEIDA citado por NORONHA, 2002a).

Há um hiato entre o que a sociedade demanda e o que a universidade oferece. Para Minayo (citada por BOURGUINON, 2003, p. 313) o Estado define um tipo ideal de profissional para compor equipes interdisciplinares, onde o processo de adoecimento deve ser compreendido como social, mas tem executado uma formação embasada em um caráter positivista e reducionista que restringe ao corpo biológico o espaço de intervenção e mudança. Na perspectiva de aproximar as demandas sociais da realidade à formação profissional, propõe-se o desenvolvimento de estratégias para construção de tecnologias capazes de afirmar a vida. Segundo Silva e Tavares (2003, p. 295) a idéia é a de que a assistência vá ao encontro da existência que sofre, a fim de criar momentos e espaços de garantia para a produção da vida.

Visto isso, é importante que ações sejam feitas no sentido de comprometer tanto os trabalhadores quanto os estudantes da área – estes últimos trabalhadores do SUS em processo de formação – bem como as instituições formadoras e qualificadoras do trabalho em saúde com os princípios e diretrizes do SUS. Segundo Feuerwerker (2000), seria muito difícil que as necessárias mudanças na universidade e nos serviços se processassem a partir de movimentos construídos exclusivamente no interior de cada uma dessas instituições isoladamente. Portanto, a estratégia da parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações populares é proposta como movimento democratizante desse processo.

A formação de trabalhadores em saúde, segundo Teixeira e Paim (1996, p. 19), é reconhecidamente uma área crítica do processo de reorientação dos sistemas de saúde. Desafios aos processos de formação e capacitação de recursos humanos necessitam ser enfrentados para que os princípios do SUS sejam respeitados. Uma das estratégias que se apresenta atualmente mais promissora, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área e nas políticas atuais da área da saúde para a formação de profissionais, é o envolvimento do sistema de saúde com a formação. Propõe-se o envolvimento precoce dos estudantes com a diversidade e as adversidades existentes nos serviços onde, futuramente, irão atuar, para que convivam com diferentes espaços

de saúde, onde, mais do que nos cenários planejados de aprendizado, se evoca a capacidade de aprimorar a formação técnica e também o compromisso ético com o sistema de saúde.

A partir desse contexto, o presente estudo se propôs a explorar o tema da formação dos profissionais de saúde, partindo da compreensão de que o processo atual de formação não responde às necessidades sociais de saúde. Consciente de que existe uma gama de informações envolvendo o tema do estudo e que provavelmente não se esgotarão as possíveis reflexões sobre tal, buscou-se refletir sobre como alternativas podem qualificar essa formação, a partir das impressões e opiniões dos gestores de saúde participantes das iniciativas de "Vivência e estágio na realidade do SUS" – VER-SUS/Brasil (realizadas em 2003, 2004 e 2005).

A pesquisa se propôs a compreender a influência da estratégia VER-SUS/Brasil no processo de formação de trabalhadores para o SUS, por meio da análise da sua metodologia como resposta às necessidades da gestão do SUS e de uma formação em saúde adequada às reais necessidades do SUS, de acordo com as expectativas dos gestores do sistema, pois um imaginário cientificista não corresponde a um imaginário do trabalho. Formar para o trabalho é uma necessidade real para quem sonha com emprego e renda. O antigo sonho liberal, onde a renda estava presente, mas não o emprego, não nos parece mais viável, assim, não compreender o emprego e o compromisso público do trabalho fragiliza o trabalhador como cidadão, desadaptando-o da sociedade real e projetando-o em uma sociedade imaginária irreal.

A pesquisa buscou, assim, contribuir para a análise do potencial de impacto de certas metodologias de aprendizado ativo, como o VER-SUS/Brasil. Ela pretende discorrer sobre a capacidade destas, de interferir positivamente na realidade da formação profissional atual, tendo-se em vista os desafios postos para a formação de trabalhadores para o SUS e a importância do envolvimento dos sistemas e serviços com

esta formação, tal como foram identificados pelos sujeitos da pesquisa, por estudiosos e pelo controle social do SUS nas Conferências de Saúde.

1. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa social, embasada na linha de pensamento da sociologia compreensiva (MINAYO, 2004). É um estudo qualitativo, com abordagem descritiva e exploratória. Além das informações e dados preliminares obtidos por meio de revisão bibliográfica e documental, foram aplicados questionários estruturados com os gestores municipais e federais que tiveram participação direta no processo de organização e execução do VER-SUS/Brasil em 2003, 2004 e 2005. Durante o estudo, buscou-se vislumbrar alternativas e sugestões visando à colaboração com o processo de avaliação da experiência do VER-SUS/Brasil.

A busca das informações referentes ao conhecimento do processo de formação acadêmica de profissionais da área da saúde, às reais necessidades do SUS em relação à qualificação de recursos humanos, à relação entre o processo de formação acadêmica no setor da saúde e a atuação profissional no SUS e à compreensão da proposição metodológica dos estágios de vivência no SUS, se deu tanto por meio da reflexão gerada a partir dos questionários respondidos pelos colaboradores, quanto com o estudo bibliográfico e documental afim.

Foram convidados a participar da pesquisa dezoito (18) representantes das equipes gestoras das Secretarias Municipais de Saúde dos nove (09) municípios gaúchos que acolheram a vivência e estágio na realidade do SUS no ano de 2004 e 2005 (Alvorada, Caxias do Sul, Gravataí, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria, Santa Cruz do Sul e Viamão), sendo dois representantes de cada um desses municípios e três (03) representantes da gestão federal do SUS que participaram da construção e implementação do VER-SUS/Brasil nos anos de 2003, 2004 e 2005 em âmbito

nacional, como representantes do Ministério da Saúde, co-responsáveis pelo desenvolvimento do VER-SUS/Brasil no Estado do Rio Grande do Sul.

Os questionários foram remetidos aos colaboradores por correio eletrônico (e-mail) e as respostas devolvidas foram analisadas mediante análise de conteúdo (MINAYO, 2004). É importante ressaltar que esse método não garantiu a totalidade de retorno e que, portanto, considerou apenas os dados fornecidos pelos questionários respondidos. No entanto, o caminho metodológico utilizado não prejudicou o desenvolvimento da pesquisa na medida em que, sendo o estudo exploratório, não pretendeu esgotar a reflexão sobre as questões propostas.

A apresentação da pesquisa aos gestores buscados foi feita por contato prévio para que os objetivos pudessem ser expostos. A partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (CEPS – ESP/RS), foram enviadas a carta de apresentação da pesquisa e o questionário, contendo as questões propostas pelo pesquisador. Foi dado o prazo de quinze (15) dias para que o questionário fosse respondido, podendo ser protelado o prazo de acordo com o interesse e disponibilidade do participante. O questionário foi respondido e devolvido por correio eletrônico (e-mail).

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado pelo correio – duas cópias assinadas pela pesquisadora, uma para ficar com o participante da pesquisa e outra para retornar à pesquisadora, assinada pelo participante. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP-ESP/RS, sob o Parecer nº 160/2005, no dia 30 de outubro de 2005.

Após a fase de aplicação dos questionários, foi feita a análise de conteúdo. Assim, buscou-se no tratamento dos dados, por meio da inferência, propiciar uma interpretação mais aprofundada do conteúdo. Para Minayo (2004), essa análise visa relacionar estruturas semânticas e sociológicas, propiciando a relação dos enunciados com as variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

De vinte e um (21) questionários enviados, oito (08) foram devolvidos para a análise. Destes, dois (02) foram respondidos por representantes da gestão federal e seis (06) por representantes das gestões municipais, sendo representativos de cinco (05) dos nove (09) municípios que acolheram o VER-SUS/Brasil no Rio Grande do Sul.

Os questionários respondidos foram numerados conforme a ordem de recebimento dos mesmos, de G1 a G8.

2. Estratégias e consensos para a mudança da educação superior – o caso da saúde

A revolução do conhecimento tem gerado impacto nos conteúdos, métodos, linguagens e instrumentos pedagógicos presentes no ensino das profissões. O dinamismo das transformações que acontecem no mundo, demandam mudanças na formação das pessoas que trabalham com esse mundo diferente. Evidentemente, as carreiras, tais como as conhecemos, começam a perder sentido. Os currículos que conhecemos estão rígidos demais e desiguais às diversas necessidades, as disciplinas estanques estão dificultando as possibilidades da interdisciplinaridade demandada e a fertilização cruzada de saberes e práticas, que constroem novos conhecimentos, mesclados de diversos saberes. É consenso que mudanças na formação dos profissionais devem ocorrer no sentido de eles atuarem mais consoantemente com o "novo mundo", bem como com as necessidades sociais que os novos cenários apresentam (YARZÁBAL, 2002).

Vivemos num momento de transformações, onde a cada dia há um novo modo de fazer, produzir e agir. Porém, a formação dos profissionais não tem acompanhado esse processo dinâmico de mudança. O debate acerca das necessárias mudanças na educação não é privilégio de uma carreira isoladamente e, sim, perpassa a formação

como um todo. Existem muitos desafios postos para que as instituições formadoras superem o histórico descompromisso com as necessidades sociais da população.

> *Em certa medida, os desafios colocados para aquilo que acontece e caracteriza a grande parte dos cursos de graduação na área da saúde são os mesmos desafios presentes para a graduação de maneira geral, sendo algo que acontece não só no Brasil: a chamada crise da educação superior. Trata-se de uma crise que remete à própria origem da educação superior e sua finalidade. Uma história de grande compromisso com as elites sociais e pouco compromisso com a grande parte da população (G1).*

Na área da saúde, o consenso para a mudança também permeia as diversas discussões sobre os novos paradigmas da área e a formação profissional para as novas necessidades. A partir da proposta das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde (ALMEIDA, 2003), as universidades brasileiras foram convocadas a desenvolverem processos de mudança nas graduações em saúde. Essas mudanças devem ser orientadas, de acordo com Noronha (2002a), pela reorganização das práticas de atenção à saúde, onde a compreensão do trabalho no SUS deve acompanhar o transitar pelas diferentes lógicas assistenciais.

Segundo Zilio (2004), embasada em Ceccim e Feuerwerker, as experiências de mudança nos processos de ensino-aprendizagem têm avançado na aproximação entre ensino e serviço, porém não há referência à necessidade de integração ensino, serviço, gestão e controle social, e à articulação com o movimento estudantil da área da saúde. O que podemos constatar, até o presente momento, é que poucos avanços nessa direção surgiram. Vários processos de mudança curricular foram desencadeados, no entanto, não representam relevantes mudanças pedagógicas e metodológicas, mudanças da lógica da formação profissional, no sentido de desenvolvimento de habilidades e

competências para que os trabalhadores tenham capacidade criativa para lidarem com a realidade do sistema de saúde.

Essas estratégias mostram-se necessárias para que mudanças nas práticas de saúde também ocorram. É preciso haver profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde para que consigamos, realmente, mudar a forma de cuidar, de tratar e de acompanhar a saúde dos brasileiros. Para isso, é preciso mudar também os modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005a e 2005b).

Algumas estratégias para a geração de mudanças na formação profissional da área da saúde surgiram ao longo dos anos. É importante citar a proposta UNI[2] que surgiu no Brasil, em 1991, com apoio da Fundação Kellogg, como resultado de uma reflexão sobre os acúmulos obtidos pelos projetos de Integração Docente-Assistencial por ela apoiados e da busca de avanços na integração ensino-serviço-comunidade que conduzisse à convergência de vários movimentos já em andamento (FEUERWERKER, 1998). Avaliou-se que o processo conduzia interação sob a perspectiva de um triângulo, onde a integração docente-assistencial (IDA) relacionava a universidade com os serviços; a atenção primária em saúde (APS) relacionava os serviços com a comunidade e o desenvolvimento comunitário relacionava a universidade com a comunidade por meio de suas atividades de extensão. A convergência desses movimentos buscava desenvolver modelos de ensino-aprendizagem, prestar serviços de saúde, melhorar o ambiente da vida, incentivar o autocuidado e, ainda, propiciar o desenvolvimento de líderes para atuarem na gestão de projetos, enfrentando modificações, reajustes e inovações (CHAVES e KISIL, 1999). As alternativas propostas à formação surgiram acompanhadas por todo um movimento no setor da saúde, como decorrência dos intensos debates que nas décadas de 1970 e 1980 mobilizaram a sociedade na defesa dos direitos à saúde.

[2] UNI ou Programa UNI se refere ao projeto União com a Comunidade: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde.

A Conferência Internacional de Alma Ata, de 1978, promoveu o debate sobre a atenção à saúde valorizando a atenção primária como forma de alcance da meta de "saúde para todos no ano 2000". Seguiram-se a esta, intensos movimentos do setor que confluíram, no Brasil, à VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, apontando as diretrizes de criação do Sistema Único de Saúde, consolidadas na Constituição Federal de 1988. Este movimento no setor da saúde é conhecido como Reforma Sanitária. Em contrapartida, as transformações na formação superior não acompanharam as mudanças na saúde, já que o debate sobre a formação restringiu-se, em sua maior parte, a meras mudanças de "grade curricular", não alterando o modo de produção dos profissionais (MARSIGLIA, 1995; FEUERWERKER, 1998; 2002).

No campo da saúde, há um entendimento de que *a formação profissional na área da saúde não acompanhou, de forma curricular, todo o processo de discussão e implantação do SUS (G8).*

A formação esteve, por muito tempo, desvinculada dos debates que a sociedade fazia sobre a saúde da população, ela *seguiu formando profissionais voltados ao mercado privado de trabalho, embora o maior empregador nesta área seja o sistema público (G8).*

O olhar do estudante em relação ao SUS compromete a sua futura atuação e a defesa da qualidade da atenção prestada pelos profissionais inseridos no sistema. Como alternativa, diversas iniciativas de mudança têm surgido enquanto estratégias para a transformação das práticas de formação de profissionais, entre elas, atividades de extensão universitária.

As propostas de atividades de extensão historicamente surgiram com o intuito de aproximar os profissionais em formação da realidade social existente fora dos "muros da universidade". A Extensão Universitária buscaria aproximar os conhecimentos acadêmicos da realidade social, para que o choque desses saberes trouxesse

transformações tanto ao estudante quanto à comunidade onde o programa estivesse em desenvolvimento. A articulação do ensino com a pesquisa, numa aproximação da universidade com a comunidade é o que caracteriza a atividade de extensão. Essa modalidade de atividade foi fruto de um esforço para a ampliação da formação que a academia oferecia para a sociedade. Em especial no caso da área da saúde, a extensão possibilitava aos estudantes uma abordagem epidemiológica e social mediante a exposição precoce e oportuna à realidade sanitária (SANTANA et al, 1999). Uma das importantes experiências de extensão no Brasil é o Estágio Nacional em Comunidade (Enec), desenvolvido pela Universidade Federal da Paraíba, como experiência exitosa de aproximação dos estudantes com comunidades e de transformação do olhar dos estudantes em relação ao seu papel social. Contudo, a extensão universitária tem se configurado mais como estratégia de "estadia" dos acadêmicos em comunidades, com a promoção de atividades essencialmente assistenciais e não como alternativa para modificar o compromisso social da universidade com a formação de profissionais que respondam às necessidades de desenvolvimento do Estado Brasileiro.

Também podemos citar, como integrante do movimento de mudanças na formação a iniciativa de internato rural, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para os estudantes da área da saúde, que leva os estudantes para intervirem em comunidades interioranas da área rural do estado e a proposta de ensino-aprendizado centrado no estudante, baseada em problemas e orientada à comunidade da Faculdade de Medicina e de Enfermagem de Marília (Famema).

Especialmente ocupados com a mudança curricular em medicina, tivemos no Brasil as propostas as propostas da Comissão Nacional Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), processo de avaliação que buscou apontar melhorias para a educação médica a partir da constatação de que a formação estava muito distante da realidade de atuação nos serviços e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares na Educação Médica (Promed), que se propunha à reorientação da formação com ênfase

nas mudanças no modelo de atenção à saúde voltado para o fortalecimento da atenção básica (FEUERWERKER, 2002).

Nessa lógica, de promover movimento de mudanças, outras iniciativas também surgiram no seio do próprio movimento estudantil em diferentes áreas de conhecimento, no sentido de aproximar os estudantes dos seus futuros cenários de atuação ou das diversas realidades sociais existentes como estratégia de implicação dos estudantes com a sociedade. Uma das experiências mais consistentes é a do estágio interdisciplinar de vivência organizado pela Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (Feab). A Feab afirma que os estágios de vivência foram criados no sentido de fomentar a construção da consciência crítica dos estudantes e de instigá-los ao questionamento quanto às ações da Universidade, a formação recebida e a estrutura da sociedade. Durante a vivência, o estudante é colocado em contato com a realidade agrária brasileira e com as perspectivas de transformação desta, mediante a organização e mobilização social (TORRES, 2005).

A partir da experiência de estágios de vivência da Feab, o movimento estudantil da área da saúde começou a questionar a sua formação, que se desenvolvia distante do contexto social e da compreensão do SUS como espaço de promover saúde. Os estágios de vivência no SUS foram pensados no sentido de aproximar o estudante da realidade do SUS, de ampliar seu olhar em relação à organização do sistema de saúde, seus problemas, desafios e potencialidades.

Nesse sentido, o Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no SUS (Eniv-SUS), concebido como ampliação de experiências anteriores de estágios de vivência no SUS circunscritas ao âmbito do curso de medicina, foi a primeira proposta nacional de estágios de vivência na área da saúde e contemplou somente as carreiras da medicina, enfermagem e nutrição. Em 2001, o Eniv-SUS foi previsto para realizar-se em 10 sistemas municipais, segundo interesse de conhecimento e agrupamento de diferentes modelos tecnoassistenciais. Reconhecido como fundamental para o bom funcionamento

dos serviços de saúde, o trabalho em equipe e a análise de modelos tecnoassistenciais foram considerados os principais eixos analisadores da proposta, onde cidades representativas de opções que pudessem se caracterizar como exemplos de experiências inovadoras em modelos de gestão da atenção à saúde foram selecionadas. Segundo a formulação do projeto, os elementos que estruturavam as propostas municipais selecionadas ofereciam alternativas mais abrangentes à problemática sanitária brasileira do que o modelo historicamente hegemônico e em vigência. As experiências foram planejadas para serem desenvolvidas em áreas metropolitanas, visando observar grande variedade de situações de saúde dos vários extratos da população brasileira e a complexidade das soluções cabíveis, considerando as diversidades regionais e de contextos políticos e administrativos.

Havia interesse especial na categoria da "viabilidade", expressando-se claramente a opção de valorizar projetos que demonstrassem a "possibilidade de materialização do SUS", ou seja, a busca de "um SUS que dá certo".

A proposta não se concretizou completamente por dificuldades de articulação entre as Executivas Nacionais de Estudantes, representativas dos estudantes destes cursos, e o Ministério da Saúde. Não obstante a falta de financiamento e apoio político federal, estágios de vivência foram realizados em quatro modelos tecnoassistencias de sistemas municipais de saúde, a saber: o Saudicidade, em Castro/PR; o Programa Médico de Família (PMF), em Niterói/RJ; o Programa de Saúde da Família (PSF), em Vitória da Conquista/BA e o Modelo "Em Defesa da Vida", em Caxias do Sul/RS. Nestas cidades, as atividades foram apoiadas logística e financeiramente em bases exclusivamente municipais, com custeio complementar desembolsado pelos próprios participantes.

Decorrente destas experiências, no Rio Grande do Sul, a partir do relato da experiência realizada em Caxias do Sul, a articulação da demanda gerada pela organização regional da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

(Denem) com a gestão estadual da saúde desencadeou duas experiências importantes: o projeto Escola de Verão, que oportunizou espaço de vivência no SUS para os estudantes de medicina, numa parceria de estudantes de medicina com a Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e, posteriormente, a Vivência-Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS/RS) que contemplou a ampliação do público-alvo para a participação de estudantes das dezesseis profissões com formação voltada para a área da saúde (TORRES, 2005).

O VER-SUS/RS convocava os estudantes para vivenciarem o SUS no interior da gestão do sistema de forma regionalizada, nas coordenadorias de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Organizado numa parceria do Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva de Porto Alegre (Netesc – Porto Alegre) e ESP/RS, se configurou numa experiência exitosa e, provavelmente ainda única, de diálogo entre gestor estadual e estudantes, para a construção de ações coletivas, que compunham um movimento de mudanças nas graduações de saúde segundo abertura de espaço do próprio setor da saúde (CECCIM e BILIBIO, 2003).

A proposta do VER-SUS/Brasil surgiu para proporcionar espaço diferenciado de aprendizagem que pudesse refletir uma formação de profissionais com perfil diferenciado, capaz de apropriação do sistema brasileiro de saúde, compreendendo não a prática da atenção integral à saúde (necessária nos estágios curriculares de clínica, cuidado, tratamento, acompanhamento terapêutico), mas os sentidos da integralidade; o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, se não pela construção de projeto terapêutico, pela capacidade de autogestão e auto-análise de processos coletivos; o exercício do controle social em saúde pelo trânsito em conselhos e conferências de quaisquer âmbitos e não o intenso contato e implicação com a participação social e educação popular como se espera em estágios curriculares de graduação ao longo dos cursos; a apropriação dos sentidos da gestão, não a teoria da gestão, que leve a noção de formulação e ordenamento de políticas, controle e auditoria de práticas e sobre contratos e convênios, vigilância à saúde (epidemiológica, ambiental e sanitária, sobre o

público e sobre o privado, sobre indivíduos e sobre coletivos, diante do interesse público, econômico e político) e regulação do subsetor privado.

> *Eu só estou dizendo que a gente tem uma expectativa de efeito. É que, tendo passado pelo VER-SUS, espero que os estudantes tenham um desejo de ser um profissional de saúde implicado com o sistema e não só implicados com um arsenal de técnicas ou de tecnologias de sua profissão, não só imbuídos de uma boa resposta assistencial, mas imbuídos com o que quer dizer trabalho em equipe, com o que quer dizer conduzir um sistema no interesse da população; não a clínica individual, mas um sistema que responde aos grupos populacionais. Grupos populacionais que devem ser entendidos como pessoas que vivem processos de vida, não são mera expressão epidemiológica de doenças comuns na população. (G5)*

> *A principal expectativa é de gerar um perfil de profissional de saúde mais implicado, mais comprometido com o próprio SUS" (G5).*

Esse perfil deve ser resultado de uma formação diferenciada, não apenas técnica, onde um objeto de estudo seja o sistema, não a clínica.

Alternativas para a mudança da formação profissional em saúde estão surgindo na tentativa de que sejam formados atores com perfis consoantes às competências e habilidades necessárias para o trabalho no SUS. Os trabalhadores devem compreender a situação de saúde da população com a qual interagem, a interdisciplinaridade, então, mostra-se como uma possibilidade de interação entre sujeitos promotores de saúde na

busca do desenvolvimento de uma cadeia de cuidados progressivos[3], onde diferentes ações e serviços se complementam produzindo atenção às necessidades da população.

Foi consenso de que a formação acadêmica atual somente dá conta de apresentar ao estudante alguns dos cenários de atuação, mantendo a lógica hegemônica da saúde, tecnicista, biologicista, médico-centrada e hospitalocêntrica. Ela não estimula o estudante a procurar os diferentes espaços de promover saúde como possíveis espaços de trabalho, até porque não compreende diferentes formas de se fazer saúde. Foi consenso entre os gestores do SUS que a formação, o desempenho profissional e a coordenação do trabalho afetam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários e, portanto, devem ser pensadas inovações para novas práticas de formação, de atenção, de controle social e de gestão (CECCIM e FEUERWERKER, 2004e). Entre os depoimentos de gestores participantes da pesquisa, a confirmação dessa posição:

> *Os usuários na maioria são mal atendidos, não são acolhidos, não estabelecem vínculos, não tem seus problemas resolvidos, tem dificuldades de acesso, reflexo da formação, e embora a gestão se esforce por desencadear processos de educação permanente para seus trabalhadores estes não gostam muito de participar (G2).*
>
> *Uma das funções constitucionais da gestão do SUS é de propor políticas para a formação dos trabalhadores da saúde buscando a efetivação da integralidade, da eqüidade e da universalidade das ações e dos serviços de saúde. O gestor que não cumpre esta função está – pelo menos parcialmente – deixando de cumprir com suas obrigações constitucionais (G1).*
>
> *(...) ter uma compreensão sobre como é que um sistema de saúde funciona e fugindo da noção teórica; a palavra vivência*

[3] A cadeia de cuidados progressivos pode ser entendida como um conjunto cujo objetivo seja garantir melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações, funcionando como uma malha de serviços cuidadores (cadeia do cuidado), que oferece serviços de maneira complementar e não isolada, de acordo com as necessidades de cuidado de cada pessoa (cuidado progressivo) (BRASIL, 2005b, p. 22).

> *vem forte aí pra dizer de uma certa exposição a um sistema e não uma teoria sobre o sistema. Acho que todos os cursos deveriam apresentar uma teoria sobre o sistema de saúde, mas o VER-SUS ele é uma exposição, ele é uma apropriação pelo contato (G5).*

Em 2003, por meio da Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS – Política de Educação Permanente em Saúde, o Ministério da Saúde previu estratégias políticas de apoio à mudança na graduação. Essa política, respaldada pela Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, previu em seus eixos estruturantes ações que dessem conta da mudança da formação dos trabalhadores para o SUS. Uma das linhas de apoio aos projetos de educação permanente em saúde, contemplada por essa política foi o AprenderSUS. O AprenderSUS representa a construção com gestores, trabalhadores, usuários (movimentos sociais), docentes e estudantes da área, alternativas para o desencadeamento de processos de mudanças em todas as diferentes graduações da área da saúde.

> *Hoje, o processo de formação ainda está muito distante da necessidade da população, existe um descompromisso dos profissionais com o SUS (...) (G2).*

> *Diferentes metodologias de ensino e pedagogias devem superar alguns aspectos presentes na formação acadêmica como processos pedagógicos autoritários, hierarquização e fragmentação do conhecimento, descompromisso ético com as grandes questões sociais e o afastamento estético da vida comunitária; a vida como ela é (G1).*

3. Estratégias para as mudanças – o caso do VER-SUS/Brasil

Com o intuito de fomentar e incentivar a aproximação dos estudantes universitários da área da saúde e suas respectivas instituições formadoras com a realidade do SUS, os estágios de vivência no SUS começam a ser defendidos pelos estudantes. A proposta de estágios de vivência partiu do movimento estudantil e encontrou respaldo em diversas gestões municipais de saúde, bem como junto ao governo federal: a construção das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (BRASIL, 2003b; 2004b).

O VER-SUS fomenta o pensamento crítico sobre o SUS, bem como visa à aprendizagem significativa sobre o sistema, onde os estudantes, interagindo multiprofissionalmente, vivenciam, na prática, a organização da rede de atenção e proteção à saúde individual e coletiva, considerando os eixos da gestão, da atenção, da educação e do controle social (BRASIL, 2003b; 2004b). Segundo Zilio (2004), a vivência-estágio deve possibilitar a sensibilização dos estudantes acerca do seu papel como agente transformador da realidade social, contribuir para o debate sobre o projeto político-pedagógico da graduação em saúde e fortalecer a implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área, assim como fortalecer a apropriação das diretrizes constitucionais do SUS, acentuando os compromissos do sistema de saúde com o ensino da saúde.

O VER-SUS/Brasil propiciou o encontro do estudante com as mais variadas facetas do sistema de saúde, as mais variadas realidades e possibilidades

> *Ele dá conta de ampliar a superfície de contato dos estudantes com o SUS durante a graduação (G4).*

> *A vivência instiga diferentes setores e busca criar dispositivos/mecanismos de reciprocidade entre sistema de*

> *saúde e educação, não utilizando os serviços de saúde apenas como locais de estágio (G4).*

Nota-se que a proposta deve ser compreendida como um fator de exposição para diferentes inter-relações entre setores como educação e saúde, devendo estar articulada com políticas promotoras de mudança na formação dos profissionais.

> *Esta qualificação passa por diferentes dimensões pouco desenvolvidas no atual percurso de formação na grande parte dos cursos de graduação da área da saúde no país. Neste sentido, o VER-SUS/Brasil sempre foi pensado na articulação com outras ações promotoras de mudança no atual cenário da graduação na saúde, exemplo o AprenderSUS (G1).*

O VER-SUS/Brasil colocou-se no cenário da educação em saúde, especialmente da formação de profissionais de saúde, como um instrumento potencial para provocar e estimular mudanças.

> *O VER-SUS é uma estratégia potente e importante para induzir mudanças (G3).*

> *Para qualificar as capacidades de indagação e de análise em relação às práticas de saúde (G4).*

> *Permitir um melhor entendimento do SUS e a inclusão do SUS como espaço desejável de trabalho e não apenas como emprego necessário (G4).*

O estudante, frente aos incômodos que a vivência promove é instigado a assumir um papel protagonista do seu processo de apreender a aprender. Há um convite e uma convocação para que ele assuma a responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem, onde espera-se politizar o sujeito para que seja protagonista da sua vida. Ele promove o aprender vivenciando, o aprender ativo, o aprender problematizando criticamente a realidade em que vivemos e não o simples aprender passivo; ele coloca o estudante em evidência, comprometido com a sua formação, comprometido socialmente com a saúde da população. A capacidade crítica associada ao fator de exposição às realidades são elementos constitutivos dos estágios de vivência.

> *Ao final do VER-SUS espera-se que os estudantes tenham uma capacidade de crítica do sistema ao mesmo tempo que uma apropriação do sistema. Seria muito ruim se fosse somente pra compreender "veja como não funciona". Ele tem que ser um estágio para ver a diversidade dos discursos – quando é um usuário, quando é um gestor, quando é um coordenador, quando é um profissional falando – que tem uma disputa de interesses, que tem desafios em execução e implementação (G5).*

Os estágios de vivência ainda possibilitam aos estudantes vislumbrarem o processo de trabalho em saúde a partir das realidades sociais, enfatizando a necessidade da formação complementar e o trabalho em equipe.

> *Espera-se que estes estudantes ao final da vivência passem a ter mais claro o que deveriam e o que não deveriam fazer como trabalhadores do SUS (G2).*

> *Esperava-se acordar os estudantes para a vida real (G6).*

> *Servir como motivação para a atuação na profissão como integrante de equipes de saúde (G7).*

Além disso, outras expectativas foram apresentadas pelos gestores, tais como:

> *A expectativa era de contribuir com o processo de formação acadêmica, propiciando aprendizagens significativas a partir da vivência (observação / investigação / reflexão / problematização) na realidade concreta da saúde pública (G3).*

> *Há expectativa de sensibilização ao conhecimento das realidades e os desafios da implantação de um sistema de saúde universal em um país continental e em desenvolvimento (G8).*

A proposta do VER-SUS se configurou numa inovação no cenário da educação e da saúde, que materializou diversos anseios, produziu diferentes expectativas e, por conseqüência, efeitos. Ela promoveu o estabelecimento de parcerias, o estabelecimento de compromissos entre diferentes atores, os quais se co-responsabilizam pela formação de trabalhadores para o SUS, trabalhadores estes que têm uma visão ampla da saúde, do SUS, da realidade social.

> *O ideal seria que os órgãos formadores pudessem desenvolver estágios de vivências sob forma de projetos de extensão para dar continuidade das ações nos serviços e para que a vivência pudesse ter, com mais tempo, um maior aprofundamento sobre as questões do sistema de saúde (G7).*

O VER-SUS/Brasil, nesta concepção, é o que pode ser chamado de Processo VER-SUS. O termo Processo VER-SUS foi concebido pelos estudantes que conformaram o Núcleo Regional de Articulação e Desenvolvimento do VER-SUS no Estado do Rio Grande do Sul, quando da I Edição do VER-SUS/Brasil no estado. Ele

pressupõe que a vivência e estágio é muito mais do que os dias de imersão no sistema, ele se constitui, também, de momentos anteriores e posteriores à vivência propriamente dita.

O VER-SUS/Brasil deve ser compreendido

> *como encontro, abertura, contato, comunicação; então ele lida/mexe muito mais com a coisa dos compromissos do que uma coisa mais definida de conteúdos (G5).*

A vivência se configura num disparador da construção de saberes, onde a pedagogia da problematização dá vida ao processo de ensino-aprendizagem em grupo e onde a capacidade cognitiva de cada um se expressa no desenvolvimento dos conhecimentos.

O VER-SUS/Brasil permite a ampliação do olhar sobre saúde, para além do olhar sobre a doença, possibilitando ainda a compreensão da saúde com conceito ampliado.

> *Então se os estudantes conseguissem acumular essa visão política de que quando a gente fala de saúde da população a gente não está falando de distribuição epidemiológica das doenças, nem está falando de vigilância sanitária, a gente está dizendo de processos coletivos e de populações que têm nome, endereço, família, dificuldades (econômicas, pessoais); então a expectativa era essa, de que ao final deste período a população tivesse corpo de pessoa, e que gestor tivesse definição de uma política de saúde (G5).*

O VER-SUS/Brasil promove a *reflexão sobre as questões vivenciadas*, pretende promover *mudanças de atitude e pensamento (G7).*

> Q*ue os estudantes ousem conhecer o sistema e sua rotina diária, seus problemas e suas conquistas, seus avanços e fatores dificultantes do processo (G7).*

A partir do VER-SUS, o estudante entra em contato com diversas realidades e a partir delas é instigado a refletir, a criticar e a agir para produzir interferências que possam qualificar sua ação social. A vivência permite e incentiva o estudante a assumir papel de agente político, ator social, ampliando o olhar do estudante, sua concepção de saúde e de sociedade.

4. Efeitos

Os estágios de vivência no SUS representam um avanço, ainda que utópico, da formação em saúde, pouco encontrado nos espaços de aprendizado estabelecidos pela academia. Utópico, pois se caracteriza como um aprender vivenciando, um aprender problematizando criticamente a realidade.

Entre as declarações dos gestores participantes da pesquisa, se encontram algumas que dizem sobre a potencialidade e os efeitos do VER-SUS/ Brasil, como a de maior participação dos estudantes em espaços de produção política, como diretórios e centros acadêmicos e espaços de gestão e ainda a participação destes atores na produção científica sobre a formação profissional em saúde. Alguns comentários dizem que:

> *Temos a absoluta certeza de que os alunos que tiveram a oportunidade de vivenciar esta experiência jamais serão os mesmos (...) A relação que estabelecerão com a academia a posteriori ajudará a desencadear as mudanças necessárias e adequadas à realidade de saúde brasileira (G2).*

> *Os estudantes que participaram da vivência mostraram-se muito sensibilizados (...) os estudantes que participaram do projeto passaram a participar mais ativamente de movimentos e espaços acadêmicos, na direção da implementação de mudanças com vistas a uma formação mais comprometida com a implementação da Educação Permanente em Saúde e do SUS (G3).*

As potencialidades do VER-SUS/Brasil se refletem pela diversidade da sua construção. Como efeitos desse processo, pode-se ressaltar alguns tangíveis e já visíveis e esperar por outros, não tangíveis e que podem não ter sido desencadeados ainda. Isso é reflexo da forma com que o processo VER-SUS, em edição nacional, se constituiu, isto é, como uma "cadeia afectiva", (por afetos/afecções) onde o estudante que vive o VER-SUS afecta o docente, que afecta a universidade, que afecta outros estudantes, que afecta o trabalhador, que afecta o usuário, que afecta o gestor e assim por diante, não necessariamente nessa ordem, mas como relações que se cruzam e produzem efeitos em cadeia / rede. Essa natureza transcende as barreiras estéticas da educação formal e gera território de sentido.

Nesse caminho, *o principal desafio é político-ético-estético-técnico (G4).* Ele promove *mudança de concepções e atitudes; amadurecimento e crescimento; reconhecimento da complexidade da realidade; compreensão de uma construção coletiva; compreensão das implicações do trabalho em equipe / interdisciplinaridade (G3).*

Os efeitos apontados pelos participantes da pesquisa remetem a pensar no quanto a produção de conhecimento e difusão de informações são estratégias de sensibilização relevantes para promover impactos no processo de formação. O VER-

SUS tem uma grande potencialidade para produzir conhecimento, a qual foi pouco incentivada, essa potencialidade aponta para o fato de que

> *Tem muita coisa ainda pra ser formulada (...),* porém *é legal ver que gerou uma dissertação de mestrado, vai gerar uma tese de doutorado e agora tem uma monografia de graduação. São três lugares diferentes (G5).*

O VER-SUS, como uma inovação, apontou que o contato com experiências inovadoras vem produzindo sentidos, também aos que não as vivenciam, desenvolvendo novas possibilidades.

> *Um exemplo que eu vou dar aqui pra ti, até porque não tenho tanta convicção dos outros, é o da cidade de Niterói. A prefeitura da cidade abriu um site onde os estudantes podiam se inscrever, falar e, conversar. Até hoje a gente consegue consultar as coisas que aconteceram em Niterói. Acho isso fantástico. No site estão textos, opiniões, roteiros, avaliações e sugestões. Acho que isso responde a essa coisa de um efeito alcançado (G5).*

Da mesma forma que a troca de experiências gera afecção, a possibilidade de produção coletiva em espaços maiores do que os espaços de vivência incentivou a reunião e a aproximação de pessoas que se identificaram, produzindo um coletivo. Atualmente, existem trinta e uma (31) comunidades que falam do VER-SUS no Orkut[4], o que realmente demonstra que existem muitas pessoas falando, escrevendo e refletindo sobre essa política, sobre a formação em saúde, sobre saúde coletiva e sobre o SUS.

> *Comunidades do Orkut abertas com este nome: VER-SUS. Isso gera um plano de identificação que é de uma aposta, não é um*

[4] Orkut é um espaço de encontro de pessoas, que se propõem a organizar redes de amigos através da Internet sítio <www.orkut.com>.

plano de identificação do tipo "os afiliados" do estágio, é uma aposta de onde é que isso poderia chegar (G5).

Não só comunidades virtuais na rede mundial de computadores podem ser apontadas como efeitos, mas também a organização de coletivos estudantis em diversas cidades do país que estão dispostos a problematizar a sua formação profissional, as políticas de saúde ou a sociedade e que se propõem a construir ações coletivamente, a produzir conhecimento, a agir pela transformação da realidade local e interferir no processo social. Esse movimento de organização social e de produção de coletivos também é reflexo da potencialidade do VER-SUS/Brasil. Somente no Rio Grande do Sul, conta-se, atualmente com oito (08) coletivos estudantis organizados em municípios diferentes. A iniciativa VER-SUS foi catalisadora da "reprodução espontânea" de coletivos estudantis que desejavam falar, trocar e vivenciar a saúde. No país, inúmeros coletivos também foram criados e ainda inúmeros e-grupos de correio eletrônico foram criados desde então, para a comunicação e troca de experiências. Esse efeito já podia ser notado em 2002, quando houve a primeira experiência do VER-SUS/RS, com o surgimento do Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva em Porto Alegre (Netesc – Porto Alegre). Esse núcleo, de caráter inter-universitário e multiprofissional se propôs a desenvolver trabalhos e ações voltadas para a saúde coletiva em articulação com os diversos atores e instituições do contexto da época. O Netesc, segundo Ceccim e Bilibio (2003), se configurou como instância autônoma que, em interação com outras instâncias oficiais do movimento estudantil, proporia e estabeleceria articulação com as Instituições de Ensino Superior (IES), Conselhos de Saúde, gestores do SUS e a ESP/RS. O Netesc materializou e refletiu um dos efeitos potenciais do processo VER-SUS, que é o de disparar uma disposição e um estímulo para que os estudantes se organizem em coletivos para discutirem e agirem em saúde.

Muitos efeitos já foram identificados ao longo do processo e outros devem ainda se evidenciar. Alguns efeitos são visualizados imediatamente com a aproximação dos

estudantes ao VER-SUS/Brasil, outros se evidenciam ao longo desta e de outras aproximações. Pode-se supor efeitos de médio e longo prazos a serem identificados no futuro, na definição de perfil destes trabalhadores no SUS e no impacto gerado nas instituições formadoras e espaços de gestão.

Diversos processos de avaliação das vivências já ocorreram e apontaram não só produtos, resultados ou reflexos das vivências como, também, sugestões para a qualificação da proposta, para a construção e reconstrução permanente dessa política. Outras modalidades de vivência foram construídas a partir da avaliação do VER-SUS. As modalidades criadas a partir das avaliações, além da modalidade de vivência no sistema de saúde, são as Vivências em Educação Popular no SUS (Vepop-SUS) e os Estágios Regionais Interprofissionais no SUS (Erip-SUS) a serem assumidos pela Extensão Universitária, desde que com protagonismo estudantil. (BRASIL, 2005c).

A participação dos estudantes nos diferentes espaços de construção de políticas de saúde também é um efeito que já vem sendo possível visualizar. Houve uma intensificação da participação dos estudantes nos Conselhos e Conferências de Saúde, nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, nos Conselhos Consultivos das universidades etc.. As Conferências Nacionais de Saúde já se configuram como espaço político importante ao movimento estudantil. A ação dos estudantes foi potencializada e já como fruto da I Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no município de Porto Alegre/RS, e da sua inserção nesses espaços participativos, temos aprovadas as seguintes proposições:

a. Implementar mudanças curriculares, estabelecendo ações cooperadas entre o SUS, as instituições de ensino, os estudantes, os professores e os movimentos sociais;
b. Reafirmar a iniciativa do Projeto VER-SUS/Brasil, oportunizando o contato direto dos estudantes com as realidades sociais, com os movimentos sociais, com os serviços, com a gestão do sistema de saúde e com os conselhos de

saúde;

c. Estimular atividades de vivência para os estudantes da área da saúde nos serviços do SUS, em comunidades e com os movimentos sociais;
d. Que haja abertura da gestão do SUS municipal para a construção com o movimento estudantil, para que os estudantes conheçam o sistema globalmente (exemplo VER-SUS), garantindo que as equipes participantes sejam multiprofissionais e interdisciplinares para que se pense as ações em conjunto; que haja a participação dos usuários neste processo;
e. Inserir os estudantes na comunidade por meio de atividades curriculares e extra-curriculares para que vivenciem a realidade social, incentivando a mudança da formação acadêmica hospitalocêntrica, fragmentada, elitista e inadequada às demandas sociais;
f. Exigir a discussão acerca do papel social da universidade e o estabelecimento de vínculos com a comunidade, sensibilizando e problematizando os atores envolvidos.

Esses são exemplos de efeitos reais do VER-SUS e da conseqüente inserção dos estudantes nos conselhos de saúde.

4.1. A trans/formação

A referência ao termo trans/formação pretende sugerir um olhar sobre os efeitos da vivência em relação à transformação no processo da formação de trabalhadores para o SUS. Sobre esse processo, é importante a reflexão relativa às inovações pedagógicas necessárias e propostas como alternativas para a transformação do modelo de saúde e do modelo de formação do trabalhador de saúde.

> Estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia – que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de

> sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no ser e agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (MERHY, 2005).

Esse é o principal desafio, o de inventar e reinventar pedagogias que promovam mudanças.

> *Reformular as práticas pedagógicas mediante maior interação teórico-prática (G3).*

> *Que promova maior disponibilidade e permeabilidade para o trabalho em equipe multiprofissional de modo transdisciplinar, incluindo o SUS, a saúde coletiva, às práticas transdisciplinares na graduação (G4).*

O fortalecimento do SUS desafia o aparato formador a contribuir na reforma do ensino e nas práticas na área da saúde. As universidades não podem mais formar profissionais distantes da realidade dos serviços públicos de saúde. A partir dessa constatação, torna-se urgente o enfrentamento do desafio de incorporação do mundo do trabalho pelo sistema formador enquanto eixo transversal ao processo de formação. O mundo do trabalho deve produzir conhecimentos e definir demandas educacionais, trazendo as experiências do trabalho para o ponto de partida da análise crítica e da tomada de decisões em saúde (CARVALHO e MOTTA, citados por SILVA e TAVARES, 2003, p. 292).

A mudança na graduação é necessária para que a resolubilidade das práticas de saúde seja direcionada às pessoas, sua história individual e coletiva, entendendo que as pessoas vivem processos subjetivos de interação com ambiente da vida.

> *É preciso mobilizar aprendizagens pautadas no mundo real da vida, da saúde, dos coletivos, dos processos de trabalho (G3).*

> *Através do VER-SUS, o estudante em formação pode tornar-se mais "exigente" em aula, mais curioso para as questões sociais e até mesmo mudar o olhar para a sua formação – atentando-se para as questões públicas e sociais e achando-se capaz de tranformar (G6).*

> *O principal desafio é estabelecer um projeto ético-político comprometido com a transformação da sociedade – novos valores civilizatórios, renovando a capacidade de criação de novos significados, impulsionando uma nova dinâmica de relações sociais marcada pelos princípios éticos da cidadania e da justiça social (G3).*

Essa formação diferenciada propõe a produção de sujeitos comprometidos com o sistema de saúde e com as necessidades sociais, com um perfil mais consoante com as competências e habilidades fundamentais para o desenvolvimento do trabalho no SUS. Sendo assim, o VER-SUS tenta amenizar a problemática da formação profissional desvinculada da realidade social, porém somente será efetiva na medida em que as escolas formadoras se apropriem desse processo de construir conhecimento junto à sociedade, harmonicamente com as realidades sociais diversas e se comprometam com a sociedade e o desenvolvimento socioeconômico-político e cultural.

Esse formar diferente fala de novos modos de educar, onde os estudantes *durante a formação já sejam "apresentados" ao SUS e verificadas as formas de trabalho interdisciplinar e como a sua formação [do estudante] pode trabalhar para o alcance dos princípios e diretrizes do SUS (G6).*

Onde se pretende *abrir espaços de diálogo dentro da academia, bem como estimular a qualificação profissional pensando a Saúde Coletiva, ampliada, resolutiva e multiprofissional (G8).*

Que espera *proporcionar uma boa vivência, suficiente para que esta reflita na futura profissão, fazendo com que estes estudantes se tornem mais humanizados e, principalmente, sensibilizados para as questões de saúde pública (G6).*

Em relação ao VER-SUS, *a principal expectativa é de gerar um perfil de profissional de saúde mais implicado, mais comprometido com o próprio SUS (G5).*

Ele pretende, assim, estimular a formação de trabalhadores com perfis diferenciados para trabalharem no SUS, no entanto, não dá conta de produzir "sujeitos prontos" para atuarem no sistema; ele dá conta de estimular tal formação diferenciada, sensibilizando o estudante para a realidade aonde futuramente irá se inserir e potencializando o transitar do estudante pelos diferentes cenários da saúde.

Esse é um dos propósitos da iniciativa VER-SUS; estimular, sensibilizar, afectar, problematizar etc. para a adesão dos diversos atores envolvidos com a proposta ao movimento de mudanças e transformações das práticas atuais de formação de profissionais na área da saúde. Busca *uma formação que politicamente afirma e que tecnicamente busca efetivar os princípios do SUS e que é totalmente distinta de uma formação que nega estes princípios e, assim, desenvolve uma tecnologia de formação voltada para outros interesses (G1).*

Há uma pretensão de formar trabalhadores para o SUS, comprometidos ética e politicamente com o sistema, desenvolvendo metodologias que propiciem a sensibilização dos estudantes diante das questões sociais implicadas na consolidação do SUS.

> *Um sistema de saúde engendrado num movimento social – a reforma sanitária brasileira – e considerado uma das maiores propostas de inclusão social da recente história mundial (G1).*

Uma política de formação e de mudança na graduação das profissões de saúde passa pelo estabelecimento de compromissos da gestão do sistema de saúde com as IES e compromisso destas com o sistema de saúde; pela garantia de protagonismo aos estudantes; pela forte interação com o conjunto da rede de serviços; pela participação dos usuários e pelo ensino e trabalho centrados no usuário (acolhimento, responsabilidade pela cura, afirmação dos usuários), referem CECCIM e CAPOZZOLO (2004, p. 384-385). Esse compartilhar das responsabilidades pode ser notado quando se afirma que

> *É necessário participar dos coletivos criados para as mudanças curriculares universitárias lutando para a inclusão de temas teórico-práticos pertinentes ao SUS na formação (G4).*

> *As instituições de ensino devem se responsabilizar conjuntamente por formarem profissionais mais responsáveis pela organização de serviços de saúde, que cuidem da vida e da felicidade das pessoas; outro desafio é formar profissionais que utilizem tecnologias ditas leves, que dependem mais de si do que das máquinas, dos equipamentos. Trabalhar em equipe, compartilhar, socializar, responsabilizar-se socialmente pelas demandas da população que vão além de um órgão doente, considero outro desafio interessante, como também o de formar profissionais que sintam-se trabalhadores, que fujam da lógica privativista que faz da doença o lucro (G2).*

No entanto, ainda há um afastamento entre as escolas formadoras e o sistema de saúde, nota-se que *nos processos formativos, ainda estamos na superfície, com*

dificuldades para transcender, de forma potente, as questões eminentemente técnicas (G3).

No entanto, a vivência e estágio propicia *criar movimentos mobilizadores na direção da qualificação das práticas de ensino e da atenção à saúde, a partir da articulação do quadrilátero: gestão, formação, atenção e controle social (G3).*

Além disso, o transitar de diversas disciplinas, saberes e olhares durante a vivência amplia a concepção de saúde e de fazer saúde entre os participantes, e dá conta de *trazer inclusive profissões que têm um lugar mais marginal na discussão do SUS, como é o caso da Veterinária, da Agronomia (G5).*

O VER-SUS promove o encontro entre os diferentes atores, entre os diferentes núcleos de saberes, instigando-os a se comunicarem e a se constituirem como coletivo que pode produzir coletivamente. A multiprofissionalidade proposta no VER-SUS se justifica pelo desejo de instigar ações e movimentos de construção coletiva e interdisciplinar. Essa pode ser potencializada por esse encontro e confronto dos diferentes saberes e olhares sobre o SUS; é nessa conjuntura que a vivência e estágio se desenvolve, instigando o andar coletivo.

Quanto ao locus do acontecimento do VER-SUS, a seguinte fala já diz que *os professores devem sair dos muros das Universidades e tentar adequar-se aos serviços, às demandas do povo e deixar de apenas "usar os serviços" ou transformá-los, de modo a atender suas necessidades curriculares apenas (G2).*

Ele é um espaço de construção de um novo modo de enxergar a saúde, a universidade e a sociedade. Além disso, o VER-SUS promove diferentes e constantes reflexões sobre os cenários por onde os estudantes transitam e afirma a necessidade de atuação casada entre a universidade, o sistema de saúde, os trabalhadores e a comunidade. Somente assim poderemos propor inovações nas práticas de saúde, a partir

das inovações das práticas dos profissionais e, portanto, das práticas de formação destes.

4.2. Espaços pedagógicos

Espaços pedagógicos de produção e construção de conhecimentos são campos de experimentação de práticas educativas. Esses locais, multiplicadores de saberes, são os cenários onde há encontro entre os mundos do trabalho e do ensino.

> (...) uma transformação efetiva de conceber o currículo só ocorrerá quando houver mudança nas relações entre os teóricos da universidade e aqueles acerca dos quais teoriza. (...) um caminho para isto seria o estabelecimento de vínculos mais explícitos entre o aprendizado no trabalho, na comunidade e o aprendizado nas salas de aula. (...) boa parte das mudanças curriculares não terão, necessariamente, início nas escolas ou nas universidades, mas em outros espaços de vida social. Um maior vínculo entre a universidade e outros espaços de vida social, poderia oferecer o contexto para o desenvolvimento de teorias com maior base prática, bem como de práticas com melhor base teórica (FAGUNDES e BURNHAM, 2004/2005, p. 108, embasadas em Young).

Nessa lógica, o VER-SUS também propõe que os espaços dos serviços de saúde são potenciais locais do aprender, refletir, interagir, problematizar, vivenciar. Sendo assim, houveram esforços para que a vivência pudesse *possibilitar que a organização do trabalho nos serviços de saúde incluísse o ensino no seu cotidiano (G4).*

No caso do processo de mudança estimulado pelo VER-SUS, os serviços apresentaram-se como lugares fundamentais para a prática do vivenciar o SUS.

> *Quando os lugares foram apresentados aos estudates dizendo "vai ter estágio aqui" acho que teve uma resposta boa. Os serviços que tiveram visita de estudantes receberam e se dispuseram a descobrir que novidade era essa (G5).*

No entanto, muitos serviços ainda são configurados como meros prestadores de procedimentos e os trabalhadores como meros prestadores de procedimentos e os trabalhadores como meros fazedores, então, alguns não foram tão abertos para acolher os estudantes. Uma das críticas surgidas na avaliação nacional do VER-SUS e reafirmada pelos gestores é de que *os serviços ainda podem se envolver de forma bem mais intensa com a experiência (...) há uma falta de cultura de participação no processo de formação (G1).*

Por isso, os espaços terminam por não se organizarem para educar e para produzir saúde num ambiente de ensino e serviço. Às vezes, a demanda por ações de saúde é tamanha que os trabalhadores evitam ou se esquecem de rever suas práticas, de acolher novos companheiros de equipe e de integrarem os usuários ao seu processo de cuidado. Também é comum que profissionais e serviços se protejam de serem vistos pelos estudantes de maneira livre, protegem-se de crítica e observação. Às vezes reconhecem importante proteger seus pacientes/clientes/usuários de serem vistos, mas no VER-SUS não há interferência na assistência, essa vivência é a do contato com o processo de trabalho e processo de satisfação dos usuários. O espaço pedagógico aberto é o de saber qual trabalho foi feito, por quem, para quem, porque etc.. ao conversar com trabalhadores, gestores, usuários, conselheiros etc.. Ao conversar com trabalhadores, gestores, usuários, conselheiros etc. o estudante pode começar a pensar que tipo de profissional está sendo, que tipo de profissional quer ser ou que tipo de profissional não quer ser.

> *Penso que para boa parte dos serviços e da gestão da saúde, o VER-SUS foi visto como uma atividade de educação; algo que*

> *não lhes dizia muito respeito, (...) contudo, em vários locais aconteceu uma forte integração dos serviços e da gestão na experiência (G1), configurando uma experiência importante na concepção de espaços pedagógicos nos locais de serviço, já que a qualidade do trabalho tem uma relação profunda com a formação dos trabalhadores (G1).*

Uma das falas que ressalta o interesse da aproximação entre serviço e estudantes é:

> *O VER-SUS seria uma oportunidade de ouvir a crítica de quem está aprendendo a ver e entender o SUS. O contato com estudantes, nos parecia saudável e instigador, oportunizando novos olhares tanto para os mesmos quanto para a gestão e trabalhadores do município (G8).*

O VER-SUS instiga esse transitar a fim de que a intersecção dos diversos olhares possa fomentar reflexões e transformações. Ele leva os estudantes a espaços de exposição, de contato e de encontro com diferentes saberes e culturas. A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem é, ao mesmo tempo, uma estratégia para induzir mudanças mais profundas no processo de formação profissional e um elemento, em si mesmo, constitutivo de uma nova maneira de pensar a formação profissional (FEUERWERKER citada por TORRES, 2005).

No estágio de vivência no SUS, todos os espaços da vida são espaços pedagógicos, espaços que podem nos ensinar, espaços que nos provocam diferentes sentidos, entendimentos, conhecimentos, sobre a interação dos diversos seres e elementos da vida social.

> *O transitar por diferentes espaços desejava favorecer a mobilidade sistêmica como prática profissional no SUS (circular nos diversos serviços e instâncias do sistema) (G4).*

> *A compreensão vem do impacto causado pela realidade, gera reflexão e, por conseqüência, gera desconforto e pretende gerar ação. (G7)*

4.3. A ação do estudante

O VER-SUS também evidencia o papel político do estudante, o coloca como agente do seu processo de formação e o compromete com este. Isso pode ser notado em algumas falas, tais como:

> *Politicamente, o estudante deixou de ser somente cliente para ser também formulador da ação (G1);*
>
> *A vivência mobilizou debates acerca da formação profissional nas academias, da necessidade de novos modelos de educação e da importância do protagonismo estudantil (G3).*
>
> *Além disso, ele questiona e resignifica o lugar que o estudante ocupa; o estudante ocupa um lugar de interlocutor horizontal; da mesma forma que o gestor municipal se manifesta, o movimento estudantil se manifesta (G5).*

Assim, o estudante, durante o "processo" VER-SUS, assume um papel protagonista, propositor de ações, propositor de mudanças, ator do seu processo de aprendizagem. Ele interage com os demais atores horizontalmente e se coloca em processo de mudança, bem como no processo de defesa e de consolidação do SUS. Essa interação pode ser notada em falas como *ampliar o compromisso dos estudantes em relação à defesa e implementação do SUS e de seu projeto ético-político (G3)* ou *entendo que a formação profissional passa por discussões amplas envolvendo as instâncias de regulamentação profissional e regulação setorial, bem como o controle social e as diversas representações estudantis (G8).*

A participação e o envolvimento dos estudantes no processo VER-SUS têm significativa relevância no cenário formulador e propositor de políticas públicas.

Em relação à atuação dos estudantes nos diversos espaços políticos, *acontece o reconhecimento de que o VER-SUS foi-é espaço de agenciamento e potencialização da atuação estudantil (G1)*.

Essa atuação é que diz respeito à potencialidade da inserção estudantil nos diversos espaços políticos e sociais. O VER-SUS representa um instrumento estimulador / sensibilizador e um disparador de ações. Foi citado que ele foi *disparador de atividades acadêmicas intercursos, inclusive de mobilização estudantil (G4)*; e que *um efeito no processo de formação foi o estabelecimento de uma maior atuação política do estudante neste processo (G1).* Busca instigar movimentos para *implementar a proposta de Educação Permanente em Saúde (G3).* Essa percepção acerca do papel do estudante é apontada: *esta presença diferenciada aumentou o grau de responsabilidade do estudante junto ao VER-SUS, ou melhor, junto às questões que compõem a complexidade-cenário das vivências (G1).* Diz-se ainda que:

> *é a única experiência que eu conheço que põe estudantes das várias carreiras na mesma interlocução, consigo ver muitas pessoas disputando a regulação de qualidade do VER-SUS, dizendo que o VER-SUS tem que ser um programa definido, que o VER-SUS é um programa de estágios, que o VER-SUS é uma proposta de relação deste (o gestor do SUS, a universidade, a extensão universitária) com aquele (os serviços, o movimento social, a comunidade), mas que não põe o estudante como interlocutor, com autonomia, com papel político, com tomada de decisão, com construção conjunta; só vi isso na formulação do próprio gestor que propôs: estado do RS de 2000 a 2002 e governo federal de 2003 a 2004 (G5).*

Esse inventar de ação colegiada dos estudantes com diferentes atores da saúde, ao mesmo tempo que potencializou o movimento estudantil da saúde e o seu caminhar pela história do país; também criou resistências e espaços de confronto, confronto de

idéias sobre o lugar de cada ator na conjuntura da saúde. É possível reparar isso na fala de um dos gestores:

> *Agora é muito ousado fazer isso com estudante de graduação, porque o estudante de graduação é visto como "estudantezinho", não é visto como alguém que vem pro debate, que é capaz de ser interlocutor (G5).*

No entanto, essa resistência em relação à atuação política do estudante, ficou restrita a algumas situações e não corresponde significativamente a uma postura presente durante o desenvolvimento do processo VER-SUS. Apesar de representar uma articulação importante e talvez única na história da saúde, o papel que os estudantes assumiram frente a essa política os evidencia e qualifica como atores sociais interessantes e comprometidos com a consolidação do SUS.

O Sistema Único de Saúde, advindo das conquistas sociais engendradas no movimento sanitário, contou com a colaboração do Movimento Estudantil na elaboração dos ideais de universalidade, eqüidade, integralidade e participação no SUS, contudo, mesmo sendo autores da história do SUS e profissionais da saúde em formação, continuam sendo raras as políticas públicas de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS que têm como objetivo o público de estudantes universitários da saúde (CECCIM e BILIBIO, 2004, p. 18).

Essa é a lógica que foi quebrada. A partir da Política de Educação Permanente em Saúde e, mais especificamente, do VER-SUS, os estudantes entram no cenário de articulação de políticas públicas.

Os estudantes organizados representam uma força social forte. Trata-se de uma potente aliança de parceiros interessados em implantar políticas direcionadas ao fluxo dos desejos dos próprios estudantes. Não temos dúvida de que essa foi a única iniciativa

que reuniu estudantes com caráter multiprofissional e realizou o encontro de estudantes da saúde com o gestor do SUS e órgãos formadores (CECCIM e BILIBIO, 2004, p. 20).

Os estudantes, agora, representam mais um dos atores que compõem o cenário da saúde. A História já conta com ações protagonizadas pelos estudantes. O VER-SUS visa a estimular os estudantes para serem agentes de transformação social. Somente o reunir estudantes de diferentes cursos para refletirem sobre a sua realidade de formação profissional já foi uma vivência por si só e já configura-se como uma mudança social, mudança na lógica de pensar a saúde e a educação, coletivamente. Ele também pretende estimular os estudantes para participarem do movimento estudantil ou outros movimentos sociais, para agirem como cidadãos e isso evidencia-se quando compreendemos o espaço de formação do VER-SUS enquanto espaço de politização do estudante e do futuro trabalhador, bem como quando é possível notar que potencializa-se a atuação do estudante para que ele assuma a co-gestão do seu processo de formação.

Essa intenção pode ser reparada na criação dos diversos coletivos estudantis, já citados, e dos instrumentos de comunicação e articulação inventados pelos próprios estudantes. Esses são movimentos inventivos de práticas de ação dos estudantes que se fortalecem como proposição política e social, como atuação em defesa do SUS, em defesa da vida. Esse efeito pôde ser notado na fala de um dos gestores:

> *Essa coisa de inventar coletivos... inventar coletivos multiprofissionais, inventar coletivos de aposta no SUS (...) um desafio importante que tem aí é essa coisa de "os vários envolvidos", que compromissos têm e como eles dão conta destes compromissos?* Q*uando a gente traz para o mesmo cenário os outros segmentos, de um lado a gente politiza e de outro lado permite que o debate seja mais intenso. Acho que a gente pôde ver isso acontecendo, pôde ver um discurso e um potencial de avaliação importante quando trouxe a diversidade (G5).*

Esse diálogo proposto se embasa na concepção do quadrilátero da formação na saúde, onde gestão, educação, atenção e controle social estando em interação, propiciam um ambiente favorável para o desenvolvimento de movimentos e metodologias educativas. Essa interação deve permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e autogestão (CECCIM, 2004 / 2005, p. 166).

O mais profícuo diálogo das universidades / instituições formadoras com a rede de gestão da política de saúde, bem como com os órgãos de controle social em saúde deveria sustentar as estratégias de mudança. Do ponto de vista do conhecimento, não é na estrutura formal que encontramos a qualidade, mas nas suas operações, interações, desafios e oportunidades (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 9).

Há uma resistência nos serviços para se assumirem como espaços de educação e de desenvolvimento da formação. Essa resistência é produto da falta de cultura dos serviços em assumir seu papel formador, o que acabou prejudicando, em algumas vivências, um melhor acolhimento dos estudantes nos serviços. O VER-SUS em algumas localidades causou o despertar para a necessidade de reflexão sobre a formação, qualificação, atualização, educação nos espaços de trabalho, na realidade de cada trabalho, no agir em trabalho.

> *Tem uma questão muito séria pra mim como proposta de gestão que é de anunciar sempre, por isso inventei aquela história do quadrilátero pra juntar tudo isso e dar um nome, dizendo que gestão, atenção, formação e controle social são indissociáveis se a gente está falando de compreender o que é SUS. Tudo isso está na proposta do SUS, na proposta teórica e política do SUS (G5). (...) Se a gente tem uma visão de que saúde é assistência ou de que saúde é atenção, algumas coisas já mudam de lugar. Quando se definiram as diretrizes do SUS, ficou claro que a gente dizia que a atenção não vem descolada de uma proposta de gestão e não existe nem atenção nem gestão sem controle social, mas ali adiante a gente também diz que esse mesmo*

> *lugar, o SUS, tinha que cuidar da formação de recursos humanos. Então a gente criou o que chamo de quadrilátero dizendo que é indissociável. A gente tem uma visão na academia de que são indissociáveis ensino-pesquisa-extensão; no SUS são indissociáveis gestão, atenção, controle social e formação. O que a gente precisa aprender é como fazer (G5).*

> *Deve-se buscar construir situações onde seja possível reunir diferentes atores formulando em conjunto a própria experiência promover uma integração a ser – cada vez mais – buscada no processo, aponta para a possibilidade de que todos os diferentes atores envolvidos e dispostos a apreender-ensinar elementos que configuram o SUS e que definem a qualidade da atenção a saúde prestada a população, possam estar em contato e em constante interação, partindo do pressuposto que o quadrilátero da formação sugere os diferentes cenários por onde deve-se inter-transitar. (G1)*

O quadrilátero da formação fala da formulação de uma prática pedagógica proposta como concepção de educação permanente em saúde, assim como de parâmetro para a construção do VER-SUS. Essa era a intenção na elaboração do projeto, porém o transitar pelos quatro cenários do quadrilátero nem sempre ocorreu. Em alguns locais, *os serviços se apresentaram como receptores e repassadores de algumas informações sobre o funcionamento do sistema (G7).*

Para evitar isso, *é necessário um processo de preparação para efetivo envolvimento dos serviços e sistemas, bem como de continuidade da experiência e para a sua institucionalidade (G4).*

Nota-se que não foi em todas as localidades que o movimento de interação e de múltiplas relações ocorreu:

> *Ainda temos dificuldades em relação à aceitação do VER-SUS por parte dos profissionais que atuam nos serviços, até porque estes profissionais foram formados numa lógica distorcida, onde cada um entendia que deveria desempenhar um papel pontual, não trocavam experiências, conhecimentos (G2).*

> *O envolvimento refere-se mais a profissionais do que a serviços e sistemas: aqueles já envolvidos positivamente com o SUS e/ou com a formação também se envolveram propositivamente com o VER-SUS, enquanto possibilidade de troca, de aprendizagem e de análise de situações (G4).*

Isso pode ser notado na fala sobre o sentido do processo VER-SUS. Onde diz-se que *o real sentido e compromisso estabelecido no Projeto é o de interferir no processo formativo (G3).*

Esse interferir pode ser compreendido pela mudança do comprometimento da gestão do sistema em ofertar espaços de educação e formação em toda a rede de serviços de saúde. O próprio envolvimento dos atores no "pensar o VER-SUS" pode ser um importante efeito da experiência pois quando se percebe que houve participação e envolvimento dos serviços (gestores e trabalhadores), deve-se entender que, talvez, seja a primeira vez que diversos e diferentes atores pensam em uma estratégia de educação permanente em saúde com o intuito de formar trabalhadores de saúde comprometidos com o SUS. Isso é um efeito, mesmo que não tenha sido igual e com a mesma intensidade em todas as localidades.

4.4 O SUS e sua gestão em relação ao processo de formação

Algumas falas dos gestores participantes demonstram como entenderam a participação da gestão do SUS no processo VER-SUS, no processo de formação de trabalhadores para o SUS:

> *Entendemos nossa inserção no processo de formação como responsabilidade legal inclusive. Acreditamos que é possível e necessário a gestão exercer este papel, embora tenhamos consciência de que é uma tarefa difícil, porque nem a gestão, tampouco as Universidades estão preparadas para o desafio de construção compartilhada de políticas capazes de integrar ensino e serviço (G2).*

> *A gestão (gestor municipal) apoiou plenamente o projeto, compreendendo os seus propósitos mais intrínsecos (G3).*

> *Quando é um gestor que abre um espaço de vivência, ele não abre um espaço de vivência na assistência, ele abre um espaço de vivência no sistema. Quando é o gestor que abre, ele tem que abrir um espaço de interlocução ou de comunicação com o próprio sistema, por isso que é um estágio em que o gestor oferece o seu espaço de gestão para vivência (G5).*

> *(...) um órgão que deve planejar a formação juntamente com o órgão formador (G7).*

> *O envolvimento dos municípios está atrelado ao entendimento dos mesmos (gestores) de que este projeto é importante para a implantação e qualificação do SUS, considerando que há responsabilidade compartilhada na gestão e implantação do SUS é também responsabilidade dos gestores contribuir e participar na formação dos trabalhadores da saúde. A*

> *administração deve estar atenta às necessidades de seus munícipes e buscar estratégias, participar dos espaços de discussão e identificar as parcerias importantes para qualificar a rede de serviços do sistema local e regional de saúde (G8).*

Além da compreensão do dever constitucional que a gestão do SUS tem com a ordenação e formação de recursos humanos para a saúde, é possível notar um entendimento, entre os gestores, sobre seu importante papel enquanto acolhedor de projetos como o VER-SUS e propositor de ações de educação permanente em saúde para a qualificação dos trabalhadores, do trabalho e, consequentemente, da atenção à saúde prestada pelos serviços. Alguns declaram sua participação ativa junto aos estudantes:

> *Participamos intensamente das atividades programadas pelo grupo, trocamos experiências e vivências, disponibilizamos estrutura e apoio logístico, enfim trocamos figurinhas (G2).*

> *A direção da Secretaria Municipal de Saúde pactuou com os coordenadores dos serviços uma proposta e um cronograma para a vivência dos estudantes (G3).*

> *A gente colocou o SUS como responsável por formação de um jeito que antes de nós esse "texto" não existia. Antes de nós o texto que existia era o de emitir regras e a gente disse: não temos que emitir regras, temos que nos expor à produção coletiva (G5).*

Entendendo que a gestão deve ser também responsável pela formação, algumas expectativas dos gestores em relação aos efeitos do VER-SUS, foram apontadas nas falas deles, tais como:

> *A expectativa da gestão é de que para além da teoria, os estudantes pudessem vivenciar o cotidiano dos diferentes sujeitos envolvidos na construção do Sistema Único de Saúde (G2)* e,

> *(...) se ficou alguma coisa no gestor municipal, o que é relevante pra mim é que ele tenha entendido que ele fosse capaz de regularmente oferecer este tipo de oportunidade pros estudantes de sua região, nem precisa ser de sua cidade. Eu penso que quando um gestor tem coragem de dizer: eu quero que os estudantes das universidades do meu estado venham pra minha cidade ele tá dizendo "meu SUS vale a pena; meu SUS é pra ser interlocutor de quem está formando" - então eu queria muito que isso acontecesse. Muito pouco gestor municipal até hoje fez isso e gestor estadual nenhum fez isso até hoje. Nenhum gestor estadual tem coragem de expor o seu sistema à interlocução. Nem com o estudante de graduação nem com nenhum outro (G5).*

Além disso, ficou evidente que o gestor deve, não só acolher o estudante em sua rede de serviços, mas deve apresentar sua política de saúde, deve apresentar possibilidades de confronto da sua gestão com o olhar dos estudantes sobre o SUS. Ele vai apresentar a realidade do SUS do seu município, vai abrir o sistema para que os estudantes vivenciem a realidade de saúde local e se utilizem dos diversos espaços do sistema como espaços pedagógicos, espaços potenciais para o aprendizado sobre a realidade do SUS.

> *(...) o gestor tem que dizer qual é sua proposta de gestão, qual é a sua proposta de política de saúde e, aí, esses estudantes vão conversar com o gestor, vão ver a rede de serviços funcionando e vão conversar com usuários dessa rede, vão visitar (ter contato/comunicação com) as instâncias de controle social, com as diversas áreas programáticas ou de políticas específicas e vão colocar em xeque o discurso do gestor (G5).*

> *Sobre o aspecto do envolvimento dos serviços, percebe-se claramente que os servidores mais comprometidos com o sistema, mesmo que muitas vezes com críticas mais contundentes, dispuseram-se a receber estes estudantes de forma acolhedora, socializando seus espaços de trabalho. O maior desafio parece-nos ser trazer para dentro das universidades e escolas técnicas o olhar de que o SUS é um sistema que deve e pode trabalhar de forma ética e qualificada. Entretanto, isto somente pode acontecer se seus profissionais e gestores assim também acreditarem (G8).*

No caso da gestão federal, ficou claro que, além do comprometimento com a formação de trabalhadores para o SUS, como um dever constitucional e de prática da gestão no cumprimento da Política de Educação Permanente em Saúde, o diálogo para a sensibilização dos municípios também é parte do comprometimento proposto. Esse diálogo buscava sensibilizar o gestor municipal para o compromisso que ele também deveria assumir em relação à formação profissional e ainda em relação à abertura dos espaços de gestão para servir de espaço de formação. O gestor federal deveria dizer ao gestor municipal:

> *Nós somos SUS, nós somos formadores; nós temos compromisso com a formação (G5).*

Uma das expectativas apontadas em processos de avaliação do VER-SUS e mais uma vez ressaltada por uma das falas dos gestores, discorre sobre o desejo de que o VER-SUS possa ser política pública de cada município e Estado, que as diversas instâncias de gestão do SUS assumam seu compromisso com a formação e dêem continuidade ao processo VER-SUS, independente do Ministério da Saúde. Isso, entendendo que o processo VER-SUS não é só a vivência, mas é um conjunto de ações que compõem um movimento corporificado no espírito de aproximar a formação das

necessidades de saúde da população, do espírito de mudança do modelo clássico de formação, fugindo, de verdade, não só da concepção flexneriana do ensino da saúde, da abordagem biologicista, médico-centrada e hospitalocêntrica, mas fugindo, ativamente desse imaginário que trava a mudança e suas iniciativas com argumentos ruins de "dificuldades e limites".

Sendo assim, espera-se que, ainda como efeito, os gestores municipais e estaduais assumam seu compromisso como formadores de trabalhadores para o SUS. Quando houver a vontade política de mudar a formação profissional em saúde, poderá ocorrer a real implementação de um modelo de atenção mais humano, equânime, universal e integral. Os trabalhadores são fundamentais para a essa efetivação, porém somente com a mudança na formação deles, os sensibilizaremos e os comprometeremos para tal.

5 Comentários finais

O processo de formação de profissionais da área da saúde está desarticulado das demandas sociais. As universidades ainda estão formando profissionais pelo modelo reducionista e positivista, onde o processo de aprender se desenvolve apenas sobre o corpo ou parte dele, não abordando a vida como um todo, nem os cenários sociais onde a vida está inserida. Frente a essas dificuldades, de formar profissionais de saúde com um olhar ampliado de saúde e comprometidos com o sistema de saúde, existe um movimento que propõe mudanças substanciais nesse processo de formação. Essas mudanças propostas não se resumem a novas propostas curriculares, mas, sim, a mudanças que promovam uma transformação no objetivo e no modo de formar profissionais, a fim de gerar um novo sentido social para a existência da universidade.

Os diferentes efeitos possíveis de serem gerados a partir da estratégia VER-SUS, devem promover mudanças. Buscando analisar esses efeitos é que esta pesquisa se

desenvolveu, questionando a sua própria existência e a sua influência no processo de formação profissional na área da saúde.

> *(...) acho que a gente tem elementos pra dizer "sim, já há efeitos alcançados". Assim como a gente sabe que se 1.200 estudantes participaram do VER-SUS, talvez 600 achem que era melhor fazer um estágio na assistência, ou estágio na unidade básica, atendendo pessoas, mas os outros 600 acham que o coletivo, que o grupo, que a política, o movimento de sentar e conversar com o governo federal valeu a pena, eu acho que isso já valeu a pena também (G5).*

Como estratégia ou iniciativa para a mudança, o VER-SUS surgiu promovendo diferentes efeitos nos espaços onde se desenvolveu. A presente pesquisa se propôs a compreender a influência da estratégia no processo de formação de trabalhadores para o SUS. Em resposta a isso é possível compreender diferentes efeitos que podem influenciar diferentemente a formação profissional. São exemplos, o processo de afecção dos diferentes atores envolvidos, a organização de coletivos estudantis, de comunidades virtuais de encontro de pessoas interessadas em promover mudanças, a proposição de novas práticas pedagógicas, a ampliação dos cenários de ensino-aprendizagem, a reflexão sobre o papel formador dos espaços de serviço, a mudança na ação dos estudantes como atores sociais e políticos, a articulação de múltiplas relações para a construção dessas mudanças, o comprometimento de algumas gestões com a formação profissional, entre outros. Além deles é possível reparar que há um desejo de continuidade. Algumas falas abordaram isso, tais como:

> *O VER-SUS precisa continuar (G4).*

> *As Instituições de Ensino Superior e os sistemas municipais de saúde poderiam assumir de forma permanente essa política (G3).*

> *Quanto ao VER-SUS, sou até suspeita pra falar, pois sou apaixonada por esta estratégia há muito tempo, entendo como fundamental esta oportunidade de troca entre os diferentes atores que fazem parte do SUS. Espero sinceramente que além de continuar, seja ampliada (G2).*

Não só nas falas dos representantes das gestões participantes da pesquisa é possível notar a vontade de que iniciativas como o VER-SUS/Brasil continuem acontecendo, até mesmo porque sabe-se que em poucas edições muitos dos objetivos traçados não podem ser concretizados e, sim, no desenvolver de um processo. As avaliações da vivência e estágio também apontaram para isso, bem como para a elaboração de outras duas modalidades de vivência, o Vepop-SUS e o Erip-SUS. As conferências de saúde, que, originalmente, propuseram alternativas para mudanças na formação profissional nos últimos anos, têm proposto a continuidade do processo VER-SUS. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde também se tornaram um espaço de defesa da proposta como uma estratégia para o movimento de mudança no perfil profissional do egresso do Ensino Superior, assim como mudança no comprometimento dos serviços e sistemas de saúde com o processo de formação de trabalhadores para o SUS.

Com o intuito de indagar esse comprometimento, buscou-se questionar qual a relevância da metodologia VER-SUS/Brasil como resposta à necessidade da gestão do SUS à formação em saúde.

> *Há demanda por uma investigação entre os diferentes gestores – nas três esferas de governo – para ser possível o estabelecimento de um quadro geral sobre como a gestão do SUS compreende sua inserção na formação. Talvez este seja um dos valiosos produtos desta própria pesquisa (G1).*

Essa compreensão ultrapassa a visão simplista sobre a disposição do sistema municipal de acolher ao VER-SUS/Brasil, mas de tentar provocar o comprometimento nos diversos espaços do sistema com o processo de formação, a partir da lógica de que em todo o espaço de serviço encontramos espaços pedagógicos. Isso propõe aos gestores um olhar em relação aos desafios postos para ela, na tentativa de aproximar o processo de formação atual da realidade social dos diferentes brasis, utilizando-se de iniciativas como o VER-SUS.

> *(...) acho que os desafios que seguem postos se dividem em três coisas: 1) pensar no que é trabalho em equipe e romper com a lógica de que trabalho em equipe é uma distribuição de tarefas por núcleos profissionais. Somos um coletivo de trabalhadores com diferentes acumulações, cumprindo uma tarefa pública, relevante que é a da atenção à saúde, do cuidado à saúde das pessoas. 2) A apropriação do próprio SUS, como uma tarefa de Estado, como uma tarefa de compromisso público, de política pública. 3) A integralidade da atenção com a disruptura ou com a ruptura com o conceito de tratar doenças sem cuidar dos doentes e não doentes. Acho que essas três coisas têm pra mim uma marca importante e o desafio pra mim é esse; segue sendo: apropriação do SUS, noção de equipe e construção da integralidade (G5).*

Esses desafios seguem postos. A estratégia VER-SUS/Brasil tenta fomentar ações para aproximar o atual processo de formação profissional de um mais adequado às necessidades sociais, no intuito de estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações. Essa formação é objetivo do processo VER-SUS, mas também já corresponde a um efeito. Muitas ações foram desencadeadas a partir da vivência, *mas a gente precisava saber disso porque quando a gente diz que o VER-SUS foi capaz inclusive de fazer isso, de gerar produção acadêmica, produção sistematizada (...) (G5).*

É preciso compreender que o movimento de mudança da formação profissional está ocorrendo agora, e que é necessário produzir conhecimento sobre ele, para que continuamente seja avaliado e adaptado. O potencial da iniciativa é imensurável, porém já pode ser notado, de acordo com o panorama apresentado nesse estudo. Pode-se dizer que *o VER-SUS teve, e insisto em dizer que foi, das coisas mais inventivas que nós fizemos, a tal ponto que dá pra dizer que das entidades corporativas, onde mais ficou visível o trabalho político que estamos fazendo foi o VER-SUS (G5).*

Essa estratégia tem reverberado diferentes efeitos, diferentes sentidos e sentimentos. Não só o VER-SUS/Brasil é uma alternativa para a promoção de mudanças no processo de formação de trabalhadores para o SUS, no entanto, ficou evidente o quanto essa estratégia é potente para tal. O VER-SUS é espaço para o encontro de anseios e desejos, é vivência que promove ação-reflexão-ação, é cenário pedagógico de aprendizagem significativa, de choques de olhares, saberes, sentidos e sentimentos. Falar do VER-SUS é também falar de magia. Essa magia é a que dá conta de promover mudanças através da afecção, do encantamento, da simpatia pela proposta. Nesse sentido, pode-se afirmar que "da realidade aos desafios", o processo VER-SUS já produziu efeitos, e que estes já estão promovendo incômodos, promovendo ações e manifestações com o intuito de aproximar a formação profissional que as universidades oferecem, da realidade social, da demanda pela atenção integral à saúde, pela produção da cadeia de cuidado progressivo à saúde e pelo desenvolvimento de trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Enfim, o VER-SUS/Brasil "está em sintonia" com o desejo de mudar o perfil do profissional que viabiliza e opera o SUS, na tentativa de consolidar uma proposta de sistema integral, equânime e universal. Ele pretende transformar o perfil do trabalhador para que ele acompanhe as diferentes lógicas assistenciais, compreenda o processo de trabalho no SUS, agindo como protagonista político do processo de consolidação do sistema, como responsável pela definição da situação de saúde da população. Mudar o imaginário de formação de um formar para a técnica e para o saber científico, mas não para o sistema de saúde, para a integralidade e

para a equipe parece ser um esforço que vale a pena como luta social e política por um mundo melhor e o VER-SUS acumulou pares nessa direção. A convivência público-privado, não superada pelo SUS, não se esgota na noção Estatal-Iniciativa Privada, pois a saúde é de relevância pública e tudo o que em saúde se faz deve dimensionar os impactos sociais, epidemiológicos e políticos.

6. Referências

ALMEIDA, Márcio (org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. 2 ed. Londrina: Rede Unida, 2005.

BOURGUIGNON, Denise Rozindo et al.. **Recursos Humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos**. In: Saúde em Debate v. 27 n. 65, Rio de Janeiro, set. / dez. 2003, p.310-315.

BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH – SUS**. 2 ed. rev. e atual., 2ª reimpressão. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde e Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde**. Projeto VER-SUS/Brasil: Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde**. Brasília, setembro de 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS/Brasil: O que é? Para que serve? Como se faz?** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sgtes/versus>. Acesso em: julho de 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos da graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Nacional do Projeto VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre, Janeiro de 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**: Pólos de Educação Permanente em Saúde – Conceitos e Caminhos a Percorrer. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sitio do VER-SUS/Brasil**, 2005c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19910>, acesso em: 15/09/2005, às 14h51min.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Observação da Educação dos Profissionais da Saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. (coord.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 343-472, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma Estratégia de Inovação na Formação de Recursos Humanos para o SUS. In: FERLA, Alcindo Antônio e FAGUNDES, Sandra Maria Sales. (org.). **Tempo de Inovações: a Experiência da Gestão na Saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, p. 163-178, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa e ARAÚJO, José Guido Corrêa de. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, São Paulo, p. 346-390, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borget; ROCHA, Cristianne Famer. O que Dizem a Legislação e o Controle Social em Saúde sobre a Formação de Recursos Humanos e o Papel dos Gestores Públicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro) v. 7, n.2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro) v. 20, n.5, p. 1400-1411, 2004b.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação (Botucatu), v. 9, n. 16, 161-177, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Yara Maria de. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; CARVALHO, Yara Maria de et al. (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 149-182.

CHAVES, Mário; KISIL, Marcos. Origens, Concepção e Desenvolvimento. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura e LLANOS, Manuel. (org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina** : teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, p. 1-16, 1999.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Froés. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação (Botucatu), v. 9, n. 16, 105-114, 2005.

FALCÃO, Emanuel Fernandes (org.). **Um novo começo**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

FEAB (Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil). **Estágios Interdisciplinares de Vivência**. 2004 / 2005.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MARSIGLIA, Regina. Estratégias para mudança na formação de RHS com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em saúde para debate**. n. 12, p. 24-28, 1996.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil.** São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em saúde para debate.** n. 22, p. 18-24, 2000.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida, Rio de Janeiro: Abem, 2002.

MACHADO, Katia. Regulação e desprecarização do trabalho na área da saúde. **Radis** – Comunicação em Saúde (Rio de Janeiro), n. 13, p. 19-21, 2003.

MARSIGLIA, Regina Giffoni. **Relações Ensino/Serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação (Botucatu), v. 9, n. 16, 172-174, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza**. O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NORONHA, Ana Beatriz. Formação profissional em Saúde. **Radis** – Comunicação em Saúde (Rio de Janeiro), n. 3, p. 11-17, 2002a.

NORONHA, Ana Beatriz. Graduação: é preciso mudar – Transformações dependem de políticas de Educação e de Saúde. **Radis** – Comunicação em Saúde (Rio de Janeiro), n 5, p. 9-16, 2002b.

NOGUEIRA, Roberto Passos (coord.). **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: OPAS (Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde), 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde**. In: BRASIL. Política de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos Humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Universidade de São Paulo / Faculdade de Saúde Pública, 1994. (AdSaúde – Série temática, 1)

SANTANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima de (org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de saúde CADRHU**. Natal: EdUFRN, 1999.

SILVA, João Paulo Lyra da; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate**. (Rio de Janeiro). v. 27, n. 65, p. 290-301, 2003.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em saúde para debate**. n. 12, p. 19-23, 1996.

TORRES, Odete Messa. **Os estágios de vivência no sistema único de saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS/Brasil**. Dissertação (Mestrado profissional). 2005. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2005.

ZILIO, Karina Arregui. **Projeto VER-SUS como uma estratégia para a política de educação permanente em saúde: em busca de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde**. Monografia (Graduação). 2004. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

YARZÁBAL, Luis. **Consenso para a mudança na educação superior**. Editora Champagnat, Curitiba, 2002.

6. CONHECIMENTO, FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: resenhas críticas sobre sistema de saúde no Brasil, trabalho e exercício profissional

Ricardo Burg Ceccim (Coordenador)

Esta sessão se compõe por produções realizadas no âmbito do ensino das profissões de saúde e representa a difusão e o compartilhamento de noções para o trabalho no setor. A sessão se compõe por resenhas críticas de livros, capítulos de livros ou artigos originários de autores brasileiros usados em sala de aula e que ensejaram a ampliação do conceito de trabalho em saúde, imaginários da formação, análise dos cenários da clínica e das relações público-privadas na saúde, tendo em vista o Sistema Único de Saúde. Cada exercício de escrita e reflexão segue o formato *resenha crítica* e apresenta o texto comentado. As autorias correspondem aos estudantes e professores que elaboraram ou participaram da revisão e ajustamento.

6.1. Compreendendo as relações público e privadas, individuais e coletivas a partir de uma história das políticas de saúde no Brasil

Alcindo Antônio Ferla
Fernanda Erlo Ribeiro
Marcus Vinícius Bianchi

A aproximação da formação dos profissionais de saúde com o sistema de saúde tem sido um dispositivo importante para as mudanças necessárias nesse processo. Entretanto, a compreensão da história e do percurso do sistema de saúde, bem como de cada um dos seus componentes, nem sempre é estratégia utilizada para ampliar a autonomia dos estudantes e sua capacidade de interagir com o sistema de saúde vigente. Para cumprir esse objetivo, foram desenvolvidas atividades em torno do texto de Jairnilson Paim.

Inicialmente, o texto problematiza o conceito de políticas de saúde. Para o autor, o termo políticas de saúde consiste numa relação de poder (natureza, estrutura, relações, distribuições e lutas), diretrizes, planos e programas de saúde. É uma disciplina que estuda as relações, a formulação e a condução da saúde sendo também uma intervenção social. As políticas de saúde no Brasil foram se desenvolvendo com o passar dos anos e cada período da história política influenciou de diferente forma, fazendo as mudanças que achavam necessárias para a época. Ou seja, há íntima relação das políticas de saúde com o contexto mais geral no qual se desenvolveram outras políticas.

No Brasil, o processo começou a se desenvolver em 1808, com a mudança do eixo econômico para o Sudeste e com a chegada da família real. Isso já demonstrava a influência de fatores econômicos para o desenvolvimento de benefícios à saúde, haja vista que os primeiros médicos brasileiros serviam para cuidar da saúde dos membros

da família real. As primeiras doenças que assolaram o país foram epidemias infecto-contagiosas (como febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e endemias rurais), que atingiram aos escravos e, posteriormente, à burguesia. Naquela época, devido à inexistência de uma organização do sistema de saúde, os cuidados ficavam a cargo de curandeiros e outros indivíduos com atuação isolada.

Durante a República Velha (1889 – 1930) ocorreu o predomínio de doenças transmissíveis, que ameaçavam os interesses econômicos do modelo agro-exportador. Com esse comprometimento da economia, as intervenções em saúde, principalmente, em campanhas sanitárias foram facilitadas pelo apoio dos governos e das elites econômicas. Nesse período, desenvolveu-se o sanitarismo campanhista (baseado em intervenções verticalizadas sobre as cidades e comunidades), destacando-se algumas pessoas, como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas, Carlos Chagas e Adolfo Lutz. Também surgiram importantes programas de prevenção a doenças, os quais foram estabelecidos pelo Estado, como a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola. As políticas de saúde, nessa época, estavam praticamente centradas nas campanhas de prevenção e de erradicação dos riscos conhecidos.

Os serviços de saúde organizavam-se em dois núcleos: o da à prevenção e controle e o da medicina médico-assistencial individual, de acesso restrito.

A partir da Era Vargas (1930 – 1964) houve um crescimento do processo de industrialização, com o conseqüente fortalecimento da classe operária e a instituição de governos populistas patrocinados pelos EUA na América Latina. Dessa forma, a saúde brasileira passou a ter uma atenção médica por meio da Previdência e de um modelo médico-assistencial privatista (voltado para evitar o adoecimento e o conseqüente absenteísmo no trabalho, pois isso representava uma perda na força de trabalho), baseado em Institutos de Aposentadoria e Pensões, a partir dos quais os trabalhadores contribuíam com o seu salário e tinham direito à assistência médica. O modelo, então gerido com a participação do estado, utilizava-se de uma construção até então restrita à

iniciativa privada, principalmente das grandes empresas, gerido e financiado por trabalhadores e representantes das próprias empresas: as Caixas de Aposentadorias e Pensões.

O modelo assistencial praticado era inspirado no sistema americano, que visava à instituição de especialidades e o uso crescente de tecnologias, além de separar a abordagem individual da coletiva, o público do privado, o curativo do preventivo. Nesse período evidenciou-se a ruptura entre medicina e saúde pública.

Em 1937, Getúlio Vargas instaurou o "Estado Novo", o que possibilitou o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde. Nesse momento a gestão da saúde passou a ser institucionalizada no âmbito federal, com a criação dos Ministérios da Educação e da Saúde. Já em nível estadual era trifurcada em saúde pública, medicina previdenciária e saúde dos trabalhadores, e no setor privado estava fracionada na medicina liberal e nos hospitais (beneficentes ou lucrativos).

As principais medidas adotadas pelo governo foram a educação sanitária e as campanhas de controle de doenças, ações que passaram a fazer parte do Departamento Nacional de Saúde e do Ministério da Educação. Assim, o investimento do estado estava centrado na prevenção e na educação do povo para o combate de doenças. Porém, a atenção médico-hospitalar foi ganhando espaço e superando as ações e serviços da saúde pública.

A década de 60 foi marcada por um período de ampla turbulência política no país, fazendo com que o setor conservador da sociedade instituísse ao Golpe Militar em 1964 (que durou até 1986), sedando a ação de movimentos sociais, ocorrendo um aumento da mortalidade infantil, da tuberculose, da malária, da Doença de Chagas e de acidentes de trabalho.

A primeira fase do regime militar, até 1974, caracterizou-se pelo chamado "milagre brasileiro", onde se operou uma grande reorientação na administração estatal,

inclusive no setor da saúde. Dessa maneira, houve um crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente construção (financiada pelo setor público) de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados e multiplicação do número de egressos das faculdades de medicina e odontologia. A saúde passou, então, a ser considerada um bem de consumo. Nessa época, as políticas de saúde privilegiaram o setor privado, e em 1967 criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - o governo emprestava grandes quantias de dinheiro a grupos privados que construíam hospitais, disponibilizando leitos ao INPS, que comprava dos serviços privados as ações de assistência, transformando o sistema privado em prestador de assistência médica.

A saúde era caracterizada pela ineficiência, pela descoordenação, pela má distribuição, pela inadequação e pela ineficácia. Assim, no governo Geisel (1977), foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) que visava à racionalização e centralização da previdência (INPS), da administração financeira (IAPAS) e da assistência médica (INAMPS). Isso favoreceu ao desvio de verbas, prejudicando o controle do orçamento da previdência. Além disso, houve grande oposição dos empresários não conseguindo ser bem executado.

Nos anos 80, com a crise financeira da previdência, o governo Figueiredo criou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, com objetivo de reorientar o sistema de saúde no país, reforçando a idéia de atenção primária e de regionalização. Porém, esse também sofreu oposição dos setores privados, não conseguindo ser implantado. Em 1982, foi criado o CONASP que extinguiu o pagamento ao setor privado contratado e possibilitou o acesso da população a serviços de prevenção. Apesar dessa iniciativa, não foram obtidas muitas modificações nas condições de saúde da população, nem do modelo vigente.

Em 1986, ocorreu o fim do regime militar e os movimentos sociais voltaram a ganhar liberdade, como o “Movimento Diretas Já”, que marcou a volta da democracia

com a eleição de Tancredo Neves. Da mesma forma, o desenvolvimento de propostas para uma Reforma Sanitária Brasileira, as quais culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. O antecessor do SUS foi o Sistema Nacional de Saúde, cujas últimas estratégias institucionais, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), estimulavam a participação social, a descentralização do sistema e ampliavam a cobertura de serviços.

Na Constituição de 1988, com a instituição do SUS, garantiu-se o acesso universal e igualitário a todos, tanto nas ações médico-hospitalares quanto nas atividades preventivas, estando o sistema organizado numa rede descentralizada e hierarquizada. Em 1990, foram elaboradas as Leis Orgânicas N.º 8.142 e N.º 8.080, que contribuíram para esse processo, principalmente no que tange à promoção, proteção e recuperação da saúde. Como órgãos permanentes e deliberativos, criaram-se os Conselhos de Saúde, tendo caráter estratégico no controle da execução das políticas de saúde, com ativa participação popular.

Na tentativa de fortalecer a mudança na modelagem da atenção à saúde, em 1994, foi criado o PSF, que vem sendo ampliado e alcança a grande maioria dos municípios do país, com novas políticas de financiamento e de formação.

No ano de 2000 foi criada a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para regulação, normatização, controle e fiscalização das ações ofertadas por meio dos planos e seguros privados de saúde. Também, foi criada a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), a Lei dos Medicamentos Genéricos e elaborada a Ementa Constitucional (EC-29), que definiu responsabilidades financeiras para o estado e para o município com a saúde, tendo que disponibilizar verbas conforme a arrecadação.

Mesmo assim, o SUS ainda é um sistema em construção e, apesar de todos seus avanços, ainda precisa de ajustes, sendo que as maiores evoluções deverão ocorrer nos valores sociais, como o direito dos usuários à autonomia, mais informações sobre as

doenças, os medicamentos, os riscos, entre outros benefícios. Um dos maiores valores e desafios do SUS é uma atenção mais digna, ética e com mais qualidade, ou seja, a oferta de um cuidado humanizado.

Ao analisar as políticas de saúde no Brasil, verificou-se uma evolução desde o Período Imperial até os dias de hoje, as quais deverão continuar ocorrendo a fim de garantir benefícios à população, como a sua maior participação nas decisões. Essa história, entretanto, precisa ser compreendida pelos novos atores, em particular os profissionais em formação, uma vez que ela permite identificar a importância do sistema de saúde atual, as tentativas de avançar e, principalmente, que desfaz imaginários que são mantidos em diferentes sujeitos por decorrência dos seus interesses, mas também pelo desconhecimento.

O texto de Jairnilson Paim permite perceber a história das políticas públicas de saúde no Brasil, com suas tensões e contradições, como uma conquista, que precisa ser defendida e incorporada pelos novos atores que, de forma crescente, chegam ao sistema de saúde. O interesse público e a gestão pública são marcas atuais que demandaram muito esforço e luta para sua expressão. Sobretudo, a história permite analisar de forma responsável e contextualizada os problemas atuais, freqüentemente utilizados como argumento de ataque para aqueles que não têm interesse em ver o SUS fortalecido e vigoroso.

Texto comentado

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA Filho, Naomar de (org.). **Epidemiologia e saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2003. p. 587-603.

6.2. A categorização da universalização excludente: uma formulação desde a economia da saúde

Ananyr Porto Fajardo
Gabriel Trevizan Corrêa
Ricardo Burg Ceccim

Faveret Filho e Oliveira têm sido fartamente citados por sua conceitualização de universalização excludente, apresentada como estudo da área de economia. Seu ensaio apresenta a reforma do sistema de saúde brasileiro ao longo da década de 1980 em comparação com o sistema organizado nos EUA e na Inglaterra, ressaltando um caráter mais excludente do que universalizante no sistema brasileiro. Embora tenha incorporado aspectos próprios do modelo inglês, como a universalidade do acesso e a oferta predominantemente pública de serviços, cada vez mais recorrem a ele grupos populacionais cujo acesso aos serviços privados foi suprimido, situação típica do modelo norte-americano.

O ensaio analisa o sistema brasileiro de saúde sob uma perspectiva internacional ao cotejar alguns princípios da Reforma Sanitária com as relações estabelecidas no contexto britânico e norte-americano entre um setor público e um setor privado, as formas predominantes de financiamento e a concepção prevalente de política social. No Brasil, setores sociais médios e empregados de grandes empresas privadas estatais, juntamente com seus dependentes, passaram a acessar o subsistema privado de assistência à saúde como benefício na forma de condição de salário indireto, o qual passou a ser, em muitos casos, reivindicação de categorias profissionais em campanha salarial.

Os autores descrevem o contexto social e administrativo que fundou o sistema britânico e sua evolução rumo a uma melhor articulação entre seus três âmbitos de atenção. São também apresentadas as alternativas criadas para acomodar o racionamento da oferta frente à demanda crescente e o surgimento e expansão do seguro-saúde, embora não tenham ameaçado a oferta majoritariamente pública de serviços e a universalidade do acesso.

Em relação ao sistema norte-americano é relatado o predomínio do setor privado na oferta de serviços específicos, enquanto as demandas de segmentos sociais bem definidos são atendidas pelo Estado, como os chamados grupos minoritários (incluindo os idosos), os pobres e os desempregados. A estruturação do sistema em dois setores - o subsistema privado, financiado por desembolso ou por seguro, este último a forma preponderante, e o subsistema público, operacionalizado por um programa securitário e outro assistencial – é apresentada em seguida.

O caso brasileiro é estabelecido a partir da década de 1970 pela ênfase médico-assistencial privatista e pelo fortalecimento do setor privado com apoio financeiro governamental. Na década de 1980 multiplicam-se as possibilidades de acesso ao subsistema privado de assistência à saúde, facilitando sua autonomia e redesenhando o perfil da clientela. Surgem e se expandem as modalidades de plano individual, em grupo com participação das empresas e a constituição de fundos próprios das empresas estatais.

Uma possível razão para esta expansão seria a perda de qualidade dos serviços públicos de saúde aliada à agressiva ação empresarial das seguradoras junto às empresas empregadoras, resultando em uma variedade de planos atraentes tanto para os funcionários como para os empresários, embora por motivos diferentes. Ressaltam os autores, porém, que os procedimentos mais complexos e onerosos continuam a ser buscados no setor público.

O artigo, então, relaciona o sistema público de saúde brasileiro com o processo de constituição da Previdência Social desde as Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensão e, depois, a redistribuição dos benefícios auferidos por seus integrantes para outras categorias profissionais, inclusive trabalhadores autônomos, domésticos e rurais, culminando com a inclusão de toda a população.

A conclusão de que a universalização do sistema brasileiro de atenção à saúde é excludente está baseada no fato de que a inclusão de grupos sociais que não contribuem diretamente para o financiamento do sistema brasileiro caracterizou-a como redistributiva, pois determinados setores da nossa sociedade, ao perceberem como racionados os serviços que demandavam, abandonaram o sistema público como fonte de atendimento às suas demandas em saúde e passaram a investir recursos substanciais no setor privado.

Na opinião dos autores, tal migração de parcelas significativas da população, tanto no sentido quantitativo quanto em termos de potencial de demanda, rumo à oferta privada de serviços reduziu a pressão sobre o setor público, caracterizando como excludente a universalização do acesso ao sistema de saúde brasileiro. Contudo, fica mantido um caráter redistributivo já que os que sofrem o racionamento no subsistema público são absorvidos pelo privado, enquanto os segmentos menos favorecidos da população continuam a ser atendidos pelo subsistema público.

Textos comentados

FAVERET Filho, Paulo e OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: Encontro Nacional de Economia, 17, 1989, Fortaleza. **Trabalho apresentado**. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação em Economia (Anpec), 1989.

FAVERET Filho, Paulo e OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Texto para discussão**, n. 216. Rio de Janeiro: UFRJ - Instituto de Economia Industrial, 1989.

FAVERET Filho, Paulo e OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 3, 1990, p. 139-161. (Revista do Ipea)

FAVERET Filho, Paulo e OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Daddos – revista de ciência sociais**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 1990, p. 257-283. (Revista do Iuperj)

6.3. Educação e a prática médica: os imaginários e a vida real

Bruna Ballarotti
João Paulo Mello da Silveira
Suely Grosseman
Zuleica Maria Patrício

Grosseman e Patrício apresentam como tema de seu livro “Do desejo à realidade de ser médico”, os desejos em relação à escolha da profissão médica e a satisfação do médico com o seu trabalho. Com bases teóricas integradas a dados empíricos, sistematicamente levantados e analisados, focalizam os processos de vida de indivíduos que decidiram fazer Medicina. Apresentam a história da profissão médica e da Medicina no Brasil, facilitando a compreensão do seu contexto atual e também de particularidades da educação médica e do processo de ensinar-aprender medicina, tendo em vista a maior satisfação do profissional e da população que recebe seus serviços. O livro apresenta processos de viver o cotidiano do trabalho na Medicina, contextualizados em processos individuais de construção pessoal na universidade e nos campos de trabalho; desvela particularidades do pensar-fazer do profissional médico, suas potencialidades e limitações como ser humano comum e como ser humano especial; associa vida do trabalho com vida pessoal, presentificando contradições e o sonho de superação de conflitos e melhoria do trabalho e da qualidade de vida. Possibilita, ainda, conhecer a história da Medicina no Brasil e compreender melhor seu contexto atual; possibilita conhecer particularidades do processo de ensinar-aprender medicina e repensar a educação médica, tendo em vista maior satisfação do profissional e da população que recebe seus serviços.

Segundo as autoras, estudar desejos e satisfações do ser humano em seu mundo de trabalho nos faz perceber a complexidade desse assunto e o quanto ainda temos que

aprender sobre ele. Apesar de existirem pesquisas sobre fenômenos sociais, ainda é escassa a produção de conhecimentos sobre o ser humano, tendo como referência a sua subjetividade nas múltiplas interações de seu processo de viver. Conhecer histórias de vida, desejos de antes e desejos de agora, revela um paradoxo pela complexidade e diversidade de sentimentos e idéias e pela simplicidade desses mesmos elementos humanos, o que nos coloca diante de um inconsciente coletivo próprio de todo e qualquer ser humano que está em busca de ser feliz. Nesse processo de busca constante, há desejos que se mantêm, desejos que são incorporados e conflitos e desafios que, à medida que são explicitados no coletivo, geram satisfações e insatisfações que, de novo, como força desejante, mobilizam o ser humano em um processo dialético de viver. Esse fenômeno, no contexto do trabalho médico, resgatando o processo de escolha da profissão, de formação acadêmica e de construção cotidiana do exercício profissional, mostra que os desejos particulares são muito influenciados por desejos coletivos, em razão da representação social da medicina. Entrar na intimidade desse contexto é desvelar o indivíduo que tem que aprender a ser médico continuamente para ter seu desejo satisfeito e, ao mesmo tempo, tem que atender sua expectativa de qualidade de vida, considerando todo o sistema social. Ao longo do livro, podemos notar que o ensino da medicina e a sua prática cotidiana, que têm sido construídos sob o modelo da medicina ocidental, não priorizam o cuidado do ser humano. A reflexão sobre os referenciais que sustentam as práticas médicas, integrada a dados da realidade dos profissionais médicos, representados na pesquisa originada do livro, mostram a necessidade de transformações individuais e coletivas, envolvendo, respectivamente, os profissionais e os grupos de representantes e responsáveis pela educação formal do médico, pelos serviços de saúde e pelas políticas sociais do País, considerando-se a diversidade e a complexidade da subjetividade humana, na perspectiva de melhorar a qualidade das interações educador-educando e médico-paciente, para promover satisfação mútua.

O livro, embora se refira aos médicos, serve ao pensar das práticas de outros profissionais da saúde, para a escolha da profissão entre jovens e adultos, para adultos que estejam participando do processo de escolha profissional de outros seres humanos, especialmente, dos jovens, e que têm o poder de influenciar a sua tomada de decisão; a políticos e outros profissionais responsáveis pela qualidade de vida dos brasileiros, em especial, àqueles que elaboram e executam projetos e programas de saúde e educação.

O livro pode colaborar com a ampliação da visão da sociedade sobre a medicina, o médico e o seu trabalho, possibilitando compreender melhor essa profissão e o contexto que hoje se apresenta aos profissionais desse ramo. É urgente reivindicar que o contexto atual da medicina seja revisitado com espírito crítico e vislumbrar a possibilidade de conceber uma medicina cujo modelo, segundo a autora, integre ciência e arte, incorporando a dimensão estética para consolidar, dessa forma, uma prática profissional guiada por componentes de uma ética do afetivo.

Texto Comentado

GROSSEMAN, Suely e PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Do desejo à realidade de ser médico**: a educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: Editora da Universidade/Ufsc, 2004.

6.4. Mercado de trabalho e formação: construindo perspectivas de atuação profissional com o estudante de medicina

Alcindo Antônio Ferla
Marina Helena Capra

Akerman e Feuerwerker (2006) promovem o debate sobre as oportunidades e competências necessárias para trabalho no campo da saúde, considerando a abrangência e as diferentes interfaces entre a Saúde Coletiva e as demais áreas que o compõem. Além da ampliação do que vem sendo considerado escopo de atuação dos profissionais da saúde, o texto suscita a reflexão sobre a formação médica e a atuação no sistema de saúde. Trata-se de uma produção que fortalece a disposição das Diretrizes Curriculares Nacional para os cursos de graduação na saúde, onde a Saúde Coletiva é proposta como área transversal na formação dos profissionais.

Esses autores consideram que, na graduação das profissões de saúde, os conhecimentos das áreas tradicionais da Saúde Coletiva, relativos às políticas e planejamentos em saúde (noções sobre a organização das ações e serviços de saúde), à epidemiologia (estudo do comportamento das doenças) e à aplicação das ciências sociais e humanas na saúde, nem sempre têm sido suficientes para colocar as oportunidades e perspectivas do trabalho. Segundo os autores "são muitas e crescentes as possibilidades de se trabalhar com saberes e práticas da Saúde Coletiva" (p. 184) nos diversos espaços do sistema de saúde, em instituições governamentais das três esferas de governo, na iniciativa privada e no chamado "terceiro setor".

A Saúde Coletiva é um núcleo de saberes e de práticas sociais que tem por objetivo o conjunto das necessidades sociais de saúde, abrangendo desta forma, todas as questões que interferem nas condições de vida da população como: meio ambiente,

saneamento, trabalho, condições de produção e comercialização de alimentos, modo de viver das pessoas e coletividades, promoção da saúde, prevenção de doenças, modelos de atenção e de gestão, controle da produção e prescrição de medicamentos, epidemiologia, educação e informação em saúde, direitos de saúde, maneiras das pessoas vivenciarem o processo saúde/doença e de participarem nas políticas de saúde. Todas essas dimensões desafiam as capacidades profissionais dos trabalhadores da área que, normalmente, concluem a graduação com um embasamento restrito à clínica biomédica.

Essa noção aponta para a idéia de que a saúde coletiva "dá suporte às praticas de distintas categorias e atores sociais face às questões de saúde/doença e da organização da assistência" (conforme citação de Donnângelo, 1983).

Akerman e Feuerwerker destacam que o diálogo entre as várias disciplinas têm sido vital para a produção teórico-prática em Saúde Coletiva, no sentido de um movimento transversal de conhecimentos voltados a ampliar as possibilidades das políticas de saúde no enfrentamento dos problemas do processo saúde/doença. Ou seja, cada vez mais, a clínica biomédica individual tem sido desafiada pelas evidências emergentes da Saúde Coletiva, no sentido de ampliar sua capacidade de compreensão e de atuação.

Conforme Mário Testa (1995), existem dois espaços das políticas de saúde: o setor onde se define a ideologia e proposições setoriais e o espaço global onde se tomam as decisões políticas e onde a política social ganha o espaço do estado. Esse autor salienta que a estrutura de poder do setor de saúde é gerada em sua articulação com o Estado, e que o sistema de saúde e as políticas de saúde são espaços de disputas de diferentes interesses.

Existem, por exemplo, diferentes movimentos sociais direcionados a conquistar melhores condições possíveis para a produção de sua saúde, como é o caso do

Movimento Sem Terra. Nesse caso, um conjunto de direitos e demandasse conecta a outros campos temáticos que fluem e se desdobram das ciências humanas e sociais (as questões de cidadania e participação, bioética, saúde e cultura) e que podem se configurar como oportunidades de trabalho em pesquisa, produção de conhecimentos e práticas, tanto em organizações públicas quanto privadas. Para esses setores, a abordagem tradicional dos profissionais de saúde é insuficiente e inadequada.

A pauta comum dos movimentos sociais tem sido a questão da informação e comunicação em saúde, como condição para dispor de maior autonomia para produzir/conduzir a saúde, tendo sido grande desafio a temática da educação em saúde, tornando-a na dimensão do conceito ampliado de saúde, que supere o caráter meramente biológico. Nesse sentido, Akerman e Feuerwerker destacam a possibilidade de inserção profissional nas universidades e nos centros de pesquisas e desenvolvimento de linhas de investigação interdisciplinares que articulem diversos saberes para dar conta de compreender questões complexas como a saúde e desenvolver abordagens e tecnologias de intervenção.

Sobre a epidemiologia, os mesmos autores destacam os desafios atuais mediante as possibilidades de articulações de produção de conhecimentos e práticas: estudos considerando a subjetividade, cultura, espiritualidade, valores, lugares sociais, condições e vida e trabalho, qualidade de urbanização, conflitos ambientais, estudo do comportamento complexo de doenças como a Aids, além da epidemiologia quantitativa e descritiva.

Na área de planejamento e gestão, é sinalizado um amplo campo onde pode se dar a produção democrática das políticas públicas de saúde, requerendo um "trabalho dirigido" ao fortalecimento da participação popular e ao cumprimento da lei na formação de políticas no controle público da gestão em saúde. Há todo um espaço de intervenção que envolve a questão do direito sanitário e a judicialização da saúde, além

das relações de trabalho entre trabalhadores e usuários e da organização da saúde no sentido de favorecer o interesse público (dos usuários).

A dimensão no cuidado exigida no contexto atual da saúde coletiva compreende um campo de trabalho vivo, criativo e com alto grau de autonomia, que requer novos perfis profissionais. É necessário inventar novas práticas que ao invés de tratar a doença tenham como foco o ato de cuidar da pessoa doente. A recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral à saúde das pessoas exigem a intervenção de várias disciplinas e o trabalho integrado de diferentes profissionais, numa equipe integrada nos serviços de saúde, que possa garantir acolhimento e resolutividade à dor e ao sofrimento dos usuários. A mudança do perfil epidemiológico da população, considerando o envelhecimento e o predomínio de doenças crônico degenerativas, abre novas possibilidades de inserção para muitas profissões no trabalho de atenção a saúde.

Além do trabalho no SUS, existe a saúde suplementar, no setor privado, que também tem exigido maior qualidade do cuidado, humanização, vínculo, acolhimento e integralidade, além das necessidades no campo de gestão de custos e gestão de riscos. Noções como direito à saúde, clínica ampliada, participação, autonomia e regulação pública desafiam as práticas de atenção no setor privado a mudanças similares àquelas que se verifica no setor público.

Em cada esfera do governo, municipal, estadual e federal, os gestores necessitam de apoio técnico em várias áreas e de diferentes profissões que envolvem a gestão do cuidado, de informação em saúde, da promoção, da humanização, da programação da auditoria, controle e avaliação de serviços e sistemas, cuidado com o meio ambiente e vigilância em saúde, incluído a vigilância epidemiológica e sanitária.

Um outro campo importante tem sido a saúde da família, que foi adotada como uma alternativa para qualificar o cuidado à saúde das famílias nos territórios, articulando a promoção, prevenção e cuidado clínico.

Os hospitais também podem ser campo de trabalho em saúde coletiva na medida em que organizam áreas em epidemiologia, vigilância, formulação de protocolos clínicos e organização de centros de planejamentos. As indústrias farmacêuticas e os laboratórios também oferecem possibilidades na condução de pesquisas e práticas afins da saúde coletiva.

Akerman e Feuerwerker salientam que o mercado de trabalho em saúde coletiva está se expandindo consideravelmente em função da necessidade de se construir um sistema nacional de saúde que assegure atenção integral à saúde de todos os brasileiros. O SUS ainda é um sistema em processo de construção e o setor privado caminha no sentido de se aproximar aos princípios do SUS de atenção integral, vínculo e responsabilização.

Os autores alertam sobre a necessidade de qualificar as estratégias pedagógicas da saúde coletiva no sentido de instigar os estudantes para uma formação geral de qualidade, considerando as novas diretrizes curriculares para graduação, que privilegiam as competências da atenção à saúde, do trabalho em equipe, da tomada de decisões, da comunicação, da liderança, da administração e gerenciamento e da educação permanente. Os autores destacam também que essas competências certamente poderão ser realizadas mediante a cooperação entre os órgãos de ensino e as instituições de saúde, conforme, aliás, já indicam as políticas atuais para o ensino das profissões de saúde emanadas pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

O conteúdo que os autores apresentam revela uma mudança no mercado de trabalho em que se ampliam as responsabilidades no campo da Saúde Coletiva, tanto na assistência à saúde, na gestão, no ensino e na pesquisa. Essa nova realidade requer

profissional mais preparado e comprometido com a dimensão atual da saúde coletiva e renova as esperanças de inserção dos profissionais no trabalho. A estratégia de demonstrar novas demandas a partir do mundo do trabalho desafia os estudantes à reflexão sobre sua prática e as capacidades que o mesmo demanda. Assim, além de maior protagonismo na formação, permite ao estudante maior capacidade de avaliação da aprendizagem, em particular na medicina, onde a técnica e a modelagem tradicional de práticas embasadas na ciência biomédica tendem a condicionar o processo de ensino.

Texto Comentado

AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr., Marcos e CARVALHO, Yara Maria de (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 183-198.

Referências

DONNÂNGELO, Maria Cecília Ferro. A pesquisa na área de Saúde Coletiva no Brasil – a década de 70. In: Abrasco. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil.** v.2, Rio de Janeiro: Abrasco, 1983, p. 17-35.

TESTA, Mário. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

7. CONFORMAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE NO BRASIL: literatura contextual de base - resenhas

7.1. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva – Sérgio Arouca. (1975)

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Unesp-Fiocruz, 2003 [1975].

O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva apresenta a tese defendida por Antonio Sérgio da Silva Arouca para a obtenção do título de doutor em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Universidade Estadual de Campinas, em 1975. No livro em que foi transformada sua tese, após sua morte, os diversos capítulos da tese são alinhavados por artigos e comentários de diversos autores, como Anamaria Testa Tambellini, Everardo Duarte Nunes, Gastão Wagner de Souza Campos, Jairnilson Silva Paim, Paulo Buss e Roberto Passos Nogueira, entre outros.

Arouca destaca que a crítica feita pelo movimento preventivista inicia pela caracterização de um suposto oponente – a medicina curativa. As principais críticas que a medicina preventiva coloca, provocam uma fratura no modo vigente de compreensão da medicina (puramente curativa), das quais o autor destaca a ineficiência dessa prática, que se descuida da prevenção, a especialização crescente da medicina, o conhecimento médico com ênfase no puramente biológico, as relações da medicina com as coletividades e a educação médica centrada em uma "ideologia curativa".

O autor afirma que a origem da medicina preventiva "é um foco discursivo" composto pela tríade conhecimento, prática e educação médica e que para realizar sua

análise irá utilizar-se de ferramentas como a metodologia arqueológica de Foucault em aproximação com o materialismo histórico, principalmente com o conceito de ideologia. Como afirma Everardo Duarte Nunes em seu artigo, Arouca, utilizando-se de Althusser, mas tendo como referência a metodologia de Foucault, busca um esquema conceitual que possibilite "passar sobre as estruturas aparentes e ascender ao nível profundo (ou a essência) do fenômeno estudado.

Do mesmo modo em que provoca fraturas na prática da medicina puramente biológica e curativa, a medicina preventiva, conforme afirma Arouca, também produz rachaduras nos modelos educativos, provocando discussões, críticas e mudanças na proposta flexneriana de formação médica. No entanto, para o autor, o movimento preventivista se liga a uma nova maneira de adjetivar a medicina, permanecendo assim uma relação de identidade, embora também de mudança, na medida em que tem como objeto a saúde e a doença, a prática e a educação médicas. Não se trata, portanto, de produzir novas práticas e discursos de modo independente da própria medicina e do entendimento de ciência (biológica e/ou social), mas dentro dos mesmos, provocar fissuras, rachaduras e com elas a possibilidade de re-colocar a medicina sob uma perspectiva distinta.

No capitulo que trata de Medicina Preventiva e Sociedade, Arouca destaca que a unidade mais simples a ser considerada, no interior da medicina, é o cuidado médico. O autor define o cuidado como "um processo de trabalho que se compõe de conhecimentos corporificados e uma relação social específica" em busca de satisfazer "as necessidades humanas determinadas pela experiência histórica dos sujeitos diante do modo de andar a vida". Destaca ainda como características do cuidado médico: uma unidade de produção e de consumo, simultaneamente; que implica em três valores distintos: seu próprio valor como unidade de troca, os valores vitais que toma como objeto e os valores de uso "socialmente atribuídos a esses valores vitais", afirmando, finalmente, que o cuidado médico como processo de trabalho implica inter-relações entre "conhecimentos, técnicas, relações sociais e necessidades a serem satisfeitas".

Ao assumir estas características como concernentes ao cuidado médico, Arouca situa a própria medicina não só no campo da ciência, mas como modo de produção que se relaciona, produz e gera tensões também com modelos econômicos e a maneira como estes modelos se relacionam e produzem uma determinada valoração ao cuidado médico, em suas diferentes ênfases, ou seja, para o autor, se o cuidado médico é também um lugar de consumo, isso implica falar em um "setor de consumo produtivo" em que a produção do instrumental médico está de alguma forma determinada pela produção e em acordo com os interesses de mercado, tal como equipamento e medicamentos, por exemplo.

O autor destaca ainda que, pela articulação entre a medicina e o econômico, especificamente no modo de produção capitalista, o trabalho médico pode assumir diversas formas: assalariado diretamente pela indústria, assalariado de uma empresa de prestação de serviços ou assalariado pelo Estado. Assim, para Arouca, a medicina "no interior do modo de produção capitalista, define-se como uma área de tensão", pois está relacionada ao mesmo tempo à expansão do capital "que envolve a universalização de mercadorias, a redefinição das categorias profissionais, a criação de necessidades não satisfeitas, a distribuição desigual de recursos e a tecnificação do cuidado", estando simultaneamente ligada aos problemas sociais "em que se afirma a ideologia da ética". O autor destaca ainda a existência do poder médico que se produz como medicalização desde a relação médico-paciente até as organizações e associações corporativo-profissionais.

Assim, a medicina preventiva incorpora-se ao trabalho médico de acordo com as possíveis características das várias formas deste trabalho e de acordo com as classes sociais às quais se dirige. Deste modo, para Arouca, "a eficiência (ou impacto) das medidas preventivas, choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção". No que se refere ao ensino, considerando o impacto que a perspectiva preventivista poderia ter em sua potência de re-organização de práticas e do conhecimento, a medicina preventiva ainda se define como disciplina "tampão", uma

pequena parcela da formação, geralmente considerada de menor importância e menos significativa, justamente pela importância, ainda vigente da prática médica centrada em modelos biológicos e na lógica de mercado.

A tese e o livro a que deu origem são densos pela novidade metodológica e conceitual que apresentam, sendo, ao mesmo tempo, de fácil leitura, pois os diversos autores e os artigos que percorrem a tese de Arouca vão auxiliando o leitor na compreensão de tal tese. É leitura indispensável, obrigatória mesmo, para todos aqueles que queiram compreender mais profundamente não só as origens da medicina preventiva, mas as relações entre medicina, ciência, modos de produção e práticas educativas em medicina de maneira geral. Por outro lado, como afirma Jairnilson Paim, após a leitura do Dilema Preventivista não é mais possível inocência ou ingenuidade diante da prática e da educação médica, pois as idéias de Arouca retiram a medicina e a prática médica do campo neutro da ciência e a entrelaçam, de modo inegável com os modelos e os modos de produção capitalista e liberais. Passados trinta anos da escrita, a obra de Arouca presente no livro é absolutamente atual e mostra grandes desafios, seja para a produção de conhecimento, para a produção das práticas do cuidado ou para a formação em saúde.

7.2. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia - Madel Luz. (1979)

LUZ, Madel. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986 [1979].

As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia teve sua primeira edição em 1979. Realiza a análise do poder institucional médico e sua inserção nas conjunturas 1960-1964 e 1968-1974, realizando uma discussão a respeito das políticas de saúde, das condições de saúde da população, da imagem das instituições de saúde nos jornais e da prática médica tal como era exercida na instituição que se tornou o sítio privilegiado da produção-reprodução do saber médico: o hospital universitário. Madel Luz refere que a questão das instituições de saúde no Brasil devem ser pensadas como políticas que o Estado desenvolve face à saúde da população. A perspectiva do livro de Madel Luz é a de uma análise institucional da saúde como questão política: a sociedade brasileira vem tomando a saúde como presença/ausência relativa de doença, enquanto o problema das condições de vida da população se torna um problema de Estado. A autora enfatiza que as instituições estatais de saúde, como instituições médicas, são portadoras de um discurso tecnocientífico e praticam este discurso-saber sob forma de intervenção maciça e organizada na vida de diversos setores da população, o que torna as agências políticas estratégicas na contenção e controle da doença coletiva. Entende saúde como questão política, pois por meio de um conjunto de instituições médicas, restringe-se a discussão e a decisão sobre a origem – social ou não – e a extensão das doenças da população ao interior da sociedade política, isto é, ao interior do Estado no sentido restrito e restritivo de seus aparelhos.

O primeiro ângulo de visão que a autora traz é o de que ocorreu uma confinação do *lócus* institucional do saber sobre a saúde ao interior de determinadas agências

médicas, *a priori* consideradas as únicas legítimas em definir, face à sociedade, doença e saúde. A interrogação pertinente é por que outras agências, não médicas ou não estatais, ligadas politicamente aos grupos e classes sociais atingidas pelas políticas de saúde, ignorariam *a priori*, tudo de suas condições de saúde, de suas condições históricas de existência. O limite dos discursos sobre saúde como atributo do interior fechado das instituições médicas inicia-se em 1964 e se estrutura definitivamente após 1968.

A construção de um discurso hegemônico que se implanta na saúde exclui, enquanto projeto político institucional alternativo, todo e qualquer outro discurso que não tenha sua razão, sua racionalidade. Esta nova racionalidade na saúde se estrutura em quatro características principais: integração do discurso médico ao do desenvolvimento econômico; centralização de órgãos e instituições de saúde que sinalizam um projeto histórico de implantação de hegemonia por meio de uma estratégia de centralização institucional que tem o efeito político fundamental de excluir, juntamente com órgãos e instâncias de decisão, discursos institucionais provindos de setores sociais não dominantes, ou seja, se implanta um projeto institucional médico que favorece os interesses dominantes recém-organizados no Estado por oposição aos interesses – não hegemônicos – da totalidade dos grupos excluídos do poder; controle do poder decisório e dos recursos institucionais por órgãos técnicos centralizados estratégicos; e a generalização da medicina como fator estratégico na implantação de uma hegemonia de classe, isto é, a universalização da atenção médica previdenciária e curativa é projeto de hegemonia de classe no sistema capitalista de produção, com um discurso medicalizante como solução para os graves problemas de saúde da população. Propostas de setores organizados das classes sociais (associações, sindicatos) são deixadas de lado.

O segundo ângulo da questão discutida pelo livro decorre do confinamento do discurso das políticas de saúde no interior das instituições médicas centrais. Remete ao problema da implantação de um modelo político-econômico e sua vinculação com a

estrutura dos serviços de saúde, por um lado, e as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, por outro lado. Diante destas considerações, a autora analisa quais são as propostas, em termos de políticas de saúde, do Estado, e argumenta que respondem aos interesses das indústrias farmacêuticas e de equipamento médicos. O papel político das instituições médicas transparece: medicalização generalizada como substitutivo do que é retirado da maioria pelas condições sociais da produção. Desta maneira, Madel é provocativa ao apontar que as Instituições Médicas têm sido um "santo remédio" para os males da saúde do povo.

A autora discute as instituições médicas como um caso ilustrativo da implantação do poder ideológico-político (hegemonia) da classe dominante; por outro lado, apresenta o reverso necessário desta implantação: a luta constante, a contínua resistência, ora aberta, ora disfarçada, face ao poder. Para sua análise, a autora busca autores da Análise Institucional francesa, Michel Foucault, Gramsci e outros.

O conceito de hegemonia elaborado a partir de Gramsci é utilizado para explicar a reprodução do domínio de classe nas formações sociais capitalistas: poder político-ideológico que a classe dominante procura estender ao conjunto da sociedade, à totalidade das classes e grupos sociais. Por Instituição entende o conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadoras da vida dos diferentes grupos e classes sociais). Em sua função de formar, a Instituição (escola, hospital etc.) não reprime, molda. Os efeitos político-ideológicos das instituições que historicamente nos concernem, as que se desenvolvem com a formação social capitalista, têm sido essencialmente três: formar, controlar e reprimir. A autora reflete que uma das formas mais importantes de controle das classes pelo Poder dominante faz-se, como adverte Foucault, pela manipulação dos corpos. Neste sentido, as instituições vinculadas à saúde e instituições médicas convertem-se progressivamente, em todo o mundo capitalista, em instrumento fundamental de enquadramento político das classes e, indiretamente, de manutenção do sistema de produção. Assim, o conceito de Instituições Médicas ou de Saúde diz respeito a tudo aquilo que está vinculado à

organização disciplinar, à conservação e à recuperação dos corpos, entendido como conservação e recuperação da capacidade de trabalhar. Neste caso, estão incluídas desde as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares até as faculdades de ciências médicas. As instituições médicas estudadas foram o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde, bem como as entidades responsáveis pela reprodução do saber médico, as Universidades.

Os efeitos principais das instituições médicas estatais são os efeitos organizadores e ideológicos. Efeitos organizadores na economia capitalista por garantir a reprodução e reparação da força de trabalho e efeitos ideológicos pelo papel de estruturar e definir, por meio de agências (como a Universidade e os médicos), o verdadeiro saber em relação à saúde, para todas as classes, estruturando simbolicamente, para toda a sociedade, representações de saúde e doença, e definindo "hábitos de saúde" que enquadram todas as classes sociais.

O que ocorre é um engolfamento de uma idéia de saúde pela noção de medicalização, ou seja, a saúde passa a ser sinônimo de medicalização e remete às instituições médicas. A saúde remeteria, nas formações sociais capitalistas, diretamente às condições globais de vida (alimentação, habitação, repouso, educação e participação decisória nos vários níveis da vida social). Remeteria, portanto, às condições em que se dá a produção social. Deste ponto de vista, o reduzir a saúde à ausência relativa de doença, a programas médicos curativos ou preventivos tem sido, no modo de produção capitalista, a forma política de eludir o problema das condições de existência nele vigentes. Esse projeto de medicalização (suprir medicamente a carência de saúde da população) fez com que o Ministério da Saúde se tornasse uma forma sofisticada de ortopedia social, expressão clássica de Foucault.

Ao analisar as políticas de saúde de 1960 a 1964, percebe as seguintes proposições: combate às endemias e epidemias, generalização da atenção médica, descentralização dos serviços, regulamentação e institucionalização da atenção médica.

Os discursos são sanitarista-desenvolvimentista, sanitarista-campanhista, assistencial-privatista e assistencial-estatista, revelando uma crise de hegemonia do discurso institucional, embora em 1963-1964 pudéssemos perceber uma dominância do discurso sanitarista desenvolvimentista.

As políticas de saúde de 1968 a 1974, contrariamente aos anos anteriores de pluralidade de discurso, mostraram-se numa conjuntura de um discurso único (não homogêneo é verdade): um discurso médico-assistencial privatista por meio de um conjunto de decretos-leis e programas. Este discurso se impõe também por intermédio de instituições: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) é seu aparelho central, macro-poder institucional. O hospital, crescentemente previdenciário, espaço privilegiado de reprodução do saber médico, portanto paulatinamente hospital universitário, micro-poder institucional. Um novo modelo de ensino e de ideologia médica tenta se implantar nas escolas médicas na década de 1970; o Ministério da Educação critica o modelo liberal e propõe que se adote um currículo médico que se adapte à nosologia das massas ("doenças comuns da população brasileira"), "um ensino voltado para a realidade".

Assim, há uma grande massa nos centros urbanos a ser coberta pela assistência médica. Há potencialmente toda a população a ser medicalizada. Enfim, um processo de universalização da medicina: a medicalização da vida social torna-se projeto político prioritário do bloco no poder. Os discursos e as práticas médicas invadem as relações sociais, conquistando espaços de outras instituições, ao mesmo tempo em que paradoxalmente o antigo aparelho médico, confinado no Ministério da Saúde, é despojado de muito destes espaços, já que seu discurso dominante, campanhista, e suas práticas, rotinizantes e burocráticas, não podem acompanhar o grande salto racionalizador de planejamento que vai embebendo as instituições como um todo, estatais ou privadas. Assim, o saneamento vai para o Ministério do Interior, a formação de profissionais fica no Ministério da Educação, a atenção médica vai, em 1974, para o Ministério da Previdência e Assistência Social. No entanto, o esvaziamento do

Ministério da Saúde estava longe de significar um esvaziamento das instituições médicas, pelo contrário, na medida em que outras instituições passaram a veicular um projeto médico. Produzindo hegemonia nos sistemas de pensamento e instituindo os saberes e práticas válidos e aceitos na saúde surgem as instituições médicas como estratégicas ao poder político sobre a sociedade.

7.3. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo – Emerson Elias Merhy. (1985)

MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papirus, 1987 [1985]

Emerson Elias Merhy discute o surgimento das práticas sanitárias no estado de São Paulo, buscando compreender as implicações deste processo no desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil. A leitura desta obra é importante porque fornece subsídios para a construção do argumento de que o Movimento Sanitário no Brasil se constitui como forte crítica ao modelo capitalista de organização social.

No texto, Merhy desenvolve uma abordagem histórica e crítica das práticas sanitárias no interior das relações sociais capitalistas que se efetivaram originalmente na Inglaterra para, desta maneira, analisar como as práticas sanitárias emergiram e se efetivaram como práticas sociais no interior da sociedade paulista.

A obra é dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo, intitulado "*As práticas sanitárias e as relações sociais capitalistas*", Merhy descreve as práticas sanitárias como parte da estruturação do social, por se tratarem de práticas sociais estruturadas. Para compreender o nascimento das relações sociais capitalistas e o surgimento das práticas de saúde, o autor faz um resgate histórico da Inglaterra desde o século XVII até o século XVIII, pois a Inglaterra é vista pelo autor como pólo hegemônico do desenvolvimento do capitalismo.

Tomando como base a análise da emergência do capitalismo na Inglaterra e das práticas de saúde instituídas neste contexto o autor desenvolve o argumento de que estas últimas podem ser caracterizadas como *práticas constitutivas de sociedades capitalistas em geral*. Para o autor, a dinâmica das relações de produção capitalista determina o

campo de prática e saberes onde se organizam as ações coletivas de saúde. Neste sentido, as práticas sanitárias tomam como seu objeto os grupos sociais enquanto classes sociais e o meio ambiente enquanto lugar de produção do capital e de reprodução das classes sociais.

No segundo capítulo, intitulado *"A emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo"*, o autor toma o exemplo do surgimento das práticas sanitárias na Inglaterra vinculadas ao desenvolvimento do capitalismo para compreender como este processo se deu no Brasil, particularmente no estado de São Paulo. A escolha da Inglaterra não é fortuita, pois a industrialização e a urbanização que levaram à medicalização dos ambientes se deram sob a forma de uma reforma social transformada em reforma sanitária. O processo inglês, como se sabe, guarda semelhança com o processo francês e alemão, mas o sanitarismo na Inglaterra indica com clareza como as práticas sanitárias podem ser caracterizadas como práticas constitutivas da sociedade capitalista, organizando um campo de práticas e de saberes em saúde com participação estrutural na divisão de classes da sociedade.

Conforme Merhy, no Brasil, no fim do século XIX, o processo de crescimento das cidades, impulsionado pela ascensão do grupo cafeeiro de São Paulo, muda o cenário da mão de obra, até então escrava, exigindo que se tenha um exército de trabalhadores livres e um espaço físico urbano de produção do capital onde o processo produtivo se efetivará. Para o autor, neste contexto, as práticas sanitárias tinham como objetivo a reprodução do espaço urbano e da população de trabalhadores, segundo a ótica estrutural do modo de produção capitalista. As práticas sanitárias, a partir do interesse do capital, passaram a viabilizar a ocupação do espaço urbano, se tornando um importante instrumento de reprodução da força de trabalho e das condições materiais, segundo as necessidades impostas pelo processo de acumulação do capital.

O autor conclui o livro argumentando que tanto o campo das práticas sanitárias quanto as instituições que se efetivam a partir delas apresentam relações com a

dinâmica das classes sociais. Evidencia, desta forma, que o lugar social de efetivação destas práticas acaba sendo determinado pelo processo de dominação/subordinação que se concretiza no confronto entre as classes sociais das sociedades capitalistas e que, portanto, os técnicos da Saúde Pública trabalham a partir de um conhecimento que é instaurado de acordo com os interesses das classes sociais dominantes.

A leitura do livro contribui à compreensão das práticas sanitárias como um importante instrumento para a consolidação do capitalismo, o que remete à idéia de que as opções políticas de construção das práticas sanitárias não se dão de forma neutra, mas constroem cenários distintos de intervenção em Saúde Pública.

Com intuito de introduzir uma reflexão contemporânea sobre a temática, Merhy acrescenta a esta edição, um apêndice produzido por Gastão Wagner de Souza Campos, intitulado "*Subordinação da saúde pública à dinâmica da acumulação capitalista: ou, breve história do ocaso da saúde pública*". Nesta reflexão, Souza Campos, analisa os caminhos que as práticas sanitárias seguiram de 1930, período onde Mehry termina sua análise, até o contexto de surgimento do movimento sanitário, na década de 1970.

A partir de 1930, apesar da aceleração do processo de industrialização, inicia-se o que Souza Campos chama de "ocaso" da Saúde Pública no Brasil. Trata-se, do processo de perda progressiva de importância da Saúde Pública dentro do conjunto de políticas sociais do Estado, constituindo-se, ao mesmo tempo, como um paradoxo ao permitir a expansão da estrutura sanitária na extensão nacional. Compreender este enigma, para Souza Campos, constitui o principal desafio aos que querem reconstruir a história da Saúde Pública no país.

O livro de Merhy classifica a compreensão do caráter social das práticas de saúde e como elas constituem/instituem relações sociais, inclusive as de classe social. Em lugar delas, então, as práticas sanitárias contribuíram para uma sociedade sem classes ou mais democrática pela noção de direito universal à saúde, elas têm

contribuído para acentuar o caráter de classe do Estado brasileiro. É como se pudéssemos dizer de um caminho antipopular, porque os interesses são os da classe dominante, não do povo em geral. Ocorre desse modo um empobrecimento do lugar de promoção de vida a ser ocupado pela saúde, guiando-se suas ações pela perspectiva medicalizante.

7.4. Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento – a defesa da prática liberal da medicina – Gastão Wagner de Sousa Campos. (1988)

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Os médicos e a política de saúde**: entre a estatização e o empresariamento – a defesa da prática liberal da medicina. São Paulo: Hucitec, 2 ed. 2006 [1988].

Originário de sua pesquisa de mestrado, o livro de Campos, "Os médicos e a política de saúde", apresenta uma recuperação histórica da evolução das práticas médicas e das ações político-sociais correspondentes. O estudo abrange o período entre 1970 e 1984, não se detendo à cronologia da história, mas às práticas políticas de diferentes frações da categoria médica e seus reflexos na organização dos serviços de saúde, compreendendo a medicina profissional como produtora dos serviços dos quais questiona qualidade, responsabilidade e resolutividade.

O capítulo I, denominado "Algumas questões de método: um estudo sem números ou tabelas", apresenta a construção metodológica do texto produzido e alguns referenciais conceituais importantes para a compreensão tanto das opções metodológicas, quanto da abordagem do tema a ser explorado. A proposta inicial de abordagem quantitativa para aferição de opinião pública com representantes da categoria profissional estudada, foi abandonada quando explicitou-se que, mais do que números e tabelas, a trajetória histórica da relação dos médicos com a construção de políticas de saúde, deveria ser abordada a partir da memória registrada e contada por representantes de entidades médicas que estiveram presentes no período de crise estudado. Revistas, jornais, notícias e entrevistas foram os instrumentos de pesquisa utilizados, tendo sido consideradas entidades como: Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Paulista de Medicina (APM), o Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp), o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp),

o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (Simerj) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam). As categorias analíticas inicialmente planejadas buscavam identificar a dicotomia e a contraposição política entre sindicatos e associações, assim como médicos assalariados e médicos liberais. Contudo, a percepção de que nem sempre as representações sociais e políticas das entidades representavam recortes lineares das políticas profissionais, e, sim, que o caráter por elas assumido estava relacionado às correntes políticas das direções que controlavam cada entidade, fez com que a abordagem e os marcadores analíticos fossem modificados. O estudo da ação de uma categoria profissional em prol de interesses corporativos ("movimento médico") se desenvolveu quando ocorreu a compreensão de que são correntes de pensamento em espaços de poder que definem a ação político-social das entidades, são perspectivas ideológicas e operacionais que marcam as práticas discursivas (que provocam opiniões) e as práticas táticas (que provocam condutas).

O texto apresenta, como um primeiro produto e também marcador da análise, a existência de três correntes políticas relevantes na história do movimento dos médicos abrangidas pelo período estudado. A primeira, designada como kassabismo, refere-se à liderança de Pedro Kassab até meados dos anos 1970 na presidência da AMB, quando desenvolveu uma política centralizadora e personalista, conservadora e tradicionalista, defendendo valores liberais da prática médica. A segunda, designada como Movimento de Renovação Médica (Reme), almejava a transformação da prática e do discurso do movimento e foi conduzida prioritariamente pela ação do Simesp. A terceira corrente identificada foi designada como neoliberalismo e se propunha a um movimento de modernização do kassabismo onde se agregavam dissidentes do Reme, tendo se constituído a partir de 1980 na Associação Paulista de Medicina e projetada a partir de 1983 na AMB. Como marcadores de análise foram consideradas quatro relações de trabalho estabelecidas pela categoria médica: o trabalho liberal, o assalariamento, a categoria dos proprietários e a autonomia. Tornam-se importantes tais marcadores pois a hipótese inicial do estudo baseia-se na polêmica do trabalho autônomo da medicina

como definidor da organização dos serviços de saúde e da ação política dos médicos na produção de capital e na constituição do Estado brasileiro.

A investigacão sobre a organização dos serviços de saúde e sua produção se embasa nos serviços médico-hospitalares e na capitalização da produção de serviços, acompanhada da racionalização da assistência médica e das relações estabelecidas com a Previdência Social (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps), bem como com empresas prestadoras de serviços. Alguns achados apresentados indicavam uma tendência a crise do modelo liberal pelas relações trabalhistas. A hipótese explorada foi a de que as formas de trabalho são valorizadas pelas "relações" de trabalho conferidas ao médico, surgindo a "autonomia" como invenção que adapta o tradicional liberalismo ao capitalismo. As relações de trabalho induzem a produção de serviços, promovem a organização social da categoria e definem correntes políticas no interior da corporação, por onde se expressarão projetos ideológicos e práticas sociais das entidades representativas. A crise do kassabismo foi reforçada pelo avanço da estrutura capitalista do Estado, com a ampliação da produção de serviços na lógica da comercialização, por meio de ações individualistas e racionalizadas, produtoras de mais-valia para as indústrias médico-hospitalares e de fármacos. Esse avanço da medicina comercial, caracterizada pela ampliação da medicina de grupo e pela contratação sistemática de serviços em hospitais privados, teve importante influência do financiamento da Previdência, já que o Estado organizava-se para comprar os serviços ao invés de prestá-lose. Essa conformação se refletia na organização dos médicos, que tensionavam para o estabelecimento de relações de trabalho menos precarizadas e criticavam esse modelo de prestação de serviços à população. Nesse período, uma crise na Previdência Social acarretou a mudança na estrutura do Estado levantou críticas e sugestões que se materializaram em proposta de Estado para a reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. Tal processo estimulou uma maior organização do movimento médico, que não abandonou a agenda da prática liberal tradicional em favor dos trabalhadores médicos

assalariados, mas empreendeu um reajuste das concessões liberais às novas condições sociais. A autonomia profissional desponta com a luta que dá maior influência aos neoliberais no pensamento corporativo.

O capítulo II, denominado "Kassabismo: movimento de defesa dos valores tradicionais da profissão médica", conta a evolução histórica da organização dos médicos num período onde prevalecia uma organização da categoria sob a perspectiva conservadora, na lógica do liberalismo clássico, de inserção autônoma do profissional no mercado de trabalho, numa sociedade capitalista e industrializada, que considerava o profissional como uma força produtiva. Nessa época, os movimentos de greve por parte dos médicos, reivindicando melhores salários e condições de trabalho, não eram apoiados pela AMB; ao mesmo tempo em que a crise do Inamps acarretou medidas de compensação como a autorização da cobrança extra ao sistema previdenciário. Além disso, as críticas ao regime militar e aos encaminhamentos das entidades médicas quanto ao exercício profissional, dispararam o descontentamento por muitos médicos. A discussão sobre o ato médico e a dita "soberania" da profissão do médico na produção de ações de saúde foi intensificada nesse tempo. As práticas kassabistas, que concebiam o médico como centro das ações e políticas de saúde, produtor autônomo de serviços e sustentador de uma política econômica e social que estruturava o Estado numa lógica capitalista liberal conservadora. Essas práticas foram marcadamente criticadas juntamente com a crise do regime militar e a crise do Inamps, que revelava fraudes nos grandes hospitais e possibilitou o avanço do movimento de renovação.

O capítulo III, denominado "*O movimento de renovação médica*", retrata a história desse movimento, disparado a partir do Rio de Janeiro e São Paulo, que buscava homogeneizar as relações de trabalho, contemplando apenas o assalariamento como forma de inserção no Mercado. Também registrava a oposição ao regime militar e buscava a construção de uma democracia forte com outros segmentos sociais. O Reme conquistou vários postos de poder dentro das entidades da categoria; destaque para a direção do Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo, que procurava combater a

mercantilização da medicina e construir uma política de saúde que atendesse aos interesses da população. O Reme teve avanços e recuos nas bandeiras de luta, teve discordâncias com as ações sindicais que limitavam a liberdade sindical. Não conquistou significativos aumentos salariais, mas avançou no reconhecimento de direitos trabalhistas, enfrentou discordâncias com as formas de credenciamento e financiamento do Inamps, propôs mudanças nas estruturas dos serviços, contudo, muito pouco avançou na discussão mais aprofundada sobre as relações de trabalho e o papel dos médicos na implementação e viabilização das políticas de saúde.

O capítulo IV, denominado *"Recomposição modernizadora do liberalismo: o movimento articulado por Nelson Proença"*, retrata o aparecimento de uma nova corrente política, muitas vezes confundida com o antigo kassabismo, que buscava resgatar a defesa dos interesses corporativos da categoria médica. Os chamados neoliberais, liderados por Nelson Proença, se articularam com setores kassabistas e dissidentes do Reme, para construírem propostas de ação pautadas no reconhecimento dos problemas da categoria e do Estado como articulador e financiador da rede de serviços. Trabalho intensivo para afrontar a crise do Inamps foi desenvolvido, incorporando bandeiras pela garantia dos direitos dos médicos de serem bem remunerados e de terem boas condições de trabalho. O médico autônomo novamente era defendido, bem como o estímulo à criação de cooperativas médicas e a defesa do exercício liberal da medicina em detrimento da estatização dos serviços de saúde. Os neoliberais consideravam éticas essas organizações e justificavam a crise do modelo assistencial pela contenção de gastos do Inamps, reforçando uma aproximação com o setor hospitalar e defendendo um sistema de financiamento que garantisse os direitos dos médicos. Os interesses da população apareciam como direito à assistência médica nos moldes liberal-privatistas, negando razões públicas e potencialidades de um sistema de atenção integral, sabendo-o fraudulento, como constatado na previdência. Contudo, com a crise se intensificando e as fraudes sendo comprovadas, os neoliberais começaram a defender mudanças na estruturação do modelo assistencial. Defendiam o

controle pelo Ministério da Saúde, onde deveriam ser estabelecidas entre os entes federados responsabilidades pactuadas e onde a produção autônoma de serviços e as cooperativas médicas seriam agregadas num clima de confiança entre o setor público e setor privado regulado. No entanto, no estado de crise que se encontrava o sistema de saúde, as mudanças propostas previam a estatização das ações e serviços de saúde e os neoliberais posicionaram-se com críticas veementes ao proposto, com discursos que evidenciavam a defesa de garantia de financiamento à iniciativa privada. O projeto de *medicina sanitária* (concepção de serviços básicos de saúde ou atenção primária à saúde a ser provida pelo Estado às populações pobres), em convivência com uma *medicina assistencial* (concepção de atendimento ao doente a ser majoritariamente financiada pelo Estado de modo a baratear seu custo por uma parcela consumidora de consultas, exames e procedimentos e atenção diferenciada), marcou a relação que se estabeleceu entre os neoliberais e as estruturas do Estado que buscavam a reorganizacão dos serviços de saúde e demonstra com a adesão dos médicos ao modelo de assistência vigente, considerada prioritária a sua manutenção ainda que isso impedisse a extensão de cobertura.

A partir desse resgate histórico é possível compreender a influência liberal na organização da categoria médica, bem como sua atuação social, com reflexos na organização do Estado brasileiro. O predomínio dos interesses dos médicos sempre justificou a organização do movimento desenvolvido. Posturas de hegemonia dessa categoria profissional na estruturação e organização de significativas políticas públicas determinaram relações sociais e de organização do nosso Estado ainda hoje complicadas e pouco explicadas. O papel que a categoria médica tem na organização do sistema e das ações de saúde é melhor entendido a partir da busca por implicações históricas que esse movimento teve na determinação de um discurso e práxis por tantas vezes ainda questionado socialmente. A relação dos médicos com outros segmentos profissionais da saúde, com outros segmentos sociais, com o Estado e com o sistema capitalista de produção de serviços pode ser interpretada por condicionantes e

determinantes históricos que estruturam ainda hoje o sistema de saúde brasileiro. Apesar da crise do movimento médico e da valorização da saúde coletiva como um movimento social formulador e implementador de políticas públicas de saúde mais democráticas e solidárias, desafios e dificuldades caracterizaram a "adesão" dos médicos à luta por um sistema universal (de prestação pública direta ou regulado pelo interesse público). O papel social dos médicos na construção da reforma sanitária, apesar das décadas de construção e valorização dos serviços privados em ações autônomas e liberais, não hesitando em orientar suas políticas "segundo o mais estrito corporativismo, regendo qualquer reforma que não privilegiasse ou pelo menos mantivesse intactos os interesses dos médicos". Campos lembra, então, dois dados a destacar: 1) o padrão de julgamento, invocado para justificar posições adotadas em função do corporativismo, foi sempre a ética médica, construída segundo a lógica do médico enquanto produtor autônomo de serviços, atribuindo razões conjunturais às crises estruturais e a crise resultaria da incompetência administrativa do Estado, tomado como intrinsecamente menos eficiente que a iniciativa privada. 2) a lógica que informa as ações de controle do Estado nem sempre é a de elevação da qualidade técnica do ato médico; muitas vezes é orientada exclusivamente pela diminuição de custos e aumento de produtividade, o que tem municiado as entidades médicas a se oporem às propostas oficiais de "normatizações técnicas", "supervisões e reciclagem do conhecimento" e outros mecanismos de controle usados pela tecnoburocracia dos serviços de saúde.

7.5. Planejamento sem normas – Everardo Duarte Nunes; Gastão Wagner de Souza Campos e Emerson Elias Merhy. (1989)

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989 [1989].

No campo da saúde, o debate sobre os modelos tecnoassistenciais apresenta-se como fundamental para a compreensão sobre o modo como a saúde é produzida. Trata-se de um processo composto pela organização da gestão e da atenção à saúde e pelos arranjos institucionais dos serviços e de sua posição na rede de saúde. Saberes tecnológicos e perspectivas de saúde interagem no processo de trabalho, expressando diferentes projetos tecnopolíticos para a área. Estas produções são constituídas no embate político entre diferentes interesses econômicos e sociais. De uma maneira ou de outra todas as pessoas envolvidas no trabalho em saúde estão disputando e sendo disputadas na modelagem tecnoassistencial, porque todo modelo tem uma visão e posição diante dos outros modelos. Todo *modelo* contém um projeto político, uma visão de saúde, de doença, de cuidado, de tratamento, de escuta e de trabalho, não se trata apenas de uma organização racional dos saberes e disposição das ofertas tecnológicas.

Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy e Everardo Duarte Nunes são pensadores importantes do campo da saúde coletiva com reconhecida produção sobre a gestão do setor e das práticas de saúde. Dedicaram-se ao longo de suas investigações científicas à análise da temática dos modelos tecnoassistenciais. Assim como eles, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves é outro desses autores-referência, mas Planejamento Sem Normas, de autoria dos três primeiros pensadores, pode ser considerada uma obra capital para esse tema, a começar pelo seu título. De certo modo, um planejamento sem normas deveria acompanhar todo planejamento ordenado por normas (de gestão, de avaliação, de educação na saúde).

Compõe o livro *Planejamento sem normas*, organizado em 1989, uma coletânea de artigos sobre o planejamento e a administração dos serviços de saúde. Influenciados por perspectivas contemporâneas, os autores não se ocupam em estabelecer soluções prontas ou regras universais de gestão da saúde, entretanto, estabelecem uma importante discussão histórica e política, explorando diferentes ângulos dos conflitos e dos cenários da saúde.

Interesses democráticos e interesses de mercado, práticas sociais e práticas científicas, lógica pública e lógica privada do financiamento das ações de saúde, trabalhadores e agentes tecnopolíticos de saúde, estratégias e insumos, bem como, atitude corporativa e atitude cidadã em saúde são dualidades em disputa abordadas nas 134 páginas do livro. Uma coletânea analítica que contribui para a formulação política e o agir na gestão e a avaliação da saúde.

O papel dos formuladores de políticas, suas relações com e no interior do Estado e correntes sanitárias na conformação de modelos tecnoassistenciais e na compreensão das políticas sociais que lhes são correspondentes foi posteriormente abordado por Merhy em *A Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas* (Hucitec, 1992).

No capítulo intitulado *"Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate"*, entretanto, Souza Campos desenvolve uma análise sobre aspectos relevantes da modelagem da assistência à saúde no Brasil ou, nas suas palavras, o "modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las". O autor identifica três modelos mais significativos e ainda presentes na arena política nacional do campo da saúde:

a) o *modelo liberal-privatista*, mais antigo modelo assistencial e predominante no país. Nele, a produção e a distribuição dos serviços seriam organizadas pelo

mercado. Nesta lógica, a livre concorrência – aspecto fundamental da invisível mão regulatória do mercado – recebe o nome de "livre-escolha" do médico ou do serviço de saúde e o consumidor seria o responsável por esta escolha e suas conseqüências. Neste modelo, os usuários pagariam pela assistência por meio do desembolso pessoal e/ou do seguro privado ou, ainda, por meio da contribuição previdenciária. O autor descreve que esta gestão empresarial dos serviços de saúde acaba desenvolvendo investimentos somente onde existe maior e mais rápida possibilidade de lucro, pois o principal objetivo deste modelo é o saldo positivo entre receita e despesa. Um modo de produzir saúde que foi fortalecido em virtude do financiamento e da compra estatal de serviços privados de saúde. Mesmo com a intervenção do Estado para expandir a assistência médico-sanitária para toda a população, ocorreu uma enorme desigualdade de acesso aos diferentes serviços de saúde, pois somente uma pequena parte da população com maior poder aquisitivo consumiria a medicina especializada de consultório e a complementaria pela rede de hospitais altamente especializados. Para o restante da população que usa os serviços comprados pelo Estado, seria ofertada apenas uma rede de serviços com baixa resolutividade – *postinhos de saúde* – e prioritariamente voltada ao controle de endemias, além de hospitais conveniados e credenciados com o Estado. Os diferentes problemas constatados neste modelo são de ordem financeira (falta de recursos); de eficácia (não produz impacto sobre os problemas de saúde); de legitimidade (desigualdade na distribuição de benefícios de saúde e de distribuição de renda aos trabalhadores do setor). Contudo, o modelo liberal-privatista impregna os investidores financeiros do setor da saúde, por diferentes corporações profissionais da saúde e os setores economicamente mais privilegiados da sociedade.

b) o *modelo racionalizador/reformista*, modelagem representada por um tipo de rearranjo do modelo anterior. Este modelo fortalece a capacidade do Estado em produzir serviços de saúde, introduzindo práticas de planejamento mais democráticas do que aquelas estabelecidas exclusivamente pelo mercado, entretanto, em função do convívio com a lógica de mercado, adentram, nos serviços *reformados*, princípios e

modos de organização liberais. O autor comprova que, nesta mescla de modelos, os centros de saúde são transformados em pronto-atendimentos e hospitais e recursos públicos acabam sendo administrados como privados.

c) do *Sistema Único de Saúde, projeto a ser construído,* modelo que rompe com a lógica do mercado na organização dos serviços. Não mais o lucro, mas, sim, as necessidades de saúde dos indivíduos e da população como o grande critério de organização da produção e distribuição das ações de saúde. A proposta deste modelo seria ofertar todos os serviços de saúde – em seus diferentes níveis de complexidade e de custo – a todos os cidadãos. Neste modelo, continuaria a existir o mercado privado da saúde, mas de maneira alternativa, sendo direcionado para aqueles que optam pelo pagamento dos serviços privados de saúde. A ampliação da Rede Básica ganha caráter estratégico neste modelo, pois garantiria atendimento a todas as pessoas em suas necessidades mais freqüentes, com o mínimo de deslocamento e afastamento das suas coisas cotidianas, tendo como tarefas principais, nas palavras do autor, prover o atendimento ambulatorial básico às intercorrências clínicas de todas as faixas etárias e concomitantemente desenvolver ações de saúde pública. Atendimento básico e especializado deveriam estar organicamente integrados, o que demandaria um forte investimento técnico, político e financeiro nesta dimensão do sistema. Teríamos, então, uma complexidade própria da Rede Básica que diverge totalmente da idéia do básico como barato, pobre e primário, referindo-se a uma modalidade de abrangência tecnoassistencial.

O autor afirma que o modelo a caracterizar o SUS demandaria um planejamento estratégico que levasse em conta aspectos técnicos e políticos; uma coordenação que conhecesse a realidade epidemiológica regional de cada serviço e uma gestão democrática com participação ativa dos trabalhadores e dos usuários nos processos decisórios de organização das ações e dos serviços de saúde.

Os três modelos assistenciais continuam atuantes e em disputa por hegemonia político-gerencial nos modos de produzir saúde. Um embate que diz respeito a todos os atores sociais do campo da saúde, os quais, de um jeito ou de outro, são, simultaneamente, formuladores, gestores e avaliadores de alguma das instâncias desse embate.

7.6. Inventando a mudança na saúde – Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. (1994)

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006 [1994]

O livro tem como eixo condutor da temática desenvolvida a tese de doutoramento de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, intitulada "Inventando a mudança na Administração Pública: reconstituição e análise de três experiências de saúde", defendida na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 1993. Nessa tese foram analisadas formas alternativas de gestão do setor público, na perspectiva de pensamento do Movimento Sanitário. Dois outros capítulos densificam a obra, de Gastão Wagner de Souza Campos e de Emerson Elias Merhy, que tratam de assuntos complementares aos abordados na tese.

No Prólogo, Cecílio apresenta a estrutura teórico-metodológica do livro, explicitando o conceito de "sujeito" como um "ator que provém de relações sociais, e que é político, tem planos, interage no processo social, e cria fatos políticos". Ao considerar a necessidade de incorporar o aspecto político ao planejamento e à administração pública, fundamenta-se nas formulações de Merhy sobre as políticas sociais, aquelas que organizam processos assentados na política, entre interesses e agrupamentos de interessados em um contrato social que diz respeito à natureza de classe de cada Estado em particular e no interior do qual ocorrem mecanismos de decisão. Políticas sociais deveriam se referir aos interesses da maioria social e não daqueles com maior poder político. O material empírico analisado no livro oferece experiências que aproximam formuladores e *decisores* e nele são examinadas situações experienciadas no contexto brasileiro. Nestas situações, o ator Movimento Sanitário, como portador de um discurso e de uma práxis política de compromisso com o social, esteve na direção de instâncias do aparelho do Estado, na oportunidade de adotar

políticas de caráter social, tanto em uma ampla região de saúde como em uma secretaria municipal de saúde ou de um hospital público. Ou seja, três distintas abrangências, três potencialidades e três realidades. Assim, o autor contribui à reflexão sobre a teoria da administração pública do Brasil, no caso da saúde.

Após uma breve história do Movimento Sanitário, refere-se a ele como sujeito dotado de organicidade e que nasceu em busca da sua personagem, as classes populares, uma vez que já existia antes que essas se organizassem para criá-lo, em movimentos sociais posteriores (por tornar-se um sujeito político se torna ator social). Faz considerações sobre diferentes matizes de opiniões existentes nesse movimento, que motivaram diferentes questões táticas relativas à condução da Reforma Sanitária no Brasil, mas destaca questões estratégicas irredutíveis: a defesa intransigente do Estado na prestação de serviços de saúde e coordenação do Sistema Único de Saúde, na necessidade de controle popular deste sistema e no desenvolvimento de formas de gestão e planejamento mais voltadas para a *defesa da vida* que para a defesa de *interesses privados*.

O autor alude sobre a possível e necessária intervenção no âmbito do aparelho de Estado como parte de uma estratégia de mudança que deseja uma sociedade de cidadãos. Cita a advertência de Jaime de Oliveira, para quem uma mudança exige a devida problematização e devido enfrentamento dos temas básicos de quebra de modelo de Estado autoritário e de luta pela hegemonia. Aponta que um movimento contrário, poderia haver uma "ocupação e gestão humanizada do Estado capitalista", mas não inverter com as conhecidas conseqüências políticas de cooptação da população a um projeto social que não é o seu. Cecílio provoca o leitor a examinar os relatos no livro de modo a perscrutar a mudança real, não apenas identificar "experiências", para não ficar na maquiagem que apenas engana.

Cecílio refere que o modelo tecnoassistencial predominante é alicerçado na clínica, mas que se contrapõe à idéia fortemente defendida pelo Movimento Sanitário

brasileiro acerca da necessidade de uma gestão assentada no diagnóstico epidemiológico e nas necessidades de saúde. Critica que o uso da epidemiologia, como indutora do padrão de organização e oferta de serviços à população não tem se coadunado com um modelo tecnoassistencial "em defesa da vida", como ocorreu com experiências reconstituídas e analisadas no livro.

Os pressupostos gerais que delimitam o campo investigado e trabalhado pelo livro são: (1) que o movimento sanitário é um ator social, constituído de modo heterogêneo por diferentes sujeitos políticos ou blocos históricos, com singularidade decorrente de uma prática e um discurso, caracterizado pela defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e pela democratização da gestão dos sistemas de saúde; (2) que a atuação em instituições do Estado é válida como um espaço político de disputa de projetos societários que defendem a vida dos indivíduos e da coletividade; (3) que um modelo tecnoassistencial "em defesa da vida" é aquele que garante acesso dos cidadãos a todo desenvolvimento tecnológico disponível, a fim de melhorar e prolongar a sua qualidade de vida, desenvolve uma consciência sanitária que contribua para que os cidadãos lutem por suas necessidades legítimas, e desenvolve formas criativas e eficazes de controle social sobre o Estado; (4) que o foco de disputas entre atores sociais para inscreverem seus interesses como objetos das ações políticas concretas devem ser necessidades, demandas e direitos.

O Capítulo 1 é de autoria de Gastão Wagner de Souza Campos, sob o título "Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso do da saúde". Na primeira seção, Campos questiona sobre se haveria "possibilidade de mudanças, de reforma ou de revoluções com sentido humano e democrático", diante da falta de "vontade de indivíduos, grupos e coletividades" e sobre como recuperá-la "de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir novos projetos". Ademais, questiona sobre como conduzir mudanças institucionais articuladas a movimentos mais amplos de reforma social.

Defendendo a idéia de que as instituições públicas devam cumprir os objetivos que as justificam socialmente, advoga a necessidade dos usuários participarem mais da vida dessas organizações. Contudo, refere que a crise da saúde no Brasil se continua com a indiferença da sociedade. Assim o autor questiona: como e em que sentido reformar o sistema público de saúde?

Na segunda seção, o autor faz considerações teóricas sobre a castração da autonomia dos homens e afirma que "restaurar a confiança na razão depende, entre outras coisas, da reconstrução das noções de mudança, de transformação, de desenvolvimento e de progresso". Alude que entre os maiores desafios encontram-se: repensar os serviços públicos, sua burocratização e ineficiência e propor alterações radicais no seu funcionamento; inventar novos modos de organização, de praticar a clínica e zelar pela saúde pública, criando movimentos e contextos que favoreçam a constituição de sujeitos coletivos (atores sociais) para realizarem as mudanças indicadas como também para sustentá-las. Prossegue na terceira seção, detalhando sobre o papel da educação e gestão do trabalho na mudança.

Na quarta seção, explicita porque e como a clínica e a saúde pública devem ser reordenadas a fim de serem práticas efetivamente contributivas da defesa da vida e capazes de aumentar a capacidade de autonomia das pessoas. Na seqüência, o autor escreve sobre a reforma dos modelos de atenção e sobre as noções de vínculo, acolhida, cura e contrato e sobre a necessidade de projetos de construção de novos atores sociais para as mudanças necessárias. Faz uma pequena análise dos mecanismos sociais brasileiros envolvidos na produção de sujeitos, que ora os colocam como objetos, ora como autônomos, negando-se o lugar de ator social aos sujeitos quando ativos na luta por direitos, participação, autoria e liberdade. Por fim, questiona se no Brasil haveria condições para o aumento dos coeficientes de liberdade e de autonomia da maioria do povo.

No Capítulo 2, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio faz um depoimento, na condição de diretor de uma Diretoria Regional de Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, na gestão 1983/1987. Ele foi escrito para compor um livro (não publicado) que reuniria a experiência de participantes do Movimento Sanitário como dirigentes de órgãos públicos, em vários níveis do Sistema de Saúde e em todo o Brasil. Em seu depoimento, o autor descreve como as bandeiras do Movimento Sanitário puderam ser incorporadas na prática da Diretoria Regional de Saúde de Campinas. Contextualizou que a direção integrava o "governo democrático" paulista, em cujo programa de saúde estava presente a diretriz da descentralização. Descreve o contexto histórico e político que se mostrou favorável à experiência democrática: no campo das políticas públicas de saúde ocorreram nesse período o debate do Plano de um Conselho Consultivo de Administração Pública Previdenciária (Plano Conasp), em 1982, as Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1984, e a assinatura do convênio para um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987.

O autor iniciou seu relato referindo as greves dos funcionários da saúde, aos movimentos realizados e as respostas do colegiado de diretores da Secretaria de Saúde, com um posicionamento favorável à negociação. Nesse período, que ele denomina etapa sindical (1983/1984), houve uma busca permanente pela construção da legitimidade no interior da própria corporação. Sua base foi o próprio processo democrático de gestão, a realização de fóruns de debates e seminários e a descentralização efetiva do poder decisório.

Numa segunda fase (1984/1986), ocorreu a formulação de uma proposta de gestão democrática do setor público, em que houve um esforço pela construção de uma metodologia de gestão e de planejamento que incorporasse os princípios da participação e da democratização. Esta fase foi um desdobramento da sindical, uma vez que houve um processo participativo, como única forma de ganhar a adesão efetiva de trabalhadores para o projeto político de Reforma Sanitária. O autor refere que houve um grande esforço para tentar legitimar o setor estatal de prestação de assistência à saúde e

isto passava pela incorporação da assistência médica. Também houve uma busca por um modelo tecnoassistencial coerente com um projeto societário mais amplo. A legitimidade externa estava vinculada a esse projeto, para que evidenciasse um setor estatal operante, eficaz e efetivo. Diretrizes políticas que reforçavam a descentralização incorporaram o apoio de prefeitos, de vereadores e da sociedade civil organizada ao processo, o que constituiu um forte apoio para o projeto de mudanças e estatizante que estava em curso na Diretoria Regional. A experiência descrita revelou um projeto político e um processo de planejamento e gestão, coerentes e de reforço mútuo, capaz de implantar um modelo com construção de sucesso e não contraditório ou de *desassistência*.

O Capítulo 3 é de autoria de Emerson Elias Merhy, intitulado "Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial 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). O autor relata uma incompetência generalizada dos serviços de saúde brasileiros, públicos e privados, em relação ao atendimento das necessidades de saúde, tanto individuais como coletivas. Destaca o modelo liberal-privatista predominante, no qual os problemas de saúde são reconhecidos pela teoria do conhecimento que esse modelo legitima, orientado pela concepção designada como médico-hegemônica, onde a clínica ou a epidemiologia objetivam o trabalhador de saúde e o usuário, investindo-os de ações ritualizadas que não permitem compreender e abordar as necessidades de saúde como integralidade de atenção. Logo, o processo de resolução de problemas fica limitado, uma vez que não são usadas tecnologias apropriadas para atender às expectativas dos usuários, tratadas de modo individual ou coletivamente, e proporcionar-lhes o aprendizado em saúde que lhes possibilite autonomia em sua vida. O autor lembra que não basta injetar mais recursos no sistema, é preciso mudar a forma de gerir os serviços e de trabalhar em saúde. Sugere a reconstrução da idéia de autonomia do trabalhador em saúde, cujas ações não fiquem

dependentes das ações médicas, mas que sejam coletivas e, ainda, que seja criado nas instituições de saúde um processo que permita a participação dos usuários realmente interessados na saúde. Um processo de trabalho precisa ser regulado pela qualidade de ações que levam em conta a inteireza do andar a vida, não a hierarquia e padronização que antecedem os trabalhadores reais e os usuários reais em cada realidade de saúde.

Merhy descreve sua experiência junto à rede pública de saúde do município de Ipatinga, desde 1992, quando iniciou uma atividade para reorganizar o processo de trabalho em saúde. Em 1991, essa rede iniciou um processo de organizar seu modelo tecnoassistencial, segundo a proposta de Sistema Local de Saúde (Silos), como vinha sendo indicado por pesquisadores em apoio à desentralização da gestão em saúde. Para tal, envolveu o conjunto de equipes de saúde para repensar prioridades e organizar um processo de trabalho.

Os marcos deste processo foram: a gestão democrática das ações de saúde a partir da participação paritária entre usuários, de um lado, e governo, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, de outro, no Conselho Municipal e nos Conselhos Locais de Saúde; organização de colegiados de gestão nos serviços e a escuta ampliada dos "ruídos do cotidiano". Os "ruídos do cotidiano" foram definidos como os problemas que acontecem quando se toma por agenda as diretrizes básicas do modelo tecnoassistencial em defesa da vida. Com escuta ampliada, se tornam matéria prima para reorganizar o trabalho em construção dessa defesa da vida.

O autor descreve a experiência em detalhes: os passos na construção conjunta do processo; a proposta inicial de colegiados em Ipatinga; o projeto político, expondo-o quase na íntegra e a evolução do processo "de oficina" nas unidades de saúde. A avaliação do projeto revelou que as pessoas aprenderam a usar os ruídos do cotidiano para construir novos modos de atenção e de gestão, mas faltava ainda discutir e buscar soluções para construir medidas de qualidade das ações implementadas, a fim de que servissem de monitoramento ao modelo em construção. O autor finaliza o capítulo

apresentando os indicadores construídos para montar um perfil à rede de atenção integral à saúde com sujeitos coletivos.

O Capítulo 4 apresenta o estudo de caso da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Piracicaba, que permitiu a testagem de instrumentos de planejamento por meio de estratégias utilizadas no interior de um curso para gerentes. Neste curso, o currículo foi organizado em conjunto com os participantes e, a partir das demandas dos gerentes, aliou uma visão prévia de desenvolvimento gerencial ao contexto do projeto 'Em Defesa da Vida', buscando organizar a gerência para a ação.

O módulo inicial do curso foi o mais estruturado e buscava discutir as atribuições dos gerentes, a organização do processo de trabalho na SMS e seu modelo tecnoassistencial, relacionando as ações em defesa da vida aos grupos populacionais: crianças, adultos e mulheres. Seguindo técnicas de planejamento com a utilização de planilhas de avaliação para subsidiar um arranjo institucional de apoio ao trabalho dos gerentes, estes elaboravam novos projetos com suas equipes, já com uma visão mais abrangente dos centros de saúde, de seu processo de trabalho e da viabilização de abordagens programáticas para problemas de saúde mais prevalentes. A etapa de aplicação de conhecimentos adquiridos na teoria possibilitou a descentralização da gestão e buscou envolver gerentes, equipes e usuários.

A planilha surgiu como instrumento para abordar a integralidade da atenção, a facilitação do acesso, a resolutividade e a produtividade do serviço de saúde com enfoque de otimizar recursos públicos. Esta planilha trabalhava com indicadores que surgiram das informações disponíveis na instituição e que podiam ser trabalhadas pelas equipes locais, inclusive permitindo, em vários momentos, seu uso como instrumento avaliativo das ações. A dinamicidade da planilha deveria ser contemplada para acompanhar as mudanças da realidade, pois esta deveria ser instrumento de um processo em construção.

Outro ponto forte neste tipo de planejamento referiu-se ao envolvimento do gerente que se colocou como autor na elaboração de uma política mais ampla e flexível, já que possui as informações referentes à população, informação participativa e informação sobre a abrangência das unidades de saúde. Para que este instrumento fosse eficaz, os critérios de avaliação previamente estabelecidos precisavam ser objetivos, assim como suas estratégias e os seus resultados ao mostrarem-se por meio de indicadores sociais e de mudanças no processo de trabalho da equipe para que pudessem influenciar na qualidade dos atendimentos.

A proposta de planejamento utilizada no município de Piracicaba foi precursora de outras formas de desenvolvimento gerencial em saúde que ocorreram na década de 1990 no Brasil. Auxiliou como ponto de partida para a discussão nas equipes de saúde, para conhecerem sua realidade, diagnosticarem seus problemas e avaliarem suas ações, bem como construir os enfrentamentos necessários.

O Capítulo 5 apresenta as mudanças ocorridas no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará com a adoção do projeto "Em Defesa da Vida". A instituição, fundada no século XVII, foi transformada de entidade filantrópica em fundação pública no ano de 1990, após um desgastante processo de falência ocorrido em 1983, com atrasos no pagamento de funcionários, penhora global e intervenção da Justiça Federal. Manteve seus cerca de 339 leitos e a situação de campo de estágio para cursos da área de saúde, treinamento e residência médica de duas universidades públicas.

Neste contexto, uma assessoria à direção da instituição escolheu a técnica de planejamento de projetos orientados por objetivos. A primeira aproximação ocorreu em uma oficina para identificar o ideário dos participantes, pela formulação de objetivos e compromissos do hospital. Ficou patente a identificação com o projeto de hospital público, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas indefinição do perfil assistencial.

Entre os problemas elencados para serem trabalhados estavam as dificuldades de relacionamento interpessoal, dotação orçamentária insuficiente e política de recursos humanos equivocada, com falta de pessoal, ausência de plano de carreira, presença de corporativismo e baixos salários. Identificados, os problemas foram detalhados em uma *árvore* com o intuito de interligar as explicações, que indicaram a necessidade de priorizar a política de recursos humanos (gestão do trabalho e da educação na saúde).

Ainda na etapa de desenho, foram identificados os principais atores e recursos necessários. Para cada resultado esperado foi escolhido um responsável, indicando um sistema de direção de alta responsabilidade e descentralizado. O sistema de direção foi composto por gestão colegiada, com autonomia de trabalho e ênfase na comunicação.

O colegiado tornou-se o momento de disputa e formulação da política cotidiana e maior da instituição, com participação na tomada de decisão por todas as áreas representadas. Cada unidade levantou seus problemas e os categorizou em: objetivo da unidade, produtos oferecidos atualmente, produtos que se propõe a oferecer com mais recursos, diagnóstico do pessoal, descrição do processo de trabalho visando seu produto, meta para o próximo semestre, levantamento e hierarquização dos problemas estruturados e dos não-estruturados.

A aplicação do modelo mostrou o avanço da "comunicação lateral" no interior da instituição. As planilhas elaboradas em discussões com os gerentes, em uma mistura de indicadores tradicionais e indicadores relacionados ao modelo de gestão inovador, passaram a guiar a avaliação de desempenho do hospital. A cidadania e a co-participação propostas no modelo valorizavam as pessoas na tomada de decisão, mesmo que erros e retrocessos acontecessem, o pertencimento coletivo aumentava a implicação com os resultados e a responsabilização com os cuidados à saúde.

No Capítulo 6 é apresentada a evolução do conhecimento sobre gestão em saúde no Brasil e especificamente as acumulações relacionadas ao Laboratório de Pesquisas

sobre Planejamento e Administração em Saúde (Lapa), da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Os referenciais teóricos usados vão do planejamento tradicional, das décadas de 1970 e 1980 ao auge do Movimento Sanitário e às atuais formas de pensar e fazer essa gestão. Inicialmente, o paradigma clássico do planejamento em saúde, originário da Organização Pan-Americana da Saúde não era questionado, mais importante era a discussão da democracia e derrubada da ditadura militar, lutando-se pelo direito à saúde e pela transparência das ações do setor.

Como *livros ocultos*, implícitos, mas fundamentais ao pensamento da saúde, são apontados autores advindos da tradição da esquerda brasileira, como os que se utilizavam da teoria de sistemas; e autores latino-americanos, como Mario Robirosa. Já os *livros explícitos*, amplamente citados, incluíam a obra de Carlos Matus, em particular os escritos sobre planejamento de projeto orientado por objetivos (Zopp, na sigla em alemão, Ziel Orientierte Projekt Planung) e o planejamento estratégico situacional (PES).

Destacam-se, ainda, as formulações sobre gestão da "Empresa Pública" feitas por Souza Campos e que tratam da proposta de construção de uma sociedade socialista e democrática pela sua visão mais geral da instituição pública. Considera a gestão do SUS com diretrizes para operacionalizar uma gerência descentralizada como fator estratégico à Reforma Sanitária.

Como *livros-espelho* são citados aqueles que iluminaram as experiências, principalmente por contribuírem para o seu aperfeiçoamento. Destacam-se aí, a abordagem do planejamento comunicativo de Javier Uribe Rivera e a interpretação das organizações como fenômenos lingüísticos de Fernando Flores. Vale lembrar a relevância e o grande interesse pela obra de Mario Testa com seu *pensar em saúde* como busca de caminhos intensamente ousados ao *planejamento em saúde*.

Os macromodelos de Administração, compilados na Teoria Geral da Administração, contribuem e complementam os apontamentos de Matus. Entre os autores produtores de paradigmas na Administração, estão Durkheim, Weber e Marx, Parsons, Buckley, Mayo e Fayol, entre outros, mas a proposta de gestão do setor público condizente com o Movimento Sanitário pouco dialoga com os enfoques hegemônicos da Teoria Geral da Administração. As críticas servem também para a abordagem sistêmico-contingencial como colocada pela Administração, já que o autor acredita em outras formas de abertura do setor público, pela participação social intensa e pela desprivatização radical do público, com transparência.

A singularidade do setor público levanta a necessidade de uma *autonomia ampliada* que implica autoria e liberdade mediante a intersecção com os interesses públicos. Nesta situação, os trabalhadores de saúde são vistos como gestores de um projeto político, em permanente revisão pela defesa da vida e pela redução das desigualdades sociais no nosso país.

7.7. Saúde: a cartografia do trabalho vivo – Emerson Elias Merhy. (2002)

MERHY, Emerson Elias. **Saúde** : a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002 [2002].

Um dos nós críticos do processo de reformulação sanitária no Brasil é a estruturação e o gerenciamento do processo de trabalho nos distintos estabelecimentos que ofertam serviços de saúde. Provocar mudanças nesta estrutura e nesta gestão é alterar o modo de produzir o cuidado na saúde. Diferentes forças atuam na dinâmica do cuidado buscando modelar esta produção na direção de comprometer o cotidiano do trabalho com a construção de determinados produtos sanitários. Dizendo de outra forma, aquilo que o cotidiano do trabalho da saúde *pode* está relacionado com diferentes formas de produzir cuidado e, ao mesmo tempo, este cotidiano tem o poder de produzir diferentes cuidados. Trata-se da micropolítica do trabalho em saúde.

Emerson Elias Merhy é o autor brasileiro que inaugura a micropolítica do processo de trabalho em saúde como campo de estudos no Brasil. Em seu livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, textos produzidos em distintas circunstâncias estão organizados em quatro capítulos e três apêndices e todos configuram uma reflexão sobre o dia-a-dia da produção da saúde em nossa sociedade.

No primeiro capítulo, intitulado *"A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva do setor"*, Merhy inicia suas análises utilizando Marx para apontar a ligação entre a transição tecnológica dos séculos XVIII e XIX e as alterações no processo de trabalho no mundo capitalista. Uma alteração que ao invés de gerar melhora na vida do trabalhador, a piora, apesar de gerar mais riquezas. Merhy identifica alguns autores contemporâneos que indicam – em função do desenvolvimento de novas tecnologias de ponta – a atual passagem por outra transição tecnológica que está

modificando radicalmente o processo de trabalho, os modos de produção e de acumulação do capital.

Merhy levanta a tese de que algo singular acontece no setor da saúde. Uma mudança distinta daquela influenciada pela entrada dos novos equipamentos tecnológicos. Para o autor, a grande força que está *modelando* o setor é a gestão da produção do cuidado e seus núcleos de práticas de saúde que independem dos equipamentos. Merhy chama a atenção para o jogo de forças que acontece intensamente no campo dos processos produtivos em saúde no momento do ato de cuidar, inclusive na sua dimensão organizacional; o que chama de *micropolítica do campo de ação do trabalho vivo em ato*.

O segundo capítulo tem como título *"A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves"*. Para adentrar nesta micropolítica, Merhy estabelece uma distinção entre as formulações de *trabalho vivo* e de *trabalho morto*. Usa o exemplo do processo de trabalho desenvolvido por um sapateiro-artesão para identificar a co-presença do trabalho vivo com o trabalho morto em todos os setores de produção na sociedade. No caso do sapateiro-artesão, as presenças da matéria-prima e das ferramentas, a serem utilizadas na manufatura do sapato, representam o trabalho morto. No ato de produção do sapato, estes elementos preparados anteriormente compõem a dimensão morta do trabalho.

Compõe também este processo de trabalho, um complexo *saber-fazer*. Nesta dimensão, está presente um saber tecnológico que permite dar a forma final "sapato" para aquele grupo de matérias-primas. Faz parte deste saber-fazer uma noção temporal de organização desta produção. Estas duas dimensões do processo de trabalho são simultaneamente vivas e mortas. O saber-fazer acontece em ato e, neste sentido, é vivo, mas os vários saberes presentes neste ato – principalmente os organizacionais – foram apreendidos anteriormente e, assim, estão como presença morta no ato de produção do

sapato. Merhy ainda aponta que no momento da execução artesã, no ato propriamente dito da feitura do sapato, acontece eminentemente o trabalho vivo.

Voltando para o território da saúde, Merhy diferencia este campo do setor fabril, estabelecendo para este segundo setor, um tipo de relação objetual onde a relação do consumidor é com o produto (objeto) e não com o processo de produção. Já no território da saúde, a relação com o produto acontece no processo de produção e, neste sentido, trata-se de uma relação intercessora àquela produzida e produtora do encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde. Estes agentes produtores da relação intercessora são – simultaneamente – portadores de necessidades macro e micropoliticamente constituídas e instituidores de práticas singulares.

No capítulo *"Os desafios postos pela Atenção Gerenciada para pensar uma transição tecnológica do setor da saúde"*, Merhy analisa a proposta da Atenção Gerenciada (AG) como alternativa reformista dos sistemas de saúde dos países da América Latina. Detalha a proposta da AG onde os processos decisórios sobre a modelagem da atenção acontecem no âmbito administrativo-financeiro e não mais no âmbito técnico da corporação médica, visando aperfeiçoar a relação custo-benefício dos sistemas de saúde. Deste modo, o ideário privatizante do setor saúde é fortalecido na AG, sendo a perspectiva da *saúde como direito de cidadania* tomada como uma visão que fere as regras do mercado da saúde. O autor mostra que um dos elementos constitutivos do arcabouço administrativo da AG é a defesa da oferta de uma *cesta básica* de ações de saúde com baixo custo e extensiva a toda a população. Comporia este pacote de ações básicas um grupo de intervenções de saúde pautado no *padrão de adoecimento* de determinada população, visando ao controle dos níveis de saúde e, assim, consumindo atos de saúde mais baratos.

"*Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado*" é o título do capítulo quatro. Merhy criativamente formula a idéia de que o profissional da saúde leva consigo

três tipos de valises tecnológicas no seu agir em saúde. Nas mãos, carrega uma valise com as tecnologias duras, carrega outra na cabeça com as tecnologias leve-duras e uma última *acontece* no espaço relacional médico-usuário composta por tecnologias leves que ganham materialidade somente em ato.

Na valise das tecnologias duras estariam os diversos equipamentos clínicos, como o estetoscópio, o ecógrafo, o endoscópio, etc. No ato do trabalho, esta tecnologia está presente como trabalho morto. Na valise das tecnologias leve-duras estariam os saberes tecnológicos bem estruturados, por exemplo, a epidemiologia, os protocolos clínicos e outros conhecimentos sistematizados. Similar às tecnologias duras, as leve-duras também são uma dimensão do trabalho morto nos atos de saúde.

Contudo, conforme Merhy, a utilização das tecnologias presentes nestas duas valises só acontece no ato terapêutico; no encontro com o usuário e, neste ato, acontece uma intersecção das tecnologias duras e leve-duras com as necessidades de saúde do usuário. A singularidade do modo de andar a vida, as idéias e os desejos do usuário sobre as práticas de saúde contaminam os atos, provocando incertezas nos projetos terapêuticos e neste trabalho vivo. As tecnologias leves da terceira valise são configuradas, nesta dinâmica relacional, em ato. A tecnologia leve é a tecnologia do encontro. Os diferentes arranjos entre as três dimensões tecnológicas irão caracterizar a atenção proporcionada.

Merhy argumenta que uma dessas forças de modelagem é efetivada pela medicina tecnológica. Uma modelagem composta por procedimentos bem definidos pelos núcleos de competência profissional especializados. Nesta perspectiva, os profissionais de saúde estabelecem vínculos de fidelidade com os procedimentos estruturados cientificamente e não com o usuário e suas necessidades de saúde, pois estas necessidades já estariam solidamente estruturadas nos saberes sistematizados da medicina. As tecnologias leves ficam relegadas a um nível secundário de importância nesta produção. Para o autor, uma parceria bastante presente no cenário contemporâneo

é aquela que acontece entre os serviços da medicina tecnológica e o capital industrializado, onde o setor da saúde se torna um produtivo terreno de investimentos e acumulação. Nesta parceria, a microdecisão dos médicos combinar-se-ia interessadamente com as necessárias microdecisões de acumulação do capital das indústrias de equipamentos diagnósticos e terapêuticos. Uma parceria lucrativa entre as valises tecnológicas leve-duras e duras captura o trabalho vivo, subsumindo a valise das tecnologias leves. Este cenário é complexificado com a presença do interesse de outro capital financeiro: as seguradoras de saúde. Assim, os setores neoliberais se articulam e disputam entre si o acúmulo do capital financeiro neste setor. Esta outra força de modelagem é caracterizada pela gerência organizacional que busca uma reestruturação produtiva. Nesta força de modelagem, é possível vislumbrar uma transição tecnológica; um outro arranjo entre as valises. Nesta nova configuração, a valise das tecnologias leves ganha importância no processo de trabalho em saúde em função da necessidade de administrar financeiramente, em ato, as necessidades de saúde do usuário.

Merhy chama a atenção para a idéia de que as perspectivas de saúde do usuário também atuam no trabalho vivo em ato e também buscam sua captura. Trata-se da pretensão e da possibilidade de as práticas de saúde acontecerem na direção do seu modo de andar a vida. Em outras palavras, seria a manifestação de uma força modular do arranjo tecnológico da produção do cuidado que teria como objeto central o mundo das necessidades de saúde na perspectiva dos usuários. O autor mostra que os vários interesses sociais manifestados como diferentes necessidades de saúde tensionam e disputam a captura da produção do cuidado e representam a própria potência criadora do trabalho vivo em ato da saúde, produzindo novos saberes e práticas de saúde e, também, o surgimento de novos postos de trabalho com o desaparecimento de outros, como, ainda, a necessidade de novas modalidades assistenciais e de novas competências profissionais. A aposta de Merhy é por explorar estas tensões-potências para desenhar novos arranjos tecnológicos comprometidos com o desafio de defender a vida nos processos de trabalho em saúde.

Como apêndice, Merhy introduz o texto *"O ato de cuidar: alma dos serviços de saúde"* onde descreve minuciosamente a dimensão propriamente cuidadora do trabalho em saúde que seria aquela comprometida com a autonomia existencial do usuário, detalhando dispositivos para desenvolver mais fortemente as tecnologias leves. Um desenvolvimento que passa pelo trabalho em equipe de saúde; um processo multiprofissional com relações de poder mais horizontais, bem como, por uma gestão da saúde comprometida com essa dimensão propriamente cuidadora da vida. Em seguida, no apêndice "*Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde)"*, o autor aponta a necessidade da produção de um "novo" tipo de competência profissional na medicina, comprometida com o cuidado (práticas cuidadoras). Para Merhy, esta produção depende de mudanças significativas no cotidiano das instituições responsáveis pela educação-formação dos profissionais de saúde. Por fim, no apêndice *"Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e produção do cuidado"*, o autor retoma a questão da gestão na saúde para detalhar o governo *do* e *no* cotidiano do trabalho em saúde e para defender o protagonismo coletivo na produção da autonomia dos usuários.

Cabe salientar que a produção de Merhy tem desdobramentos reflexivos, aprofundamento de análises, complementações argumentativas e produção de novos sentidos não contemplados nesta "resenha". O autor aposta na possibilidade de pensar e agir na direção daquilo que *pode* o cotidiano do trabalho em saúde para defender a vida individual e coletiva, não se caracterizando por descrições, revelações ou denúncias do sistema de saúde.

7.8. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica – Keneth Rochel Camargo Jr. (2003)

CAMARGO Jr., Keneth Rochel de. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003 [2003].

Em Biomedicina, saber e ciência, Keneth Rochel Camargo Jr. nos oferece uma coletânea de textos que foram produzidos ao longo de 15 anos. O autor problematiza a racionalidade médica da medicina ocidental contemporânea segundo as interfaces desse sistema lógico, estruturado como teoria e como perspectiva de ordenação geral daquilo que existe e das formas de aprender, com a interdisciplinaridade e com a medicalização da atenção à saúde. Compõem o texto, reflexões sobre o saber médico e o modelo de medicina hegemonicamente adotados na atualidade, concebendo-os como socialmente construídos e designando-os por biomedicina, uma vez que depõem à prática médica uma orientação biologicista. A orientação biologicista contraria a noção de integralidade ao posicionar o saber e ciência da medicina.

A primeira seção do livro aborda a questão da integralidade em um mundo globalizado que impõe novas necessidades de consumo em saúde a um custo exorbitante. Do ponto de vista da saúde coletiva, um desafio epistemológico e ético permeia a análise crítica da medicina na medida em que a produção e a validação do conhecimento científico são pautadas pela lógica e pelo sentido que as intervenções médicas assumem. As propostas de intervenção conformam as demandas para a biomedicina e, por isso, outras demandas são apresentadas a outros sistemas de acolhimento. Quanto menor a integralidade da atenção, maior a busca de outros sistemas, racionalidades e modalidades de escuta e acolhimento.

A definição de integralidade é questionada em função dos diversos aportes que a compõe. O campo da saúde coletiva evidencia a necessária composição entre a prática,

entendida como as intervenções necessárias no campo da saúde, e a reflexão, representada pelo saber acadêmico. O autor defende que o termo integralidade seja mais uma expressão de um conjunto de tendências a serem articuladas do que um conceito propriamente dito, visto que a pretensão de atender a totalidade das necessidades do ser humano pode ter como conseqüência uma perda de autonomia devido a uma medicalização que englobe todos os níveis de controle da vida. Um profissional da totalidade corresponderia à medicalização total por nomear as sensações do outro por seu referencial. A biomedicina e o complexo médico-industrial que lhe corresponde são obstáculos epistemológicos claros. Camargo Jr. destaca que a ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticmente opostos às idéias agregadas sob o rótulo "integralidade". A integralidade *é* ou *deve ser* como que um *ideal regulador*.

A segunda parte do livro aborda a relação entre biomedicina, sociedade e cultura na correlação com a história do HIV/Aids, a medicalização e as implicações culturais do efeito placebo. A interdisciplinaridade, entendida como um diálogo entre disciplinas na tentativa de restituir uma unidade perdida, não pode ser interpretada como a mera justaposição de ações diferentemente informadas e sem necessária conexão entre limites técnico-legais. A seguir, a relação entre medicina e medicalização é permeada por sua produção simbólica no mundo ocidental na medida em que o poder disciplinar da medicina assume um papel importante no campo de poder da sociedade como um todo. As relações entre medicina e ciência são abordadas pela ótica da conquista e da manutenção de espaços legais, sobretudo, sendo a legitimação científica uma estratégia aceita pelos vários atores do processo, e que, na história, representou uma **teoria das doenças**. A medicalização progressiva produz um complexo médico-industrial e, ao mesmo tempo, dele depende, resultando em desqualificação profissional e incremento da proletarização da categoria médica. Finalmente, o papel cultural construído pelas concepções médico-científicas possibilita identificar a ciência como o mais vigoroso eixo produtor de sentidos que se afastam da eficácia terapêutica. O autor chama atenção

para a eficácia simbólica desprezada pela medicina hegemônica, lembra que todo ato médico pode ser iatrogênico e que toda conduta profissional está atravessada por componentes subjetivos do terapeuta, por isso não há saída para a prática responsável que não inclua refletir sobre as condutas adotadas, perguntar-se se exames ou prescrições são mesmo necessárias. Maior proveito ocorrerá quando a reflexão é compartilhada, ocorre discussão em grupo de condutas, hipóteses diagnósticas e impressões, proveito que se projeta ao aprendizado permanente sobre a clínica e sobre si mesmo.

A última seção apresenta estudos realizados no campo das racionalidades médicas, destacando produções embasadas na relação entre médicos e pacientes, como as origens da biomedicina e a compreensão de saúde, doença e cuidado de parcelas organizadas e não organizadas da população, assim como concepções de saber e trabalho de profissionais médicos. Resumidamente, o autor discute a necessidade de abordar criticamente a ciência na condição de ferramenta para a compreensão do saber e da prática da medicina, derrubando a biomedicina como a "medicina científica", para que a prática cuidadora se faça embasada no "real". Toda "verdade" é socialmente construída, logo "o real" pertence às redes de encontro, inclui a intuição, a conversa e a troca.

O autor nos mostra que a busca dos médicos por conhecimento atualizado até o último minuto é reconhecida e utilizada pela indústria do conhecimento médico em prol dela própria. Assim é que soluções atuais – como a Medicina Baseada em Evidências – falham justamente ao velar as extensas raízes sociais, econômicas e mesmo políticas dos dilemas encarados pelos médicos. A produção e difusão de conhecimento médico deveria ser reconhecida, assumida e – principalmente – aceita como um problema de saúde coletiva. Nesse sentido, deveria pertencer e deveríamos desejar que pertencesse a políticas públicas, acolhendo sistemas de regulação por integralidade da atenção, cotejando conhecimento esotérico (núcleo de especialistas) com conhecimento exotérico (leigos educados).

7.9. Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias – Lígia Bahia; Ludmila Rodrigues Antunes; Thereza Cristina Alves da Cunha e William de Souza Nunes Martins. (2005)

BAHIA, Lígia; ANTUNES, Ludmila Rodrigues; CUNHA, Thereza Cristina Alves da; MARTINS, William de Souza Nunes (org.). **Planos de saúde no Brasil**: origens e trajetórias. Rio de Janeiro: Leps/UFRJ, 2005 [2005].

O tema de Planos de Saúde no Brasil: Origens e Trajetórias é uma história da constituição do setor privado de saúde e suas inter-relações com as políticas brasileiras no campo da Previdência Social e da Saúde, as quais são permeadas de contradições e alternativas que se apresentaram ao longo deste processo. Abordando especificamente as empresas de planos de saúde, também conhecidas como medicina suplet iva ou saúde suplementar, são apresentados os casos da Policlínica Central (precursora das empresas de medicina de grupo), da Samcil S/A e da Medial Saúde, as três em São Paulo, da Semic, da Golden Cross e da Amil, todas no Rio de Janeiro, e de duas Unimed (primeira cooperativa de trabalho médico no Brasil), uma em São Paulo e outra no Rio Grande do Sul. Ao longo da leitura é possível perceber similaridades e singularidades na constituição e na consolidação de cada uma delas, sendo marcante a relação pessoal entre as diretorias e dirigentes nacionais.

O livro é uma produção de pesquisadores do Laboratório de Economia Política da Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo sido editado pelo apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) à pesquisa e documentação sobre o setor da saúde em seu componente subsetorial dos planos e seguros privados de assistência à saúde. São 11 capítulos precedidos de prefácio, apresentação e introdução. Ao final, foi preparado um glossário constituído por verbetes de instituições e lideranças políticas e uma cronologia das origens e institucionalização das empresas de

planos de saúde no Brasil de 1923 até 2004. Diversas notas de rodapé enriquecem o texto principal. Os dois primeiros capítulos do livro apresentam o contexto institucional e a legislação pertinente à questão. Em seguida, um capítulo aborda a relevância do resgate da memória na (re)construção da história. Finalmente, as seis empresas de medicina de grupo e as duas cooperativas médicas citadas são objeto de análise.

A pesquisa que originou a publicação foi baseada em revisão da literatura, em entrevistas gravadas em áudio com fundadores das empresas pioneiras no Brasil e no levantamento de documentos, relatando o início das atividades das instituições na década de 1950 e sua consolidação nas duas décadas seguintes. Culmina com a implantação de uma legislação para regular a atenção suplementar à saúde e a constituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar no final da década de 1990 (1998 e 2000), o que qualificou a visibilidade deste subsetor e possibilitou seu debate público.

Na data da publicação, atuavam no Brasil 1.750 empresas de planos de saúde, cujo faturamento chegava a mais da metade do gasto com o subsetor estatal, atendendo 39 milhões de brasileiros. São empresas altamente concentradas, pois um pequeno número delas atende mais da metade da clientela, estão majoritariamente localizadas na região sudeste e o acesso a elas é diretamente proporcional à renda da população. Seu capital é nacional e na sua origem eram autofinanciadas por médicos que se associavam para atendimento de trabalhadores de empresas que, para tal, credenciavam médicos e hospitais.

Atitudes contemporâneas e simultâneas de oposição e de aceitação ao empresariamento de profissionais médicos marcaram sua implantação no país. De um lado, reações corporativistas se opuseram a elas devido ao risco de descaracterização do exercício liberal da medicina, caso os profissionais passassem a ser assalariados. De outro lado, industriais e empresários comerciais consideravam a possibilidade de redução do custo de manutenção da mão de obra ao oferecerem atendimento médico aos

seus funcionários via convênio-empresa. Daí o fato das empresas privadas de saúde terem surgido em cidades com alto de grau de desenvolvimento empresarial, constituindo um mercado ainda hoje importante para as mesmas. Na década de 1970, a Unimed, cooperativa médica que congrega profissionais que atendem os associados em seus consultórios privados, constituiria uma alternativa que não feriria o código de ética médico.

Segue-se o crescimento quantitativo dos clientes individuais das empresas de planos de saúde em meados da década de 1980, representado por profissionais autônomos com alta renda ou indivíduos com menor renda que aderiam a planos geralmente oferecidos nas periferias urbanas. O incremento do mercado para as empresas de planos privados está baseado no surgimento de trabalhadores pertencentes a categorias específicas e com certo grau de especialização, os quais demandavam assistência médica diferenciada; no avanço da industrialização, levando ao incremento deste grupo; e na unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), até então definidos conforme a categoria profissional dos associados, resultando na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja repercussão foi identificada como diminuição da qualidade do atendimento por parte da clientela e de perda de rendimento pelos médicos.

O **primeiro capítulo** estabelece certa relação de similaridade entre as empresas de planos de saúde no que tange aos custos, aos serviços e aos obstáculos ao acesso aos mesmos, registrando distinções apenas em termos jurídicos. Assim, diferentes denominações não caracterizam diferenças na assistência proposta nem para os prestadores nem para a clientela, mas sim o nível de remuneração oferecida e a possibilidade de acesso ou não a determinado serviço.

Quando de sua regulamentação, porém, tal homogeneidade é questionada pelas entidades representativas das empresas de planos de saúde frente à ação governamental de nivelamento por meio da legislação. O porte da empresa foi então incluído para

análise de seu potencial de expansão e de manutenção. Um dos embates enfrentados foi a exigência, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, de ampliação da cobertura e a adoção de componentes da integralidade da atenção e de pesquisa do impacto epidemiológico dos serviços sobre a saúde coletiva.

Foi demonstrado que ainda falta sistematizar o conhecimento de algumas dimensões destas instituições para viabilizar o exame das diferenças entre elas por novas categorias de análise. O Texto explora as origens das empresas de planos de saúde na reorganização do trabalho médico e no redirecionamento da busca por resposta às demandas assistenciais, na segunda metade do século XX; a implantação de serviços médicos nas empresas na época do processo de industrialização brasileiro; o contexto que possibilitou a implantação da assistência privada, dos serviços credenciados e da instituição da seguridade para agravos ocupacionais; e a privatização da assistência médica previdenciária. Finalmente, descreve a consolidação das empresas de planos de saúde e a criação das cooperativas médicas, objeto de análise dos capítulos seguintes.

O **segundo capítulo** relata como a Previdência Social permitiu a expansão das empresas de planos de saúde e a conseqüente modelagem desses planos no País. Partindo da criação, em 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sociedades civis e juridicamente autônomas que associavam trabalhadores do ramo dos transportes, e da gradual expansão para Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), autarquias supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, formados em 1933, que ampliaram a cobertura para categorias profissionais de empresas de diversos portes, o texto descreve as transformações ocorridas ao longo do século XX em termos de modalidade de acesso e da relação entre o setor público e o privado. O texto evolui conforme as reformas sofridas pela Previdência Social e analisa as diversas demandas apresentadas por empresários e trabalhadores, passando as empresas a desempenharem um papel de colaboradoras no desenho do sistema. Apresenta o andamento da documentação exigida para efetivação dos convênios-empresa celebrados entre prestadores e a previdência e destaca a crescente desobrigação

das empresas de planos de saúde para com doentes crônicos e pacientes de procedimentos mais caros, onerando com isto a Previdência. Por fim, fica demonstrado que, apesar da baixa cobertura da população de segurados atendidos por convênio-empresa, sua formatação serviu de base para planos pré-pagos.

O **terceiro capítulo** apresenta a relação entre o papel das memórias e o fazer em história, ou seja, o fazer historiográfico. Baseada em excertos literários, o texto analisa a significância das narrativas para a (re)descoberta de identidades interessadas e datadas, ressaltando a inter-relação entre memória e poder e defendendo que aquilo que não é dito é o que assegura a singularidade do discurso emitido. Os **seis capítulos** seguintes apresentam e contextualizam as empresas de medicina de grupo pesquisadas por meio de entrevistas orais com seus fundadores.

A primeira empresa de plano de saúde examinada, não mais atuando no mercado, é a Policlínica Central, fundada em 1956 e precursora no país, cuja clientela era formada por trabalhadores do ABC paulista, os quais eram atendidos em ambulatórios instalados dentro das empresas locais. Inicialmente não priorizou a aquisição de unidades hospitalares, mas o fez para responder ao aumento da demanda. Em virtude de pressões do mercado, foi adquirida pela Samcil em 1971, mas seu modelo serviu como protótipo para outras empresas em outras localidades do país.

A seguir, então, o caso da Samcil (Serviço de Assistência Médica ao Comércio e Indústria) é apresentado em sua configuração inicial e a expansão com a compra de hospitais. A empresa paulista co-fundou a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (**Abrange**), em 1966. Foi capitalizada, recebeu apoio estatal e finalmente criou uma seguradora no início da década passada.

A Semic (Serviços Médicos à Indústria e Comércio) foi o próximo caso examinado. A empresa carioca inovou ao comercializar planos de saúde e ao construir um hospital, tendo este sido desapropriado quatro anos depois. A tentativa de expansão

nacional não foi bem sucedida, contando atualmente apenas com a matriz.

Em seguida, a Golden Cross, maior empresa na década de 1980 em termos de clientela e lucratividade, é descrita tanto por um de seus fundadores como por relatos jornalísticos. Uma das particularidades foi sua constituição como entidade filantrópica, passando depois a entidade de utilidade pública por decreto presidencial; entretanto, pelo fato de não ter respeitado alguns dos princípios para a manutenção desse *status*, o primeiro título foi perdido no ano de 2000, enquanto o segundo já tinha sido perdido em 1988, ano em que a empresa se retirou da Abrange. De forma semelhante a outras empresas de planos de saúde, militares fizeram parte de sua diretoria durante o período ditatorial. Dentre as inovações lançadas, uma foi a elaboração de um catálogo listando todos os profissionais cadastrados, outra foi a constituição de uma robusta rede de vendedores de planos e, outra ainda, a propaganda nos meios de comunicação de massa dos produtos oferecidos. Tal agressividade mercadológica resultou em hostilidade por parte das demais empresas que atribuíam às estratégias da Golden Cross a imagem de empresas que desrespeitam a lei. Outra singularidade foi a doação do patrimônio acumulado à Igreja Adventista que, por sua vez, o devolveu ao doador sem pagamento algum. Gradativamente, o quantitativo de associados caiu de 2,5 milhões para 500 mil pessoas.

A origem da Medial Saúde remonta a 1967, a partir da dissolução de uma sociedade e da compra de um hospital de pronto socorro. Apresenta como diferencial das demais empresas de planos de saúde o modo de gestão compartilhada, resultando em uma prática participativa junto aos funcionários, os quais, por sua vez, têm participação nos resultados, e o investimento na construção de uma rede própria de hospitais e ambulatórios médicos. A preferência por investir em tecnologia em detrimento de propaganda tem garantido à empresa uma clientela estável e com alto poder aquisitivo, aliado à ênfase em processos de informatização para monitorar o consumo e a implementação de diretrizes de atendimento, além de aumentar a produtividade dos funcionários. Outra característica é o apoio ao desenvolvimento do

quadro funcional. Na visão dos fundadores entrevistados, a medicina suplementar garante a qualidade da rede hospitalar brasileira.

A última empresa de plano de saúde apresentada foi a Amil, empresa que emergiu contemporaneamente a várias outras do ramo e que é representativa de um segundo ciclo de expansão do mercado. Fundada fora do eixo Rio-São Paulo, a empresa chegou a ser a segunda maior em número de clientes e de faturamento nos anos 1980, disputando o mercado com a Golden Cross. Na mesma década, houve a expansão para o mercado nacional, sendo uma das inovações o *telemarketing* e outra a abolição do limite para consultas e exames. A empresa foi pioneira ao se estabelecer no exterior. Similarmente às demais empresas de planos de saúde, a Amil adquiriu hospitais e projetou planos de saúde com maior cobertura.

Os **dois últimos capítulos** apresentam o caso das cooperativas médicas, Unimed de Santos e Unimed de Santa Maria. A Unimed de Santos (São Paulo), fundada em 1967, foi a primeira cooperativa de trabalho médico no País. Resultou da conjuntura política e econômica local e da entrada de uma empresa de plano de saúde em uma cidade localizada em uma região com um contingente robusto de empresas e sindicatos de trabalhadores, seguida da percepção da ampliação da intervenção do Estado sobre a assistência à saúde por parte dos profissionais médicos.

Um destaque favorável à aceitação da proposta por parte da categoria médica foi o caráter não lucrativo da associação cooperativada, respondendo ao ideário da medicina liberal. Neste sentido, a oposição ao empresariamento da medicina foi materializada na constituição de uma entidade não lucrativa, como a Unimed é considerada pelos profissionais associados. Inicialmente concebida como um "seguro-saúde comunitário", a proposta evoluiu para o cooperativismo; uma das reações a ela foi o projeto de credenciamento universal e atitudes de controle promovidas pela Associação Médica Brasileira. Atualmente é a empresa que possui o maior número de clientes de planos de saúde no país.

A Unimed de Santa Maria (Rio Grande do Sul) seguiu um padrão de expansão diferente da anterior, embora mantivesse o caráter singular, termo usado para designar as Unimed que atuam no âmbito municipal. A questão da divisão dos lucros de forma direta entre os associados e a gestão democrática garantiu o sucesso na ampliação do cooperativismo médico no estado, além de sua tradição cooperativista. Fundada em 1972, começou a receber associados de outros municípios, embora houvesse muita estranheza em relação a uma cooperativa de trabalho e não de comercialização.

A dimensão da iniciativa gaúcha apresentada difere da santista devido ao porte das empresas sediadas em cada uma das duas cidades, definindo o tamanho da clientela a ser atendida. Contratos para atender ao funcionalismo estadual, aos militares e aos trabalhadores rurais contribuíram para o crescimento da cooperativa. Na atualidade, desempenha o papel de maior geradora de trabalho para profissionais médicos e atende cerca de 145 mil usuários oriundos de 28 municípios. O incremento desta proposta passou por uma fase de multiplicação das cooperativas de trabalho médico seguida por outra durante a qual foram criadas outras cooperativas regionais, o que resultou no Complexo Unimed, fato que não se repetiu em outras regiões do estado ou do país. Com o incremento do número de médicos, a direção nacional da Unimed vem propondo alterações em termos de regionalização, com valores mais módicos, a fim de incluir os profissionais há pouco tempo no mercado.

O livro contribui ao entendimento do surgimento das empresas de planos de saúde e sua entabulação de uma segmentação das redes assistenciais segundo doenças, padrões de adoecimento e padrões de consumo de atendimentos médicos. O momento é de perceber uma nova busca por cuidados à saúde, assim como novas explicações sobre o processo saúde-adoecimento, fazendo-se premente uma alteração do modelo assistencial embasado em procedimentos de diagnóstico e terapêutica para uma atenção integral à saúde. Ao longo da história das empresas de planos de saúde, vemos a história de relações do sistema brasileiro de saúde com as necessidades individuais e coletivas das pessoas e da população. O conhecimento da história traz um componente de cultura,

aprendizado e compreensão setorial, por outro lado, permite que estudantes e docentes de saúde se envolvam com esse debate na garantia do direito à saúde de todos os cidadãos, inclusive na formulação de políticas e defesa de regulação pública do subsetor.

7.10. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar – ANS. (2005)

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005 [2005].

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000 pela promulgação da Lei 9.961, tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar. Dentre suas obrigações, compete à ANS zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da saúde suplementar e fixar normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras quanto aos processos comerciais e aos modelos assistenciais.

O processo de regulação do subsetor suplementar de assistência à saúde é ainda muito recente e a ANS, não desconhecendo a importância dos aspectos econômico-financeiros no funcionamento do subsetor, tem buscado enfatizar a relevância da sua intervenção na integralidade da abordagem em saúde (assistência aos adoecimentos, prevenção de doenças e promoção da saúde), seguindo uma natureza da atenção à saúde que é aquela definida na Constituição Federal. A agência passou a promover estudos e debates com disciplina acadêmica, visando a direcionar suas ações de regulação, preocupando-se com a sustentabilidade financeira das empresas, mas também com uma melhor qualificação da prestação e utilização dos serviços no subsetor, no tocante ao "modelo assistencial".

Em consonância com a proposta de qualificação da regulação em saúde suplementar, a agência mobilizou pesquisas que analisassem as respostas do subsetor aos seus usuários. O livro "Duas Faces da Mesma Moeda" é um produto deste fomento,

no qual são apresentadas duas pesquisas que tiveram como objeto de estudo os modelos assistenciais e os mecanismos de regulação. Estes estudos vêm ao encontro das inquietações da população beneficiária de planos de seguros de saúde, na busca por uma saúde suplementar mais direcionada ao atendimento das necessidades de saúde, de forma integral, resolutiva e de qualidade. A história da organização do Sistema Único de Saúde não foi desejosa apenas da superação da dicotomia entre Setor Previdenciário e Setor Sanitário, o foi também da superação das dicotomias prevenção-tratamento-promoção da saúde, colocando a integralidade como uma *bandeira de lutas* ao setor, à formação, à participação social e ao cuidado em saúde.

Os pesquisadores desses estudos inaugurais foram Alzira de Oliveira Jorge, Deborah Carvalho Malta, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Giovanni Gurgel Aciole, Consuelo Sampaio Meneses, Mônica Aparecida Costa, Túlio Batista Franco e Célia Beatriz Iriart, esta última da Universidade do Novo México, nos Estados Unidos da América, enquanto os demais são brasileiros das Universidades Federais de Minas Gerais, de São Paulo, de São Carlos e Fluminense, além da universidade Estadual de Campinas.

O livro está organizado em 4 partes, com 2 capítulos cada uma delas, nas quais são apresentados e discutidos os resultados encontrados na coleta de campo. O capítulo 1 – *O percurso metodológico*, apresenta o desenvolvimento da investigação científica sob uma perspectiva qualitativa, com estudos de caso no âmbito de sete operadoras de planos e seguros de saúde. A coleta de dados primários foi realizada, tomando como base os princípios da atenção integral, do acesso, da humanização, do estabelecimento de vínculo e da resolutividade das práticas de saúde. Para a coleta de dados primários, entrevistas com dirigentes de operadoras e de serviços de atendimento ao cliente, prestadores hospitalares, prestadores médicos e prestadores odontológicos e representantes dos Programas Municipais de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon) das cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte. A coleta de dados secundários foi realizada junto aos bancos de dados dos sistemas de

informação de beneficiários e de produtos e junto aos dados de registro de reclamações dos beneficiários na ANS (*Call center*) e nos Procons.

Os pesquisadores apontaram, neste capítulo, que as operadoras trabalharam com a idéia de evento/sinistralidade, ao conceberem "a saúde como um produto a ser ofertado para o mercado e não como um bem a ser preservado e cuidado". Além disso, salientaram que as "atividades de promoção e prevenção" se configuravam "mais como estratégia de marketing para atrair os beneficiários do que como diretriz de modelo assistencial desenvolvido para garantir a integralidade da atenção".

O capítulo 2 – *Breve caracterização da saúde suplementar*, contextualiza o campo do subsetor suplementar de atenção à saúde, apontando que atualmente, estima-se que a saúde suplementar cubra 38 milhões de usuários, mediante abrangência de 1.700 operadoras e seguradoras de planos e seguros privados de saúde. Este número corresponde aproximadamente um quarto da população brasileira, concentrada nos centros urbanos, principalmente nas regiões sudeste e sul do país.

No capítulo 3 – *A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação*, é apresentada uma revisão bibliográfica a respeito da temática da regulação e construído de maneira inovadora, desafiadora e extremamente responsável com a cidadania brasileira o conceito de microrregulação, compreendendo que o processo de regulação que se estabelece no âmbito da prestação de cuidados à saúde e interação com usuários da saúde suplementar. Surge uma noção mais instigantes ao pensar o direito à saúde. Se há e deve haver regulação pública no setor da saúde – porque este setor é definido na constituição brasileira como de relevância pública , implicado direta e profissionalmente com a qualidade de vida – sua regulação não pode este estar dirigida apenas aos aspectos de sustentabilidade econômico-financeira, deve prolongar-se pelo âmbito do cuidado e do trabalho em saúde. A microrregulação implica observar e intervir, em nome do sistema público (leia-se da população ou dos beneficiários em particular), tanto no processo de trabalho como nas práticas cuidadoras, ou seja, a

regulação pública deve chegar à microrregulação, protegendo aos beneficiários pelo direito à atenção integral nos termos da lei e aos trabalhadores para que estejam inseridos em um desenho tecnoassistencial responsável e resolutivo.

O capítulo 4 – *A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas*, destaca as análises referentes aos mecanismos microrregulatórios que são operados no mercado, destacando as estratégias de disciplina e controle adotadas pelas operadoras junto aos prestadores, bem como o posicionamento dos prestadores, médicos e hospitalares, em relação a tais estratégias adotadas.

Neste contexto das estratégias, os pesquisadores salientam que a articulação ou a facilitação do acesso ao conjunto de serviços de saúde, aos cuidados de especialistas médicos ou dos profissionais das demais formações em saúde e as tecnologias de diagnóstico e tratamento são capazes de contribuir para a integralidade do cuidado de que as pessoas necessitam. O acesso a esses cuidados em todos os níveis de complexidade e de forma articulada deve constituir-se em direito básico de cidadania, a ser garantido tanto no público quanto no privado, não podendo a microrregulação praticada pelas operadoras limitar-se ao impacto de custos sem análise das respostas em saúde.

O capítulo 5 – *Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado*, apresenta referenciais teóricos a respeito dos modelos assistenciais, discutidos a luz da saúde coletiva, economia da saúde e educação da saúde. Modelo assistencial se constitui no processo de organização de ações para a "intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes na coletividade". Na busca por novos modelos de atenção, discutiu-se a respeito de Linhas do Cuidado, compreendidas pela produção de saúde que ocorre na transversalidade de redes macro e microinstitucionais, dinamizadas pelo acolhimento, responsabilidade com a cura e desenvolvimento de autodeterminação das pessoas no andar a vida. As Linhas do

Cuidado estão voltadas ao fluxo de assistência aos beneficiários, deveriam estar centradas em seu campo de necessidades, buscando a solução de problemas com assistência, prevenção e promoção da saúde.

O capítulo 6 – *Os modelos assistenciais praticados nas operadoras investigadas*, apresenta a análise dos dados coletados nas entrevistas e nos bancos de dados diante dos objetivos, da política, dos saberes tecnológicos, da organização e dos modelos assistenciais adotados pelas operadoras e seguradoras de planos e seguros privados de saúde. A pesquisa mostrou que o cuidado prestado no âmbito da saúde suplementar é alvo de inúmeras queixas dos usuários; por exemplo com relação ao aumento das mensalidade, à cobertura assistencial e à rede prestadora, e que o modelo de assistência desenvolvido resulta num cuidado fragmentado, com ênfase em procedimentos e em diretrizes biologicistas, além da desarticulação dos serviços prestadores de assistência (em prejuízo do cuidado).

No capítulo 7 – *Reflexões sobre o trabalho médico na saúde suplementar*, é realizada uma discussão a respeito da atuação dos médicos no subsetor, onde mostrou-se que o médico funciona como um analisador do mercado, na medida em que sua prática atravessa todos os campos da saúde suplementar. Neste sentido, as pesquisas apontam que para se discutir regulação e organização da assistência, deve-se levar em conta a figura do médico e da medicina como instituições de forte poder na modelagem e remodelagem do mercado suplementar.

O capítulo 8 – *Caminhos e perspectivas na saúde suplementar*, apresenta as conclusões dos estudos, apontando que para uma melhor visibilidade da integralidade, qualidade e eficiência do cuidado, é necessário tornar público o processo decisório, tendo os usuários e suas necessidades como eixos definidores centrais dos processos gerenciais e regulatórios. Além disso, o usuário e suas necessidades deveriam se constituir em eixos definidores centrais dos projetos terapêuticos e das ações de cuidado na saúde suplementar.

As pesquisas conseguiram compreender melhor a produção do cuidado e da regulação assistencial na saúde suplementar, trazendo contribuições que sugerem caminhos a serem trilhados pelo setor e apontando que uma regulação pode ter profundo impacto no resultado final do atendimento prestado.

Sendo assim, as mudanças nos modelos assistenciais e nos processos de gestão das operadoras, conforme apontadas nesses estudos, revelam um papel de regulação à Agência a ser construído segundo uma perspectiva de responsabilidade do setor da saúde para as necessidades de saúde da população, não bastando a simples prestação de serviços, mas acrescentando a necessária proteção e promoção da saúde, coerentemente com o Sistema Único de Saúde do País, uma questão de cidadania e direito.

7.11. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado – Giovanni Gurgel Aciole. (2006)

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. Campinas: Hucitec, 2006 [2006].

O autor, que é médico sanitarista e doutor em Saúde Coletiva, explora neste livro **a antinomia entre *público* e *privado***. Para compreender os significados emprestados aos termos "público" e "privado", o autor aborda as interfaces existentes entre ambos a partir da recuperação histórico-crítica de elementos articulados em **duas macrodimensões da modernidade**: **a econômica**, que estabelece o "privado" como lugar da produção, e **a política**, quase correlata, que atribui ao "público", representado pelo Estado, o lugar da política.

O livro, resultado de um percurso investigativo de uma pesquisa de doutorado em saúde coletiva, divide-se em três partes. Num primeiro momento, o autor trata de elementos teórico-metodológicos para uma cartografia do "público" e do "privado", resgatando em sua análise a construção de definições para estes termos desde a Antigüidade Clássica até a modernidade. Num segundo momento, o autor procura utilizar estes conceitos para visualizar um caso concreto e particular, percorrendo **a trajetória de constituição e montagem das políticas de saúde no Brasil**, até o momento atual. Aciole desenvolve um trabalho de reconstituição histórica para a compreensão do momento brasileiro atual do setor da saúde, tencionando o entendimento da sua estrutura produtiva, tanto socioeconômica, quanto politicamente. No terceiro momento, tendo como referência diversos bancos de dados disponíveis em fontes oficiais, como o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (Datasus), além de pesquisas de entidades médicas nacionais como o Conselho Federal de Medicina (CFM) ou

estaduais, como o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), o autor traça um "inventário" da relação "público x privado" no sistema de saúde do Brasil, construindo novos significados e associações entre ambos.

O autor destaca que a diferenciação mais comumente encontrada para os termos "público" e "privado" relaciona o primeiro com atividade de governo e o segundo com iniciativa individual. Para o autor, os dois termos podem receber definições de caráter dual e até antagônico, apresentando-se alternadamente ou de maneira excludente, por exemplo, "público" não confundindo ou não sendo passível de ser mesclado com "privado" e vice-versa. O autor destaca, então, uma série de pares opostos, associados com uma ou outra expressão, lembrando que, no senso comum, podem ser encontradas distinções como eficiência, agilidade e dinamismo associadas à *medicina* e ineficiência, morosidade e burocracia relacionadas à *saúde pública.* Seguindo esta linha argumentativa Aciole nos mostra que, no campo da saúde, a polarização entre Medicina x Saúde Pública empresta valorações distintas para os dois modos de organizar a assistência à saúde: quando prestada pelo setor estatal, sinônimo de público e, por conseguinte, Saúde Pública, e quando prestada pela iniciativa privada, por conseguinte, o produto do mercado e que, ao serem delimitados como diferentes e opostos, estes campos de atuação e prestação de serviços recebem adjetivos e valorações diferentes.

Para o autor, em suas dimensões coletiva e individual, a saúde é elemento *analisador* da antinomia público e privado. Aciole utiliza-se de autores como Maria Cecília Ferro Donnângelo e Michel Foucault para *cartografar* a constituição de práticas em saúde, indicando que estas práticas se configuram, ao mesmo tempo, como controle dos corpos e atividades humanas e como políticas de Estado para o controle de epidemias e adoecimentos individuais e das populações. Neste sentido, o autor argumenta que o campo da saúde cresce imerso em uma trama em que se constituem práticas coletivas e preventivas, imediatamente identificadas à saúde pública como estatal e práticas individuais e curativas, identificadas à clínica e, por extensão, como privada.

Embora o termo “público” receba uma forte conotação que o liga à coisa comum (ao coletivo), numa suposta primazia sobre o “privado” (o particular, o individual), ou vive-versa, o autor propõe o abandono de tal tendência e até mesmo a demarcação nítida e separatória entre ambos, considerando uma simplificação colocar os termos em polaridade de opostos. Nesta perspectiva, diz o autor, a relação público/privado não pode e não deve ser resolvida por saídas simplistas, tornando-se necessário refletir sobre a existência de trânsitos entre estes dois setores.

Ao resgatar a construção dos múltiplos significados e sentidos com que são adjetivados os dois termos, o autor permite concluir que entre “público” e “privado” existe mais uma relação de interpenetração do que de dicotomia, esta última uma tendência comum na diferenciação entre os termos. O autor constrói, assim, novos significados a partir do que reconhecemos como “público” e do que entendemos como “privado”, para além dos maniqueísmos (aceitação de uma díade antagônica e irredutível entre o bom e o mau, bem e mal) ou simplificações do senso comum.

Considerada a complexidade das políticas de saúde no Brasil, onde encontramos um subsetor estatal, composto por ações e serviços próprios do SUS, ações e serviços contratados e conveniados (identificados como complementares, uma vez que não-estatais, mas prestando serviços ao Estado) e um subsetor suplementar composto pelas ações e pelos serviços prestados pela *iniciativa privada*, cabendo ao SUS a sua *fiscalização e controle*, a obra de Aciole se constitui em importante leitura para professores e estudantes que buscam alargar e aprofundar a compreensão entre saúde e cidadania no tocante aos exercícios profissionais e aos direitos sociais. A obra constitui informação para a formulação e aprofundamento do debate, qualificando a implementação de *políticas públicas* que considerem as dimensões “público” e “privado” como elementos constitutivos da própria política e do social, contribuindo ao ensino e à pesquisa sobre sistemas de saúde, trabalho em saúde, o público e o privado do SUS.

7.12. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde – Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos. (2006)

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007 [2006].

"Ensinar saúde - a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde" é fruto da investigação dos autores a cerca das práticas acadêmicas cotidianas, seus limites, possibilidades e desafios: formar profissionais com o compromisso *ético-estético-político* de afirmação da vida e capazes de articular saberes e práticas no contexto contemporâneo. Tal investigação considera o Sistema Único de Saúde como o território da atuação profissional em saúde, objetivamente é o maior mercado empregador dos trabalhadores de saúde no país, assim como apresenta a maior concentração e diversificação de cenários para o ensino-aprendizagem. O livro está subdividido em 4 partes que agrupam artigos de diferentes autores: 1) Pressupostos teórico-concentuais, diversidade das formas de pesquisar e trajetória de operacionalização; 2) Noções fundantes: leituras compreensivas; 3) Linhas de rotas analíticas e 4) Experiências de formulação teórico-metodológica da pesquisa.

A primeira parte abriga três artigos que apresentam alguns dos embasamentos da investigação, as noções de *experienciação*, *formação*, *conhecimento* e *cuidado*, lançando as bases epistemológicas da pesquisa que foi empreendida junto a 10 cursos de graduação, abrangendo 05 carreiras de formação da área da saúde. Contam a matriz construída para a análise das experiências de integralidade e a operacionalização, trajetória e ferramentas utilizadas. O artigo de Roseni Pinheiro e Ricardo Burg Ceccim, "Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade" destaca a categoria

experienciação como abertura à criação, invenção e transformação, tomando como ponto de partida a noção de experiência segundo Michel Foucault. Experiência é que *acontece*, permitindo-nos recriar e potencializar vivências como *diferenças-em-nós*. Esta concepção de experiência constitui-se, para os autores o princípio ético-político e educativo onde vida e obra se nutrem sem se reduzirem uma à outra. A articulação entre *experienciação* e território ocorre ao destacar o cotidiano como lugar e fonte de processos de interação que conferem protagonismo aos atores. Citam Milton Santos (1996): "cada lugar é, à sua maneira, o mundo". Considerar, identificar e estabelecer as inter-relações da existência de uma sabedoria prática contribui, segundo os autores, para diminuir a distância entre os vários saberes existentes, além de transformar os espaços e contextos onde ocorrem as práticas de saúde e de formação.

O segundo artigo, de Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim, Lílian Koifman e Regina Lúcia Monteiro Henriques. "Matriz analítica de experiências de ensino para a integralidade: uma proposição observacional" salienta a observação sistemática da pesquisa e a construção de uma matriz para a análise do material empírico coletado, explicitando metodologias e ordenando as rotas analíticas. A cartografia, a etnografia e a pesquisa transdisciplinar, para os autores, oferecem propostas metodológicas que permitem abordar a história, a cultura e o cotidiano por meio do movimento, encontrando o que há de *devir* nas configurações do real. As dimensões macro, micro e molecular aparecem como três dimensões das categorias que buscam delimitar território de mobilização dos atores sociais envolvidos, quais sejam: docentes, estudantes, profissionais de saúde, usuários das ações e serviços de saúde implicados e gestores do SUS.

"Operacionalizando a pesquisa: trajetória, fio condutor e ferramentas" é o terceiro. Escrito por Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim, Gilson Saippa-Oliveira e Maria do Carmo dos Santos Macedo, os autores visam a compartilhar com o leitor o percurso dos "cartógrafos pesquisadores docentes e discentes à luz de seu objeto". Descrevem seu *modus operandis* e os principais movimentos que impulsionaram a

execução da pesquisa realizada entre 2004 e 2005.

A segunda parte agrupa outros quatro artigos. O primeiro, "Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS", escrito por Ricardo Burg Ceccim e Yara Maria de Carvalho, apresenta uma abordagem sócio-histórica da trajetória da educação superior dos profissionais de saúde no Brasil. Enfatiza os contextos institucionais, os atores e as práticas. A conformação da educação dos profissionais de saúde ou a educação em ciências da saúde, como área de conhecimento, aparece por seus efeitos e repercussões na pedagogia universitária, sendo abordada à luz da reforma sanitária brasileira, evidenciando um sinergismo entre educação e saúde como vigor às necessárias transformações do ensino na saúde. A educação da saúde é apresentada pelos autores como potencialmente produtora de invenção e de novas práticas sociais, cuja síntese pode se traduzir como o ensino da integralidade na educação dos profissionais de saúde.

No segundo artigo, "O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade", de Aluísio Gomes da Silva Jr., Ana Lúcia de Moura Pontes e Regina Lúcia Monteiro Henriques, os autores apresentam reflexões sobre os projetos de formação de profissionais de saúde em redes de serviços, salientando a opção por um modelo de atenção que seja usuário-centrado e por uma inserção do ensino de profissionais de saúde em "redes de atenção". Nas redes, e não em serviços, seria possível vivenciar vários pontos ordenadores de práticas, o uso transversal de tecnologias de relação (tecnologias leves) e a condução de projetos terapêuticos que envolvem vários serviços e vários aportes de tecnologias. "Produção de conhecimento e saúde" é o terceiro artigo desta parte. Escrito por Lílian Koifman e Gilson Saippa-Oliveira, o artigo discute o que é conhecimento, sua natureza de formulação e organização. "Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade" é a discussão apresentada por Maria Elizabeth Barros de Barros, constituindo o quarto artigo que aborda eixos tematizadores da pesquisa sobre integralidade e encerra a parte dois.

A terceira parte da coletânea engloba quatro artigos. Francini Lube Guizardi, Bruno Stelet, Roseni Pinheiro e Ricardo Burg Ceccim são os autores do artigo "A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre interação ensino-trabalho", que apresenta as rotas analíticas da pesquisa discutindo os espaços e instrumentos processuais de exercício da crítica e a relação ensino-trabalho. Os autores apresentam ainda as evidências de produção de novas práticas e sentidos na construção da integralidade. No artigo subseqüente, "Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação", Claudia March, Verônica Silva Fernandez e Roseni Pinheiro destacam as experiências de formação de profissionais de saúde orientadas pelos princípios do SUS que contemplam a questão da integralidade como parte do processo de inovação nas práticas de saúde. O impacto da inserção dos estudantes nos serviços, nas localidades e nos espaços de controle social e a construção de espaços de avaliação participativa no processo de mudança da formação são discutidos pelas autoras, sinalizando os caminhos para a transformação das práticas e do ensino no campo da saúde.

Gilson Saippa-Oliveira, Lílian Koifman e Roseni Pinheiro tratam da "Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde". Em "Cenários de aprendizagem: intersecção entre os mundos do trabalho e da formação", Regina Lúcia Monteiro Henriquez, Maria do Carmo dos Santos Macedo, Regina Aurora Trino Romano e Roseni Pinheiro destacam o movimento histórico de aproximação entre ensino e serviço, em que pesem os conflitos que emergem dessa aproximação. Segundo as autoras, a díade ensino-serviço começa a dar lugar à intersecção ensino-trabalho, na qual se fazem presentes a atenção, a gestão e a participação.

O quarto artigo, "Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem", de Ana Lúcia de Moura Pontes, Aluísio Gomes da Silva Jr. e Roseni Pinheiro, trata das experiências de ensino na prática real do cuidado e refere as experiências visitadas na pesquisa de 2004-2005, envolvendo 05 carreiras da saúde em

10 Instituições de Ensino Superior das 05 regiões geopolíticas brasileiras, esta pesquisa foi designada como EnsinaSUS. O artigo destaca aspectos comuns às iniciativas que avançaram na direção de uma formação que tinha a integralidade como direcionadora da busca de mudanças no perfil dos profissionais de saúde.

A quarta e última parte da coletânea aborda as experiências que subsidiaram a formulação teórico-metodológica da pesquisa sobre ensino em saúde orientado pela integralidade, esta composta pelos artigos: 1)Transformação na graduação de enfermagem da Uerj, de Maria do Carmo dos Santos Macedo, Regina Aurora Trino Romano e Regina Lúcia Monteiro Henríquez e 2) O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense, revisitando uma experiência, de Cláudia March, Lílian Kofman, Ana Lúcia de Moura Pontes, Gilson Saippa-Oliveira, Aluísio Gomes da Silva Jr. e Verônica Silva Fernandez.

A cartografia das experiências, os instrumentos e os dispositivos de operacionalização da pesquisa são apresentados nos anexos A, B e C desse livro. Completa a coletânea, um segundo volume, designado como "Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS", uma publicação que apresenta as experiências concretas pela voz/texto de atores/autores nas diferentes regiões do país, constituindo a reunião entre pesquisa e realidade na busca de um ensino da saúde orientado pela integralidade.

8. INFORMAÇÃO BIBLIOGRÁFICA PARA O ENSINO E FORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

8.1. Literatura técnico-científica com resumos

8.1.1. Artigos em periódicos

ALBA, E; ODASSO, L; RAGONESI, G; COLLA, F; PARODI, C. Il nuovo modello organizzativo degli ospedali e la giustizia. **Minerva Ginecologica.** (Italia). v. 54, n. 1, p.75-9, 2002.

One of the more important legislative news in Italy is the company management of the National Health Care. The Health Care System has a long time budget and a yearly time budget, which allow to achieve some objectives identified inside an organizing system, based on Departments and their Directors. Another point is the competitivity among public/public and public/private structures. The problem of the penal responsibility of the medical doctor and staff is discussed.

ALDAY, Sofía Arjonilla; TORO, Irene Parada. Qué piensa la población de los servicios de salud?: accesibilidad, utilización y calidad de la atención. **Cadernos Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v. 11, n. 2, p. 159-181, 2003.

El objetivo del presente trabajo es conocer las condiciones de acceso, utilización y calidad de la atención de los diversos tipos de servicios de salud existentes en México desde una perspectiva comunitaria. Utilizamos metodología cualitativa. Trabajamos con

24 grupos focales de madres de familia, en zonas rurales y urbanas de tres estados de México que elegimos como representativos de acuerdo a sus condiciones de desarrollo socio-económico. Resultados: aumento de la cobertura de la población sin seguridad social por medio, principalmente del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); práctica inaccesibilidad de la población rural a atención de segundo o tercer nivel; un aumento en el uso del seguro social de capas medias de ciudadanos debido a la crisis económica de 1994/1995. Dentro de la medicina privada, un aumento del uso de medicinas alternativas, así como quejas del funcionamiento de los seguros privados. La buena calidad de la atención se suele asociar al buen trato, los buenos resultados en salud y el diagnóstico correcto. La mala calidad de la atención se relaciona con: el mal trato o la denegación del servicio, los nulos resultados en salud, los casos de iatrogenia, la falta de higiene, la discriminación social, la carencia de medicamentos.

ALMEIDA, Arlindo de. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. **Estudos Avançados.** v. 13, n. 35, p.117-124, 1999.

O sistema supletivo de planos e seguros privados de assistência à saúde, reconhecidamente de elevado alcance social, atende hoje cerca de 41 milhões de pessoas, uma população quatro vezes maior do que a de Portugal, equivalente a mais de dois terços da força de trabalho do país. É estruturado em um universo empresarial heterogêneo, não apenas pela diversidade com que opera, mas também pela variedade do porte de cerca de 1.500 empresas operadoras de planos de saúde.

ANDRADE, Luciana Pinto de; PORTO Jr., Sabino da Silva. O problema de risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar. **Revista Análise Econômica**. (Porto Alegre). v. 41, p. 241-266, 2004.

A assistência médica suplementar no Brasil teve uma forte expansão nos últimos dez anos e hoje atende a mais de 25% da população. Recentemente este setor foi alvo de importantes modificações no que diz respeito a sua regulamentação. O estudo das relações que existem entre os agentes que fazem parte deste mercado e as falhas de informação que surgem nestas relações é fundamental para se compreender o funcionamento da assistência médica suplementar neste ambiente. O objetivo deste trabalho é identificar como o problema de risco moral tem afetado o funcionamento do mercado brasileiro de assistência médica suplementar, antes e após o processo de regulamentação vivenciado pelo setor, destacando o comportamento das operadoras e seguradoras e a sua influência para os consumidores. A partir do estudo realizado, a principal constatação foi a de que as operadoras de planos e seguros de saúde estão utilizando diversos mecanismos de compartilhamento de risco, buscando inibir a sobre utilização dos serviços prestados, mesmo que isto acabe onerando os consumidores.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado Papel das reformas dos anos 90 na demanda por seguros privados de saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v. 11, n. 2, p. 201-229, 2003.

O objetivo deste artigo é discutir a evolução da demanda por seguros privados de saúde no Brasil durante a década de 90. Ao lado das tendências identificadas, serão discutidas as principais concepções encontradas na literatura nacional e internacional acerca dos determinantes dessa demanda. A partir dessa discussão, se estabelecerá o cenário mais favorável para a evolução desse mercado para a primeira metade da década atual. Constitui-se, esse artigo, parte da tese de Doutorado de Saúde Coletiva: Teias e Tramas: Relações Público-Privadas no setor saúde brasileiro na década de 90, defendida em maio de 2002, junto ao IMS-UERJ orientada por George E. M. Kornis.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva. (Rio de Janeiro). v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003.

Este texto procura extrair, da heterogeneidade apresentada pelo setor privado em saúde, no Brasil, o dado qualitativamente novo dos anos 90, bem como os desafios da nova dinâmica desse setor, especialmente em sua relação com o Estado. Apresenta uma introdução, apontando elementos considerados essenciais para a compreensão das mudanças ocorridas no setor saúde. Nessa perspectiva, localiza as mudanças no quadro de referência do modelo econômico adotado pelo país, nos anos 90, com foco nos desenvolvimentos vinculados aos ditames da globalização produtiva e, sobretudo, financeira. Em seguida, na segunda e terceira seções, são apresentadas as principais mudanças no interior do setor privado em saúde, quanto a demanda, oferta e suas inter-relações. Finalmente, à guisa de epílogo, são apresentados alguns dos desafios interpostos na relação entre os provedores e os consumidores de atenção à saúde, dita suplementar, ou a assistência à saúde hors-SUS.

ARAGÃO, Alexandre Santos. Conflitos de competências entre agências reguladoras e governo central. **Marco** – Revista de Regulação. 1 ed. 2006. Disponível em: <http://www.regulacaoempauta.com.br/agosto2006/conflitos-competencias-agencias-reguladoras-governo-federal.asp>

Conceitua regulação e o papel das agências reguladoras e suas interfaces com o estado, setor público.

ARCE RAMÍREZ, Claudio Arturo; SÁNCHEZ, Juan Carlos; MONTOYA MURILLO, Carlos. Innovaciones organizativas en el seguro de salud: el caso del nuevo Hospital de

la Provincia de Heredia. **Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social.** (Costa Rica). v. 8, n. 2, p. 24-42, 2000.

La necesidad de construcción, equipamiento y gestión de un nuevo hospital en la provincia de Heredia impulsa a la Institución a buscar nuevas formas organizativas que mejoren el tiempo de entrega del hospital a la comunidad. En este sentido, la Gerencia de Modernización decide asumir el riesgo de promover una nueva figura de organización, donde la comunidad y la Caja trabajen en forma conjunta. La construcción, equipamiento y gestión de este nuevo hospital implica no sólo beneficios directos, es decir, para la población de la provincia de Heredia, sino fundamentalmente beneficios indirectos, es decir, para el conjunto de la sociedad. La introducción de proveedores no estatales en el ámbito hospitalario implica un fuerte reto para el rol comprador de la CCSS. Es necesario redireccionar y fortalecer la evaluación y regulación (tanto a nivel de institucionalidad, como de mecanismos e instrumentos), de lo contrario, las ganancias en eficiencia y eficacia serán menores a las esperadas por la sociedad.

ARTEAGA, Oscar; ASTORGA, Ignacio; PINTO, Ana María. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. **Cadernos de Saúde Pública.** (Rio de Janeiro). v. 18, n. 4, p. 1053-1066, 2002.

Entre los años 1997 y 1999, el Ministerio de Salud de Chile impulsó la realización de estudios de la red asistencial en cada una de las 13 regiones del país, con el fin de poder orientar en ellas el desarrollo del sector salud y la cartera de inversiones. En este artículo se analizan algunos resultados de estos estudios. La cobertura del aseguramiento presenta variaciones geográficas, de edad y género. La atención médica ambulatoria y de hospitalización en el sector público presenta importantes variaciones geográficas. Sólo alrededor de un 20% de la capacidad total de producción de egresos

de los hospitales de referencia nacional estaría siendo ofrecido al 60% de la población chilena que vive en regiones distintas de la Región Metropolitana. La asignación de recursos financieros para el nivel primario de atención muestra que las comunas que destinan mayores aportes per capita a salud no serían aquellas con mayor necesidad. La complementariedad de los sectores público y privado, así como el fortalecimiento de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud son ejes de desarrollo futuro del sector para mejorar la respuesta global del sistema de salud a las necesidades de la población

BAHIA, Lígia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva.** (Rio de Janeiro). v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

Este trabalho examina interfaces pública-privadas do mercado de planos e seguros no Brasil, procurando questionar as relações de autonomia e dependência das empresas de assistência médica suplementar com o SUS e alguns dos pressupostos que orientam o processo de regulação governamental. A análise desse mercado se apóia em referenciais extraídos da literatura e sobre informações provenientes de fontes oficiais, empresas de consultoria, dados de empresas de planos e seguros e depoimentos de seus dirigentes. Sugere-se a necessidade de ampliar a agenda de debates e pesquisas sobre o mosaico público-privado que estrutura o sistema de saúde brasileiro.

BAHIA, Lígia. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trabalho, Educação e Saúde.** (Rio de Janeiro). v. 4 n. 1, p. 159-169, 2006.

O trabalho, elaborado como ensaio, aborda problemas decorrentes das assimetrias entre as concepções e as práticas das relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. As hipóteses apresentadas sugerem que a preservação de arranjos político-institucionais e financeiros de suporte público aos serviços privados e empresas de

planos de saúde compete com a perspectiva de implementação do direito universal à saúde. O argumento de que a rede privada de estabelecimentos e o empresariamento de esquemas assistenciais desoneram o SUS e, portanto, induzem ao uso eficiente dos recursos públicos para atender os que "não podem pagar"é problematizado. Considera-se, à luz de informações sobre os subsídios fiscais e gastos públicos diretos envolvidos com o financiamento dos planos privados de saúde, que a defesa de um sistema público de saúde para os pobres contrapõe-se e inviabiliza o SUS proposto pela Constituição de 1988.

BAHIA, Lígia. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciência e Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro). v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.

Com o objetivo de contribuir para especificar a origem das fontes de remuneração dos procedimentos de alto custo, relacionados com a assistência a doenças crônicas, o presente trabalho examina a utilização de procedimentos médicos selecionados por clientes vinculados a planos privados de saúde e pelos segmentos populacionais cobertos exclusivamente pelo SUS. O estudo se baseia na comparação entre taxas de utilização dos procedimentos selecionados, obtidos por meio de informações solicitadas a empresas de planos de saúde, consultas às fontes oficiais e estimativas fornecidas por informantes-chave. Apesar de possíveis problemas de classificação, as taxas de utilização dos clientes de planos privados de saúde para revascularização do miocárdio, angioplastia, artroplastia de quadril, e cirurgia de obesidade mórbida são mais elevadas do que as estimadas para os segmentos populacionais exclusivamente cobertos pelo SUS. Por outro lado, as proporções de transplantes hepáticos e terapias renais substitutivas remuneradas diretamente pelo SUS variam de 89% a 96%. Tais resultados sinalizam uma divisão de atribuições entre as esferas públicas e privada no que se refere às fontes de remuneração dos procedimentos de alta complexidade.

BAHIA, Lígia. **Os planos de saúde empresariais no Brasil: notas para a regulação governamental.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/abrangenciadaregulacao/AA7.pdf>

Aponta a presença dos planos empresariais no Brasil e suas interfaces com o sistema regulador.

BAHIA, Lígia; RONIR, Luiz Raggio. Informações sobre coberturas e preços de planos e seguros privados de saúde: as perspectivas da complementaridade entre fontes administrativas e de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva.** (Rio de Janeiro). v. 11, n. 4, p. 870-886, 2006.

Este artigo faz uma análise das fontes de dados populacionais como um potente sistema de informações em saúde, particularme nte sobre os planos de saúde.

BAHIA, Lígia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade.** (São Paulo). v.14, n.2, p.9-30, 2005.

O trabalho sistematiza as matrizes interpretativas envolvidas no debate sobre o sistema de saúde brasileiro e avança hipóteses sobre as extensas e dinâmicas fronteiras de interseção público-privadas que o caracterizam. Considerando que o hiato entre as concepções sobre o sistema de saúde baseadas em modelos puros e a realidade brasileira, na qual predominam as formas híbridas de prestação e organização de redes de serviços, constitui, per se, um foco permanente de tensões, o estudo destaca e

dimensiona: a utilização de fontes públicas de financiamento à demanda e a oferta dos planos de saúde; o afluxo de clientes de planos a uma capacidade instalada de recursos físicos e humanos constituída e reproduzida com recursos públicos; a inserção público-privada de profissionais de saúde e as franquias para dirigentes de empresas privadas assumirem cargos públicos e vice-versa. Os reflexos da estrutura e formas de articulação entre o público e o privado nas agendas dos mais importantes fóruns de debate e formulação de diretrizes para o sistema de saúde, as Conferências de Saúde (previstas pela Lei 8142-90 como instâncias de avaliação e elaboração de diretrizes para a saúde nas três esferas de governo), e das instituições governamentais relacionadas diretamente com o SUS são analisados. Conclui-se que as tensões, conflitos e proposições, sobre o considerado componente público do sistema de saúde, estão direcionadas a arenas específicas de debate. Paralelamente renovaram-se e constituíram-se outros fóruns de negociação sobre o componente privado. Portanto, a segmentação das demandas reflete-se, de maneira quase automática, no âmbito setorial, na definição de "pautas especializadas" – ou no público ou no privado.

BARROS, Aluísio J. D; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e Saúde Coletiva.** (Rio de Janeiro). v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

Para avaliar a situação de utilização e acesso aos serviços de odontologia no Brasil e estudar diferenciais entre os estratos socioeconômicos, utilizaram-se dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE. A análise, que levou em conta o desenho amostral, indicou um nível baixo de utilização de serviços odontológicos. Setenta e sete por cento das crianças de 0-6 anos e 4 por cento dos adultos de 20-49 anos nunca haviam consultado um dentista. Entre estes adultos, comparando-se os 20 por cento mais pobres com os 20 por cento mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os primeiros. No grupo de 0-

6 anos, as crianças ricas consultaram o dentista cinco vezes mais do que as pobres no ano anterior à entrevista. Cerca de 4 por cento dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram, 8 por cento dos quais entre os mais pobres e 1 por cento entre os mais ricos. A maioria (68 por cento) dos atendimentos do grupo mais pobre foi financiada pelo SUS, enquanto 63 por cento deles foram pagos pelos mais ricos. As maiores desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos foram encontradas, exatamente, nos grupos de menor acesso ou utilização. A participação do SUS nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa do que na atenção médica.

BELMARTINO, Susana. Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina **Cadernos de Saúde Pública.** (Rio de Janeiro). v. 18, n. 4, p. 1067-1076, 2002.

Este artículo analiza el desarrollo histórico y contemporáneo del sistema de atención médica en Argentina desde el punto de vista de la equidad, principio que no se formula explícitamente en sus fundamentos organizativos. Entre éstos se identifican otros valores, universalidad, accesibilidad, solidaridad, que pueden acercarse al valor equidad. Sin embargo la dinámica política que caracterizó el desarrollo del sistema de servicios condujo a la supresión de los enfoques más universalistas, permaneciendo tan sólo como principio ordenador del sistema la solidaridad grupal. La crisis financiera de los años 80 puso de manifiesto el relativo valor de ese principio para fundar un sistema equitativo. Para ilustrar la situación actual, se utiliza alguna informacion disponible sobre las condiciones de cobertura de beneficiarios del sistema de seguridad social médica.

BÓS Antonio M; BÓS Angelo J. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Publica**; (São Paulo). v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.

Objetivo: Idosos usam a rede pública ou privada de atendimento de saúde de acordo com a sua situação econômica, social, demográfica e epidemiológica. Analisar como esses fatores influenciam a escolha do local de atendimento e comparar o impacto das rendas individual e familiar do idoso nessa decisão são os objetivos do estudo. Métodos: Foram utilizados dados de um estudo realizado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul, em 1995, com 7.920 idosos, com idade acima de 60 anos. A coleta de dados foi feito mediante questionário que incluía questões sobre influência do gênero, idade, escolaridade, renda individual e familiar, tamanho da família, participação na renda familiar e auto-avaliação da saúde do idoso. As chances de uso da rede privada de atendimento de saúde foi medida pela regressão logística. Resultados: No acesso à rede privada de atendimento a renda familiar do idoso teve um impacto muito mais expressivo do que a individual. Com um aumento na renda familiar em um salário mínimo, as chances do idoso utilizar a rede privada aumentam 20% contra um acréscimo de apenas 7% no mesmo aumento na renda individual. Também influenciaram positivamente: gênero feminino, idade, escolaridade e tamanho menor da família. Conclusões: As decisões sobre onde o idoso recebe cuidados de saúde dependem das necessidades e recursos da família e não somente da situação individual do idoso. Conseqüentemente, a saúde do idoso de família de renda baixa recebe prioridade menor e é desproporcionalmente prejudicada pelo pouco recurso familiar e deficiências do sistema público de atendimento.

CAMPOS, Anna Maria; AVILA, Jorge Paula Costa. Avaliação de agências reguladoras: uma agenda de desafios para a sociedade brasileira. **Revista de Administração Pública.** (Rio de Janeiro). v. 34, n. 5, p. 29-46, 2000.

Trata do desenvolvimento de práticas de avaliação de agências reguladoras abertas à participação dos diferentes públicos afetados, que estimulem a transparência do processo decisório e não inibam a participação de setores privados na oferta de serviços de relevância social. Aprecia as dimensões relevantes da avaliação à luz de contribuições selecionadas na literatura estrangeira. Identifica desafios a serem enfrentados pelas agências e pela sociedade brasileira.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. **Revista de Administração Pública.** (Rio de Janeiro). v 37, n. 2, p. 189-200, 2003.

Discute as noções de público e privado como dimensões no campo da saúde, nos serviços pertencentes aos setores público e privado. Assume que nunca existirá, por exemplo, um serviço totalmente público, ainda que se trate do setor estatal; nem, tampouco, um serviço absolutamente privado, mesmo que seja um serviço lucrativo. Analisa como o planejamento em saúde lidou com esses conceitos durante a década de 1990 e as conseqüências práticas daquelas abordagens. Propöe a incorporação de novas categorias de análise e intervenção para a área de planejamento em saúde que lhe permita sair do papel de disciplina de controle e enquadramento de profissionais e equipes, para transformá-la em instrumento que propicie graus maiores de compromisso com a produção de saúde e liberação da capacidade criativa de profissionais e equipes. Destaca, entre essas novas categorias, algumas vinculadas à gestão, organização do processo de trabalho e subjetividade.

CARAP, Leonardo Justin; CREPALDI, Ricardo; NAVARRO, Andréia. Proposta de modelo de acreditação para operadoras privadas de planos de saúde. **Revista de Administração Pública.** (Rio de Janeiro). v. 37, n. 2, p. 285-312, 2003.

Propõe a constituição de um modelo de acreditação de operadoras privadas de planos de saúde como forma de diminuir as imperfeições informacionais deste mercado. Procede ao levantamento e análise das bases filosóficas e metodológicas dos modelos de avaliação dos sistemas de saúde norte-americano e canadense: o primeiro, por representar o mercado de saúde que se tenta implantar e sedimentar no Brasil; o segundo, por suas características de valorização do ser humano, de suas necessidades, expectativas e desejos, pelo reconhecimento da importância dos trabalhadores do setor e também por adotar conceitos "donabedianos" no estabelecimento de suas dimensões qualitativas, reconhecidos e utilizados no Brasil como referência e nos quais se podem basear as ações da ANS para formulação de políticas para o setor.

Castro, Janice Dorneles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias.** (Porto Alegre). ano 4, n. 7, p. 122-135, 2002.

O propósito deste artigo é discutir se as leis da oferta e demanda se aplicam ao "mercado da saúde", estudar as inúmeras falhas de mercado que ocorrem e que, conseqüentemente, indicam que grau de intervenção deve o Estado ter no setor.

CESPEDES, Juan Eduardo; JARAMILLO, Ivan; MARTINEZ, Rafael; OLAYA, Sonia; Reynales, Jairo; URIBE, Camilo; CASTAÑO, Ramón A; GARZÓN, Edgar; ALMEIDA, Celia; TRAVASSOS, Claudia; BASTO, Fernando; ANGARITA, Janeth. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. **Revista de Salud Pública.** (Colombia). v. 2, n. 2, p. 145-164, 2000.

Para evaluar los efectos del nuevo sistema de salud sobre la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud, se compararon dos cortes transversales de la

población antes de la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y después de la misma. Se evaluaron los cambios en la distribución de un indicador de equidad en el acceso a los servicios de salud: afiliación al SGSSS; adicionalmente, se compararon dos grupos de población en el corte de 1997, afiliados y no afiliados al sistema de SGSSS, con el fin de evaluar los cambios en la distribución de dos indicadores de equidad en la utilización de servicios: hospitalización y uso de servicios de salud en general. Los resultados obtenidos, revelan que entre 1993 y 1997, la cobertura del SGSSS aumentó del 23/100 al 57/100. El aumento en la cobertura fué más dramático entre los segmentos más pobres de la población: en los hogares del primer decil de ingresos la cobertura aumentó del 3.1/100 al 43.7/100 y el índice de concentración en la distribución de la afiliación al SGSSS se redujo a la mitad: del 0.34 a 0.17. En cambio, los indicadores de concentración correspondientes a la utilización de servicios variaron muy poco inclusive luego del ajuste hecho por edad, género y necesidades. Estos resultados sugieren un impacto positivo del SGSSS sobre las inequidades en el acceso, pero los efectos sobre las inequidades en la utilización de los servicios de salud no son claros.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Eqüidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública.** (Rio de Janeiro). v. 18, (suplem), p. 173-180, 2002.

O presente artigo analisa na primeira seção questões atuais colocadas para a agenda de estudos e debates sobre a Reforma Sanitária Brasileira da perspectiva da inclusão e da exclusão sociais. E numa segunda seção, à luz daquelas questões inicialmente discutidas, analisa uma experiência de parceria entre o setor público estatal (o Hospital das Clínicas HC, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo) e o Sistema Supletivo de Assistência Médica (SSAM). A tese apresentada é a do esgotamento do ideário original da Reforma Sanitária Brasileira, após a conquista do movimento consagrado na Constituição de 1988, e frente à nova realidade do país, com a

conseqüente necessidade de se resgatar a ênfase na dimensão política nos estudos sobre saúde, colocando em destaque a questão da construção de identidades dos sujeitos sociais. A partir dela é analisada a experiência daquela parceria, mostrando como a existência da "dupla fila" a dos usuários SUS e a dos usuários do SSAM não implica discriminações no acesso à tecnologia, mas reproduz no interior do HC as discriminações já existentes na sociedade.

COHN, Amélia; WESTPHAL, Márcia Faria; ELIAS, Paulo Eduardo. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Publica**; (São Paulo). v. 39, n. 1, p. 114-121, 2005.

Objetivo: Verificar a incorporação dos sistemas de informação disponíveis nos processos municipais de tomada de decisão no setor saúde, dado que a informação técnicocientífica vem se constituindo num instrumento central dos gestores tanto do setor privado como público. Métodos: Foram realizados quatro estudos de caso em municípios paulistas de diferentes portes e graus de complexidade dos sistemas de saúde (1998-2000), utilizando-se métodos e instrumentos quantitativos (indicadores epidemiológicos, demográficos, econômico-financeiros e sociais) e qualitativos (entrevistas com os principais atores identificados e grupo focal). Na análise dos dados lançou-se mão do método de "triangulação", estabelecendo articulação entre eles. Resultados A estratégia de implantação do Sistema Único de Saúde conforma o padrão de consumo das informações dos grandes bancos de dados de instituições públicas e de produção local de informações voltado predominantemente para a dimensão financeira, independentemente do tamanho do município, complexidade do sistema de saúde local e da modalidade de gestão. Conclusões: As informações disponíveis nos bancos de dados são consideradas no geral defasadas com relação às necessidades imediatas da gestão; a infra-estrutura de equipamentos e a capacitação dos recursos humanos são avaliadas como precárias para sua incorporação no processo decisório; as informações

são utilizadas, sobretudo em prestação de contas já que as políticas de saúde são concebidas fora do município e sob a forma de convênios e programas com o estado e o governo federal.

CONILL, Eleonor. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** (Rio de Janeiro). v. 20, n. 5, 1417-1423, 2004.

Diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante na avaliação da qualidade do cuidado e dos sistemas de saúde. Discute-se o significado desse conceito na prática de alguns serviços e sistemas de saúde, analisando metodologias para sua operacionalização. No Brasil, predomina uma percepção ampliada com ênfase no caráter completo, contínuo e coordenada do cuidado e da gestão. Destaca-se a importância de associar a avaliação da integralidade com medidas de acesso, sugerindo-se a escolha de indicadores dos pactos de metas das programações municipais para seu monitoramento. Tal iniciativa poderia aumentar a validade do instrumental de avaliação existente, numa perspectiva comunicativa.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro). v.6, n. 2, p.319-328, 2001.

Este artigo contextualiza as políticas aplicadas ao campo da saúde na década de 1990 a partir de dois eixos contraditórios: o mandato da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOAS) de 1990; e a onda neoliberal que influenciou as reformas de Estado em toda a América Latina. O texto detalha os percursos e os percalços do setor saúde na implantação de uma agenda de descentralização fundamentada nos princípios constitucionais de universalização, eqüidade e participação cidadã. E conclui que a

reforma da saúde, tal como prevista na LOAS, está se realizando com oscilações, avanços e recuos que traduzem ambigüidades, conflitos e contradições em relação às mudanças no papel do Estado brasileiro a partir da década de 1990. Ele perdeu sua capacidade de formular e implementar políticas nacionais de desenvolvimento, centrou-se no ajuste fiscal e está permeado pelas pressões da globalização do capital.

COSTA, Nilson do Rosário; ARAÚJO, Ângela. Regulação econômica e estrutura do mercado de planos de saúde. In: **I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe**, 2004, Rio de Janeiro. Anais do I Congresso da Economia da Saúde. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde. v. 1, 5 p. , 2004.

O objetivo do trabalho é analisar as condições de entrada, permanência e saída das empresas sob as condições institucionais do regime de regulação implementado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** (Rio de Janeiro). v. 17, n. 4, 999-1008, 2001.

O presente trabalho busca descrever as características organizacionais da cooperativa de trabalho médico UNIMED no Brasil. Após uma breve perspectiva sobre a participação da UNIMED no mercado atual, aborda-se sua estrutura organizacional, evolução histórica e o regime contratual dos cooperados, incluindo a fórmula utilizada para o cálculo do valor a ser pago como remuneração do trabalho médico. Atualmente, são 367 cooperativas locais no país, que operam em mais de 80% dos municípios, contando com 41% dos médicos existentes para atender a 7% da população. A história da organização evidencia o surgimento, primeiro, das cooperativas locais e, posteriormente, daquelas

das federações, da confederação e das demais empresas do complexo. O desenho e a dinâmica organizacional favorecem o alto grau de descentralização e autonomia; a subordinação de todos os componentes do complexo ao comando da cooperativa de trabalho médico e a ocorrência de disputas internas e conflitos entre os interesses individuais e os da organização.

FARIAS, Luís Otávio. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.6, n.2, p.405-416, 2001.

O artigo discute a adesão aos planos de saúde entre indivíduos de camadas populares. Parte do princípio de que a análise macroestrutural é insuficiente para a compreensão desse fenômeno, e interpreta a ação social tomando como princípio a existência de um campo de possibilidades dentro do quais os indivíduos realizam escolhas e tomam decisões. A discussão baseia-se em pesquisa qualitativa, realizada pelo autor, para a qual foram entrevistados dez informantes que contrataram serviços de empresas do sistema de saúde suplementar. Analisando, a partir de três dimensões – qualidade, acesso e segurança – as representações presentes nos discursos dos entrevistados, procuram compreender a lógica subjacente às escolhas em relação à contratação de um plano de saúde. Observa-se que as representações sobre a vulnerabilidade da própria saúde possuem um papel central para a estratégia de proteção – SUS versus planos de saúde – posta em prática pelo sujeito.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.371-378, 2003.

Como em outras políticas públicas, o financiamento é um poderoso elemento indutor de estratégias e ações de saúde. Se, por um lado, a descentralização financeira promovida pela Constituição Federal de 1988 possibilitou aos municípios a assumirem efetivamente parte do financiamento da política de saúde, por outro lado, na primeira metade da década passada, houve grande instabilidade do financiamento federal da saúde. A Emenda Constitucional n. 29/00, ao vincular recursos tributários de estados e municípios a despesas com ações e serviços públicos de saúde, foi a solução encontrada para o quadro. A sua real implementação, contudo, depende dos avanços nos entendimentos do texto constitucional pelo conjunto de atores da política de saúde. Desde logo, contudo, estima-se que a participação dos estados no financiamento da saúde aumente substancialmente, reduzindo-se a fatia da União, e havendo manutenção dos níveis médios atuais de gastos municipais. Essa situação poderá implicar maior grau de autonomia das esferas subnacionais na definição e implementação da política de saúde.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca e TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.379-391, 2003.

Este artigo apresenta características do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops), tece breves comentários sobre a estratégia de coleta e os dados coletados, e exemplifica algumas de suas potencialidades como instrumento de apoio à gestão. O Siops reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, dos estados e da União, constituindo-se em banco de dados único no âmbito das políticas sociais no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos pelas instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e

avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tais informações podem viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas entre os entes federados, e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio e entre as esferas governamentais, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção, dentre outras questões.

MELAMED, Clarice e COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.379-391, 2003.

O presente artigo trata das inovações nas formas de financiamento federal à atenção básica, a partir da criação de novos programas: Piso de Atenção Básica (PAB), Programa de Agentes Comunitários (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). Foi construída uma tipologia específica para a interpretação do impacto do PAB Fixo sobre as contas municipais, considerando a capacidade fiscal das unidades da Federação, seu porte populacional e região geográfica. Para o PACS e o PSF foi feita uma análise do crescimento de recursos disponibilizados ao longo do período 1998-2001, por regiões geográficas. Conclui-se que, ao menos em seu movimento inicial, a nova política é bem-sucedida: a análise dos dados de implementação do PAB demonstra que os municípios de menor capacidade instalada para a oferta de atenção ambulatorial básica no âmbito do Sistema Único de Saúde foram os mais favorecidos pelos novos mecanismos de transferência propostos pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs); também foram alocados crescentes volumes de recursos direcionados aos programas PACS e PSF durante o período.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.403-415, 2003.

Este artigo examina a estratégia adotada pelos gestores federal e estadual do SUS, que prioriza a destinação dos recursos financeiros ao nível de Atenção Básica e ao Programa de Saúde da Família (PSF). Destaca-se a expansão dos recursos federais aos municípios, em forma de incentivos, destinados especialmente à Atenção Básica e ao PSF. O artigo salienta, também, a alocação de recursos dos estados a esse nível de atenção de saúde e a esse programa, identificando, particularmente, as formas de incentivos dos governos do Ceará, Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Por último, são discutidos alguns problemas no financiamento da Atenção Básica e do PSF em nível dos municípios, tanto pela instabilidade de seus re cursos próprios, como pelas conseqüências pro venientes da sistemática de incentivos financeiros federais e estaduais à autonomia do sistema de saúde local.

UGA, Maria Alícia, PIOLA, Sérgio Francisco, PORTO, Sílvia Marta, VIANNA, Solon Magalhães. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.417-437, 2003.

Este artigo trata da descentralização do SUS, particularmente no que se refere à distribuição e ao processo de alocação de recursos para a saúde, nas três esferas de governo. Assim, apresenta, por um lado, o marco constitucional e legal desse processo e analisa as Normas Operacionais que vêm orientando o processo de descentralização no SUS. Por outro lado, aborda a regionalização da alocação de recursos efetivamente executada pelo Ministério da Saúde, incluindo tanto os gastos diretos como os repasses para estados e municípios. Finalmente, são feitas algumas considerações de ordem geral.

LUCCHESE, Patrícia T. R. Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.439-448, 2003.

O tema da eqüidade em saúde vem ganhando destaque no debate público setorial como objetivo a se alcançar na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde para a efetiva melhoria das condições de saúde do conjunto da população brasileira em todo o território nacional. Este debate, já bastante difícil pela necessidade de se precisar o conceito de eqüidade, evidencia a complexidade do ambiente em que se processam as tarefas públicas para a redução de desigualdades inter-regionais, no contexto de interação e interdependência entre processos econômicos, sociais e culturais, mundiais e nacionais, que pressionam as agendas governamentais nestes tempos de globalização. Este artigo empreende um esforço de sistematização de alguns dos desafios e indagações colocados para uma gestão pública da saúde orientada à eqüidade na República Federativa do Brasil, a partir de uma interpretação própria para o conceito de eqüidade na gestão descentralizada do SUS, da atualização de algumas proposições para a gestão social em discussão no debate internacional sobre o desenvolvimento, e da revisão da contribuição teórica de alguns autores sobre a ação do Estado neste ambiente heterogêneo e contraditório de grandes mutações.

SOUZA, Renilson Rehem de. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.449-460, 2003.

O artigo trata das estratégias do Ministério da Saúde para mudar o padrão de financiamento da saúde no Brasil. No início da implantação do Sistema Único de Saúde, manteve-se a lógica de financiamento do antigo sistema, baseado na prestação de assistência aos beneficiados da previdência social. Isso concentrava os recursos nas regiões do país mais desenvolvidas economicamente, e que possuíam uma rede de

serviços mais estruturada. Como solução, foram adotadas novas modalidades de repasse financeiro. Para aquelas regiões menos favorecidas, os repasses passaram a ser proporcionalmente maiores. A estratégia resultou numa diminuição das diferenças regionais nos valores alocados pelo gestor federal para a saúde, com números que também apresentam indícios de uma maior expansão da oferta de serviços de saúde nas regiões mais pobres.

DRACHLER, Maria de Lourdes, CORTES, Soraya M. Vargas, CASTRO, Janice Dorneles de; LEITE, José Carlos de Carvalho. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.461-470, 2003.

Promover a saúde com eqüidade é um grande desafio para os gestores públicos. A magnitude das desigualdades sociais em saúde e os recursos escassos impõem que as prioridades para a gestão pública se fundamentem no conhecimento da situação de saúde e do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes. Este artigo apresenta a proposta metodológica de construção e seleção de indicadores de desigualdades em saúde utilizada pela Pesquisa Avaliativa de Desigualdades em Saúde no Rio Grande do Sul (PADS-RS) para auxiliar a definição de prioridades para a gestão pública. Os indicadores foram construídos visando avaliar desigualdades em saúde como diferenças na qualidade de vida e capacidades humanas socialmente determinadas. A metodologia baseia-se em princípios de promoção ativa da eqüidade que orientam (1) o Sistema Único de Saúde Brasileiro, (2) as pesquisas avaliativas de desigualdades em saúde realizadas no Reino Unido e (3) o método RAWP (Resources Allocation Working Party) de alocação de recursos financeiros públicos em saúde entre regiões e considera as peculiaridades dos sistemas oficiais de informação no Estado e no Brasil.

NAJAR, Alberto Lopes e CAMPOS, Mônica Rodrigues. Desigualdades sociais e gestão em saúde: metodologia de seleção de áreas urbanas visando à diminuição das desigualdades socioespaciais em regiões metropolitanas. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.471-478, 2003.

O artigo apresenta metodologia, à qual se deu o nome de Rio 40 graus, para estudar a região metropolitana do Rio de Janeiro, utilizando como unidade de agregação da informação o setor censitário, disponibilizando o acesso a uma ferramenta coadjuvante no processo de alocação de recursos e de gestão em saúde. O objetivo é minimizar as desigualdades de natureza social, sendo de especial interesse para o espaço urbano-metropolitano. Nessa perspectiva, todas as secretarias, municipais e estaduais, que integram a área social de um governo, podem tirar proveito de tal metodologia. As técnicas utilizadas são: análise exploratória de dados, geração de indicadores básicos, análise de componentes principais e cluster. O nível de detalhe alcançado é função da escala de agregação dos dados do setor censitário. O produto final foi desenvolvido e implementado em mídia eletrônica (CD-ROM), contendo todas as bases de dados, permitindo a análise das mesmas segundo necessidades do usuário, com ênfase especial no planejamento de ações e programas sociais e apoio à decisão. O resultado final pode oferecer suporte a análises do espaço metropolitano, de perfis de qualidade de vida, de investimentos públicos, eleitorais, dentre outras.

ARTMANN, Elizabeth e URIBE RIVERA, Francisco Javier. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.479-499, 2003.

Este texto é uma apresentação geral da metodologia de gestão estratégica hospitalar de M. Crémadez e F. Grateau (França), incluindo os objetivos, as fases e as principais ferramentas do enfoque. O trabalho destaca os aspectos microeconômicos do mesmo e suas possibilidades para estruturar redes de serviços através da pactuação de metas e objetivos entre hospitais. Inclui a apresentação de um caso de aplicação do enfoque como instrumento de coordenação regional da especialidade de cirurgia geral dos hospitais de uma área programática (AP-4) da cidade do Rio de Janeiro.

SILVA, Letícia Krauss. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.501-520, 2003.

Este trabalho discute o papel da avaliação tecnológica, e da análise custo-efetividade em particular, no planejamento e gerência da difusão e incorporação (financiamento) de tecnologias de saúde, com base em evidências científicas, no SUS. Explicita o papel da avaliação tecnológica na elaboração de diretrizes clínicas baseadas nas evidências científicas, importantes na melhoria da qualidade e eficiência da atenção no SUS. Introduz os objetivos, requerimentos e limitações de metodologias utilizadas pela avaliação tecnológica para a análise e síntese do conhecimento relativo aos efeitos sobre a saúde e outras implicações do uso das tecnologias. Enfatiza a importância, para a análise custo-efetividade, da evidência relativa ao benefício, da utilização do custo econômico (incremental), ao invés do custo contábil, e da explicitação do(s) ponto(s) de vista da análise. É apresentada uma análise preliminar dos processos de difusão e incorporação de tecnologias/procedimentos no SUS, apontando-se as possibilidades do aperfeiçoamento desses processos, bem como do processo de elaboração de diretrizes de conduta clínica, a partir da implementação de atividades de avaliação tecnológica adequadamente elaboradas, tomando os pontos de vista do governo e da sociedade.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.521-535, 2003.

O artigo desenvolve um enfoque analítico voltado para o estudo do complexo industrial da saúde, englobando o conjunto das atividades produtivas e suas relações de interdependência, segundo uma perspectiva de economia política e da inovação. A lógica empresarial capitalista penetra em todos os segmentos produtivos, envolvendo tanto as indústrias que já operavam tradicionalmente nessas bases quanto segmentos que possuíam formas de organização em que era possível verificar a convivência de lógicas empresariais com outras que dela se afastavam, como a produção de vacinas e produtos biológicos, fitoderivados e a prestação de serviços de saúde. O artigo analisa a interação entre o sistema de saúde e o sistema econômico-industrial, mostrando como tem havido uma dicotomia na relação entre ambos, que se exprime na deterioração do potencial de inovação do país e numa crescente e preocupante vulnerabilidade externa da política de saúde. Sugere-se que o enfoque neoclássico tradicional da economia da saúde é insuficiente para tratar do complexo industrial da saúde, dada a intensidade do processo de mudança estrutural, e a necessidade de um enfoque teórico alternativo que incorpore a dinâmica de transformação econômica e institucional, de acumulação e de inovação.

LUCCHESE, Geraldo. A internacionalização da regulamentação sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.537-555, 2003.

Discutem-se os acordos de interesse sanitário que fazem parte do Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT, Marrakech,1994), e outros processos internacionais de harmonização de regulamentos técnicos. Parte-se de uma revisão bibliográfica para

identificar pressupostos e argumentos nos textos dos acordos e regulamentações. Consideram-se os impactos, em nossas instituições, quanto à democracia interna e à soberania. Conclui-se que, não obstante argumentos "globalistas" de que esses acordos e processos significam avanço em relação à situação anterior, o sistema internacional é ainda essencialmente anárquico e os estados, motivados pelos seus interesses. As maiores potências têm a prerrogativa de interpretar responsabilidades e obrigações sem medo de contradição ou retaliação, em que pese a existência de uma institucionalização no plano internacional.

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.557-567, 2003.

Com os objetivos de sistematizar os esforços para a utilização da epidemiologia nos serviços de saúde, descrever algumas propostas construídas no Brasil e discutir obstáculos e possibilidades de recomposição das práticas epidemiológicas no Sistema Único de Saúde (SUS), o ensaio apresenta elementos da crise da epidemiologia e analisa certos constrangimentos impostos ao desenvolvimento da racionalidade técnico-sanitária e à incorporação tecnológica do saber epidemiológico na gestão em saúde. São identificados avanços e recuos desses processos durante a implementação do SUS e apresentadas algumas proposições para a construção coletiva de uma epidemiologia contra-hegemônica que contribua na constituição de sujeitos sociais comprometidos com uma prática sanitária que aposte na planificação e gestão de um sistema de saúde efetivo, democrático, humanizado e equânime.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.569-584, 2003.

Múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor saúde interagem mutuamente e têm como produto a maneira como se prestam os serviços de saúde em determinado contexto histórico ou ainda resultam na disponibilidade ou na escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde. Compreender essas relações é fundamental para se avaliar a trajetória da política de saúde no país. Tomando-se como referência o princípio constitucional da integralidade da atenção à saúde e os desafios de sua implementação, analisam-se as formulações teóricas relacionadas ao conceito de Vigilância da Saúde e as mudanças implementadas pelo Ministério da Saúde no campo da Atenção Básica e da Saúde da Família. Busca-se ainda analisar em que medida essas proposições contribuem atualmente para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

FARIAS, Luís Otávio e MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.585-598, 2003.

O artigo analisa a dimensão e segmentação do mercado supletivo de assistência à saúde no Brasil e o perfil dos seus segurados. Na primeira parte, destaca alguns elementos conceituais necessários à compreensão das características do mercado em saúde. Analisa brevemente a dimensão e o papel do setor privado de saúde em países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e compara com caso brasileiro. Em seguida, realiza um breve histórico do setor supletivo de saúde no Brasil e, por fim, apresenta uma análise do perfil dos segurados, tendo por base os microdados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio de 1998 (Pnad/ IBGE).

PEREIRA, Dayliz Quinto, PEREIRA, Júlio César Motta e ASSIS, Marluce Maria Araújo. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.599-609, 2003.

O presente estudo teve como objetivo central a descrição e análise da prática odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Feira de Santana, no processo de municipalização da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva-exploratória. Os dados empíricos foram analisados a partir de entrevista semi-estruturada com cirurgiões-dentistas (10 profissionais) e de observação não participante em 3 UBS. O tratamento do material empírico foi baseado na análise de conteúdo de Bardin (1979) e Minayo (1999), em que se buscou desvendar os conteúdos manifestos e latentes dos discursos dos entrevistados, e uma maior compreensão da prática odontológica na rede básica. Os resultados obtidos demonstram que o profissional CD não se inseriu no processo de municipalização, e encontra-se ainda exercendo uma prática pautada no modelo tradicional de atenção à saúde bucal, privilegiando ações individuais, autônomas, curativas e tecnicistas. Concluímos que a prática odontológica nas UBS-FS precisa ser (re)construída, para atingir os objetivos preconizados pelo SUS. E, principalmente, o profissional CD se inserir como sujeito do processo, apontando para práticas alternativas voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal.

JEOLAS, Leila Sollberger e FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.611-620, 2003.

O artigo analisa resultados e limites de um projeto de extensão universitária realizado em um serviço público de saúde com atendimento integral ao adolescente. O projeto foi desenvolvido através de metodologia participativa, envolveu acadêmicos e profissionais das áreas de saúde e humanas, respondendo à necessidade de se realizar trabalhos de prevenção com adolescentes. O projeto justifica-se pelo aumento dos índices de gravidez não planejada entre meninas; pelos índices de infecção de DST e Aids; e pelo uso de drogas. Programas de saúde e o cumprimento dos conteúdos dos Parâmetros Curriculares Nacionais do MEC poderiam atuar para minimizar a vulnerabilidade sociocultural de jovens. Oficinas de prevenção possibilitaram melhor interação entre os profissionais do serviço e os adolescentes, além de representarem um espaço de reflexão sobre assuntos relacionados à sexualidade, temas dificilmente discutidos com a família ou na escola. As oficinas apresentam-se, portanto, como instrumentos eficazes de prevenção e de promoção à saúde, podendo ser operacionalizadas, nos serviços de saúde, por equipes interdisciplinares.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli e SOARES, Cássia Baldini. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.621-628, 2003.

Este artigo trata da produção de serviços de saúde mental. O objetivo foi descrever as concepções de serviços de saúde mental de trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental do município de São Paulo, que fizeram o curso de especialização em tecnologias em saúde mental. No âmbito hospitalar, ambulatorial e da unidade básica de saúde, a concepção de saúde-doença é multifatorial e centrada no indivíduo. Já no centro de atenção em saúde mental (CAPS), a concepção aproximou-se da teoria da determinação social. Quanto ao processo de trabalho, o objeto recortado foi predominantemente o indivíduo doente e até mesmo o sintoma da doença, distinguindo-se no CAPS uma concepção que relaciona o usuário à sua "rede social". O desafio é

avançar o entendimento da concepção do processo saúde-doença e redefinir processos de trabalho, pautados no âmbito dos determinantes e não somente no dos resultados do processo saúde-doença.

MATOS, Carlos Alberto de e POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p.629-643, 2003.

O artigo trata da situação contratual da rede assistencial privada vinculada ao Sistema Único de Saúde. Descreve essa rede e mostra o aumento do número de hospitais públicos municipais, a forte participação dos hospitais universitários. Evidencia que a rede ambulatorial é predominantemente pública. Analisa a situação contratual, com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, banco de dados recentemente implantado pelo Ministério da Saúde, visando agregar num único sistema todas as informações disponíveis sobre prestadores de serviços públicos e privados vinculados ao SUS. Aponta os problemas e indefinições no processo de contratação de prestadores privados de serviço de saúde. Conclui que os contratos podem representar uma maior responsabilização dos gestores e prestadores, além de possibilitar maior garantia dos direitos dos usuários e induzir à melhoria da qualidade dos serviços.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação (Botucatu), v. 9, n. 18, 489-506, 2005.

O artigo propõe uma reflexão crítica sobre o momento atual de desenvolvimento da construção do Sistema Único de Saúde, tendo como referência os princípios propostos

pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, particularmente os compromissos democráticos em relação ao direito à saúde e à construção do sistema e de suas políticas e à transformação das práticas de saúde e do modelo tecnoassistencial. São analisadas as maneiras predominantes de organização da atenção, de fazer políticas de saúde e de enfrentar os desafios do processo de trabalho em saúde. Defende-se a idéia de que uma radicalização democrática, que possibilite a participação ativa e efetiva de gestores municipais, trabalhadores e usuários na construção do SUS, é indispensável para a consolidação do sistema e da saúde como direito cidadão.

FINDLING, Liliana; ARRUNADA, Maria; KLIMOVSKY, Ezequiel. Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de obras sociales en Argentina. **Cadernos de Saúde Pública.** (Rio de Janeiro). v. 18, n. 4, 1077-1086, 2002.

Las Obras Sociales constituyen la base de la organización de la Seguridad Social Médica en Argentina. Lejos de tener un carácter equitativo, estas instituciones reproducen las desigualdades de ingresos vigentes en la actividad económica, provocando profundas disparidades en el nivel de los servicios médicos. El objetivo general del proyecto se centró en estudiar el proceso de reformulación de la política de la Seguridad Social Médica en el marco de sus intentos desregulatorios durante el período 1998-2000, analizando los efectos sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud. La metodología abordó el estudio desde dos niveles de análisis articulados entre sí: (1) un nivel macro, que tuvo en cuenta la evolución del proceso desde las estrategias de los actores involucrados y, (2) un nivel micro, caracterizando los cambios que se producen al interior de una reconocida obra social sindical durante su proceso de reconversión, teniendo en cuenta la órbita institucional y la visión de los afiliados. Los resultados visualizan una lenta implementación de las reformas propuestas desde el Estado, que se ve entorpecida por continuas negociaciones entre los principales actores

corporativos, que imponen sus intereses, y una creciente inequidad y mayor fragmentación por la apertura de la libre elección entre afiliados.

FLORES, Norma Lara; LÓPEZ Cámara, Víctor. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Revisión de la literatura. **Revista de la Asociacón Dental Mexicana.** v. 59, n. 3, p. 100-109, 2002.

En el presente trabajo se examina el problema referente a la utilización de los servicios odontológicos en diferentes grupos de población a través de la revisión de estudios realizados en las últimas tres décadas en distintos países. Se analizan los factores que, según la mayoría de los autores, tienen influencia para que la gente decida o no acudir a un servicio dental, presentando resultados de diversos trabajos, así como dos modelos teóricos que explican este proceso y algunas consideraciones metodológicas. Se reflexiona, por último, sobre su posible aplicación en estudios para la realidad de nuestro país.

FOSSATI, Fernando José Medeiros. Conhecimento dos responsáveis pela contratação de planos e seguros privados de assistência à saúde sobre a regulação da saúde suplementar em empresas da região metropolitana de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.8, supl. 1, p.200-201, 2003.

Este trabalho faz uma descrição dos responsáveis por contratação de planos de saúde e regulação em empresas de Porto Alegre.

Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. Freitas, Claudia Helena Soares de Morais. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação (Botucatu), v. 11, n. 21, 25-38, 2007.

O estudo buscou compreender a dinâmica e as mudanças que atingem a profissão de dentista, com base na categoria autonomia profissional e seus significados no discurso da profissão, e que estratégias são utilizadas para preservar a autonomia profissional. As reflexões são fundamentadas na sociologia das profissões, particularmente nos conceitos de autonomia, expertise e ideal de serviço. A pesquisa revelou que a autonomia profissional continua a ser um forte elemento que conforma a identidade do grupo, não estando abalada, apesar das mudanças do mercado de trabalho.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.8, n. 2, p.521-535, 2003.

O artigo desenvolve um enfoque analítico voltado para o estudo do complexo industrial da saúde, englobando o conjunto das atividades produtivas e suas relações de interdependência, segundo uma perspectiva de economia política e da inovação. A lógica empresarial capitalista penetra em todos os segmentos produtivos, envolvendo tanto as indústrias que já operavam tradicionalmente nessas bases quanto segmentos que possuíam formas de organização em que era possível verificar a convivência de lógicas empresariais com outras que dela se afastavam, como a produção de vacinas e produtos biológicos, fitoderivados e a prestação de serviços de saúde. O artigo analisa a interação entre o sistema de saúde e o sistema econômico-industrial, mostrando como tem havido uma dicotomia na relação entre ambos, que se exprime na deterioração do potencial de inovação do país e numa crescente e preocupante vulnerabilidade externa da política de saúde. Sugere-se que o enfoque neoclássico tradicional da economia da

saúde é insuficiente para tratar do complexo industrial da saúde, dada a intensidade do processo de mudança estrutural, e a necessidade de um enfoque teórico alternativo que incorpore a dinâmica de transformação econômica e institucional, de acumulação e de inovação.

GAMA, Anete Maria; OCKE REIS, Carlos Otávio; SANTOS, Isabela Soares; BAHIA, Ligia. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. **Saúde em debate.** (Londrina). v. 26, n. 60, p. 71-81, 2002.

O artigo estuda a regulamentação da assistência médica suplementar no Brasil, analisa a Lei nº 9656/98 e a ação de instituições que produzem normas para o funcionamento dos planos e seguros de saúde. Tal produção de normas para os planos e seguros de saúde ocorre junto à atuação da ANS, à saúde dos usuários, relativas à garantia e restrição de coberturas. Conclui-se que a Lei 9658/98 e seus sucedâneos restringem o papel da ANS no processo de regulação da assistência médica suplementar.

GIOVANELLA, Ligia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, Antonio Ivo de; CONILL, Eleonor Minho; CUNHA, E.M. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde debate.** (Londrina). v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

Neste artigo apresenta-se metodologia para avaliação da integralidade em sistemas locais de saúde. A partir da indagação quanto aos atributos de um sistema municipal imprescindíveis para o cumprimento da diretriz constitucional de integralidade da atenção, elabora-se conceito é constituído de quatro dimensões: primazia das ações de promoção garantia da atenção nos três níveis de complexidade de assistência,

articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, e abordagem integral de indivíduos e famílias. Para cada dimensão são arrolados critérios de verificação.

GIRALDES, Maria do Rosário. Seguro privado de saúde em Portugal: que evolução? Análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e de 1998/1999. **Cadernos de Saúde Pública.** (Rio de Janeiro). v. 19, n. 1, 263-268, 2003.

Utilizou-se o Inquérito Nacional de Saúde (INS) para o cálculo da porcentagem de população com seguro privado de saúde, conforme o sexo, a faixa etária e o tipo de cobertura, em relação à população pesquisada em Portugal, na porção continental e em âmbito regional. Para o cálculo da população com seguro privado de saúde conforme o nível de renda utilizou-se o grau de escolaridade e a profissão como indicadores indiretos. Além disso, procedeu-se à análise dessa população de acordo com a existência ou não de doenças crônicas. A análise comparada do INS 1995/1996 e INS 1998/1999 demonstra um crescimento, em três anos, respectivamente de 1 por cento e 0,7 por cento, na porcentagem de população com seguro-saúde em relação à população pesquisada dos sexos masculino e feminino. Existe, ainda, uma clara associação do nível de renda com a procura por seguros-saúde. Os especialistas das profissões intelectuais são os que mais adquirem seguros privados de saúde. Quanto ao grau de escolaridade, a população com ensino médio ou superior é, de longe, a que apresenta as porcentagens mais elevadas. As doenças crônicas afetam a aquisição de seguros privados de saúde. A análise regional do INS 1998/1999 evidencia que a região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma porcentagem superior à média da porção continental de Portugal.

HISSE, Liliana. Identificación de grupos sociales de mayor vulnerabilidad. **Medicina y Sociedad.** (Buenos Aires). v. 24, n. 1, p. 4-13, 2001.

La presente investigación tiene por objeto la construcción de un instrumento de evaluación que además de poner a prueba la validez de los criterios operativos seleccionados por el servicio social, permita la clasificación de los distintos grupos sociales según el grado de vulnerabilidad en el acceso a la atención de la salud en el Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina. Se seleccionan diez variables para conocer el perfil social de la población asistida y a partir de un método cuantitativo se obtienen indicadores para la identificación de cada grupo. El uso de instrumentos para medir Grupos Sociales de Riesgo es relativamente reciente. Es nuestra intención identificar a los grupos o personas que requieran mayor atención pero sin descuidar las necesidades de todos. En este sentido se convertirá en una herramienta válida para la planificación y toma de decisiones. Los resultados de este trabajo conllevan a un proceso constante de revisión operacionalización de variables, e invita a los trabajadores de la salud a contribuir al debate.

Le GRAND, Julian. Provisión de atención médica: es el sector público éticamente superior al privado? **Cuadernos Médico Sociales.** (Rosario). n. 81, p. 5-14, 2002.

El debate vinculado a la relación público/privado en el NHS ha estado caracterizado en mayor medida por retórica ideológica que por un análisis razonado. Este artículo es un intento parcial de rectificar esta situación, focalizando en las cuestiones éticas involucradas. Despliega los argumentos vinculados a la provisión pública de atención médica en oposición a la provisión privada, diferenciado entre aquellos que abordan cuestiones de hecho y los que se ocupan de cuestiones de valor. Se argumenta que varios de los principios morales involucrados en las últimas pueden ser conflictivos entre sí; y por consiguiente, cualquier resolución del debate es probable que involucre la compensación de un principio en relación al otro. En particular, los decisores pueden tener que compensar las ventajas morales del altruismo propio del sector público frente

a juicios morales igualmente válidos vinculados a los resultados de la atención médica y a una posible situación de explotación del proveedor público.

LEAL, Sandra Dias de Melo. Consultas oftalmológicas populares/convênios: análise dos custos. **Revista de Administração emSaúde.** v. 6, n. 25, p. 133-142, 2004.

Objetivos: Estudar consultas oftalmológicas particulares com preços populares e convênios numa clínica oftalmológica localizada no município de Paulista, Pernambuco, e seus custos no faturamento geral deste serviço. Métodos: Estudo descritivo, qualitativo e quantitativo de 2757 consultas oftalmológicas no período de setembro de 2001 a setembro de 2002. Resultado: O maior número de consultas neste período foi por convênios: 1976, (71,7 por cento) e 781 (28,3 por cento) pacientes com consultas populares. n = 215 (41,7 por cento) pacientes realizaram os exames solicitados e n = 298 (57,8 por cento) não. O número total de consultas-volta foi 927 (33,6 por cento), n = 607 (65,5 por cento) compareceram à segunda consulta e n = 320 (34,5 por cento) dos pacientes não retornaram. Indicaram-se 40 pacientes para cirurgia, n = 28 (70,0 por cento) realizaram cirurgia e 12 (30,0 por cento), não. Dez pacientes (83,3 por cento) que não realizaram a cirurgia proposta foram consultas populares. Os pacientes com convênios realizaram o maior número de exames e cirurgias indicadas e, conseqüentemente, tiveram acompanhamento médico mais adequado, e também a maior representatividade no faturamento geral da clínica. Porém, tanto as consultas por convênios quanto as consultas particulares com preços populares mostraram-se favoráveis no faturamento final deste Serviço Médico.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde e Sociedade.** (São Paulo). v.13, n.2, p.32-38, 2004.

A saúde no presente artigo é enfocada a partir de três pontos de vista: o ponto de vista do indivíduo, o ponto de vista do sistema produtivo e o ponto de vista técnico. Para o indivíduo, a saúde pode ser vista como uma sensação (de não doença, de não dor, etc.); para o sistema produtivo, ela pode ser vista como um valor a ser oferecido num mercado privado e público de bens de saúde e para o técnico, como um poder, o poder de proporcionar saúde. A partir destes três pontos de vista, várias inter-relações podem ser pensadas, exemplificando-se aqui quatro delas. Nesta teia de relações, a questão do empoderamento se revela importante, salientando-se, neste contexto, a importância de se considerar o indivíduo e/ou consumidor e/ou usuário como o elo mais fraco e, portanto, mais carente de uma ação empoderadora.

LIMA, Ricardo Montenegro de. Informação, Assimetria de Informações e Regulação do Mercado de Saúde Suplementar. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação.** (Florianópolis). n. esp., 2006.

A informação é condição para a democracia. As redes sociais são relevantes nas formações culturais atuais, sendo modo privilegiado de produção e disseminação de informação. As novas tecnologias facilitam registro, publicação e difusão de documentos e informações, especialmente através da internet. A ética da discussão orientada para o entendimento implica no agir comunicativo com base em argumentos racionais. A assimetria de informações entre atores nos mercados requer regulação do Estado. O mercado funciona geralmente de modo imperfeito, sendo muitas vezes incapaz de apresentar preço e outras condições de oferta socialmente aceitáveis. No mercado de saúde suplementar existe, aproximadamente, 2.200 operadoras que incluem 40 milhões de beneficiários. A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula o setor a partir dos marcos estabelecidos nas Leis n. 9656/98 e n. 9961/00. A produção, o processamento e o compartilhamento de informações podem ser importantes ferramentas de regulação.

LIZARDO B., Jose Ranulfo; MENDOZA, Juan Carlos; AGUILERA Mendoza, Rolando. Inequidad social y salud mental en Chile. **Revista Médica Hondurena.** v.72, n. 3, p. 133-137, 2004.

Objetivo. Comparar las diferencias en la salud mental y el uso de servicios en relación a ella entre personas con distintos tipos de seguros en Santiago. Método. Se llevó a cabo un estudio transversal con una muestra probabilística polietápica. Los trastornos mentales comunes fueron medidos usando la Entrevista Clínica Estructurada- Revisada (CIS-R). Resultados. Se entrevistó a 3.870 adultos. La prevalencia de morbilidad psiquiátrica encontrada fue de 26,9 por ciento un 20 por ciento de las personas con patología psiquiátrica había consultado por su problema. Las personas con seguro público (FONASA) de salud presentaban las prevalencias mayores pero las tasa de consulta más baja. Las personas con seguros privados (ISAPRES) presentaban prevalencias más elevadas pero las tasa más altas de consulta. Conclusiones. El sistema de salud chileno es inequitativo en la satisfacciónde las necesidades de salud mental.

MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; FRANCO,Túlio Batista; JORGE, Alzira de Oliveira; COSTA, Mônica Aparecida. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.9, n. 2, p.433-444, 2003.

O atual trabalho discute os avanços e limites da regulação pública da saúde suplementar e propõe mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado. Discute um modelo no qual o usuário deveria ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica "indutora de consumo". Esse mecanismo visaria assegurar a qualidade da assistência prestada.

MATOS, Carlos Alberto de; POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.8, n. 2, p.629-643, 2003.

O artigo trata da situação contratual da rede assistencial privada vinculada ao Sistema Único de Saúde. Descreve essa rede e mostra o aumento do número de hospitais públicos municipais, a forte participação dos hospitais universitários. Evidencia que a rede ambulatorial é predominantemente pública. Analisa a situação contratual, com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, banco de dados recentemente implantado pelo Ministério da Saúde, visando agregar num único sistema todas as informações disponíveis sobre prestadores de serviços públicos e privados vinculados ao SUS. Aponta os problemas e indefinições no processo de contratação de prestadores privados de serviço de saúde. Conclui que os contratos podem representar uma maior responsabilização dos gestores e prestadores, além de possibilitar maior garantia dos direitos dos usuários e induzir à melhoria da qualidade dos serviços.

MELÉNDEZ Vargas, María Fancy Ivette; ARTEAGA Herrera, Oscar; HERNÁNDEZ A., Enrique. Medición de la satisfacción de los usuarios directos del Departamento Programas sobre el Ambiente del Servicio de Salud Aconcagua. **Revista Chilena de Salud Pública.** (Santiago). v. 8, n. 1, p. 18-28, 2004.

Presenta Política Nacional de Salud 20004-2015. Incluye los lineamientos generales, políticas específicas por área de intervención y estrategias dirigidas a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidades y su entorno ecológico y social, en total correspondiencia con el Plan Nacional de Desarrollo. Esta Política está orientada al fortalecimiento y transformación del Sistama Nacional de Salud, especialmente al desarrollo de un nuevo modelo de atención, que parte de una

concepción integral y moderna de la atención en salud, respondiendo así a la complejidad de la situación epidemiológica de la población, acorde con sus aspectos culturales, políticos, étnicos, y geográficos.

MOLINA M., Gloria. Partnership: una estratégia de asociación para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a escala municipal. **Revista Faculdad Nacional de Salud Pública.** (Medellin). v. 19, n. 2, p. 75-88, 2001.

Las reformas en los sistemas de salud que se han impulsado en los diferentes países, tanto europeos como americanos y latinoamericanos, están enfocadas a lograr mayor equidad, eficiencia, efectividad, economía y calidad en la provisión de los servicios. Estas reformas involucran la introducción de los mecanismos del mercado como reguladores de la prestación de los servicios, y si bien se han obtenido avances positivos, también se han creado nuevos problemas y han surgido nuevas barreras en la accesibilidad y equidad de los servicios y el desarrollo de las acciones de salud pública. Esto se relaciona, entre otros factores, con la fragmentación de responsabilidades, el interés de lucro del sector privado, las políticas de contratación entre las aseguradoras y las prestadoras de servicios.Frente a este problemática se plantea una estrategia de asociación, a manera de partnership a escala municipal, aplicable al desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad, que permita poner los sectores a trabajar mancomunadamente, como socios para desarrollar y recuperar las acciones de salud pública en el ámbito municipal, lo que genera un impacto positivo e importante en la salud de la comunidad.

MONTOYA Aguilar, Carlos. Equidad en salud y atención de salud. **Cuadernos Médico Sociales.** (Santiago de Chile). v.41, n. 3/4, p. 14-20, 2001.

En una reunión organizada por la OPS (octubre 1999) se abordó la marcada desigualdad en niveles de salud y atención de salud que existe en países de América Latina y el Caribe. Este fenómeno se relaciona con la desigualdad de ingresos, con el tipo, lugar y calidad de atención, con las clases de intermediación financiera del sistema de salud, con las políticas de salud, con el desarrollo económico del país, y con decisiones y preferencias personales. Influyen en los resultados los indicadores de salud que se utilicen. El autor presenta un esquema conceptual que organiza algunas de las relaciones en juego y que destaca el papel de las sucesivas instancias de distribución del producto nacional y el rol de la organización social, así como el de la posición de cada país en el sistema global. Este marco puede ser útil para orientar ulteriores investigaciones que ayuden a formular recomendaciones de políticas gubernamentales en este campo.

MOREIRA, Marizélia Leão; VIDAL, Leonardo Silva; PLACCA, José Avelino; PEREZ Celina Maria de Oliveira; SOUZA, Sandra Helena de Souza. **Gerenciamento de documentação e requisitos a partir de normativos: uma experiência na ANS**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/SISDOC_SBIS.pdf>

Este artigo descreve a experiência em andamento na ANS/DIPRO que incorpora ao processo de monitoramento do ciclo de vida dos sistemas um gerenciamento de requisitos e documentação (SISDOC) com o objetivo de identificar e documentar o conjunto de requisitos a partir da publicação do normativo legal que lhe deu origem e, posteriormente, incorporar informações pertinentes às implementações decorrentes de alterações nas definições ou regras de validações dos dados, constituindo o histórico necessário para a geração de informações fidedignas.

MOREIRA, Marizélia Leão; VIDAL, Leonardo Silva; PLACCA, José Avelino; PEREZ, Celina Maria de Oliveira. **Metodologia de Qualificação de Dados dos Planos Privados de Assistência à Saúde: Uma Experiência na ANS.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Metodologia_SBIS.pdf>

O presente artigo tem por objetivo apresentar a metodologia de qualificação dos dados dos sistemas aplicativos de habilitação e manutenção de planos privados de saúde e de acompanhamento da assistência prestada a beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde, geridos pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Metodologia de Qualificação de Dados se baseia na informação em si e na análise do processo de acesso à informação, particularmente no que tange à precisão dos dados. A aplicação dessa Metodologia garantiu ao Sistema de Informações de Produtos (SIP) responder pelos indicadores da dimensão de Atenção a Saúde, do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, dando às operadoras a transparência do processo e à área Técnico-Assistencial subsidio para o aprimoramento do acompanhamento da assistência prestada. A expansão da metodologia para os demais sistemas da DIPRO vem proporcionando diversas oportunidades de integração com as áreas internas e externas, no compartilhamento de responsabilidades, promovendo a busca constante das ferramentas de análise de dados e recursos tecnológicos disponíveis.

NERI, Aldo. La reforma del sistema de salud. **Cuadernos Médico Sociales.** (Rosario). v.41, n. 3/4, p. 5-17, 2000.

Se sintetizan algunos aspectos centrales del cambio social, principalmente referidos al trabajo, así como aquellos más específicos del campo sanitario que, tanto a nivel mundial como en Argentina, condicionan más fuertemente el desempeño del sistema de servicios de salud. Luego se desarrollan las opciones de seguir las tendencias virgenes

en Argentina a lo largo de la década del 90, oreformar el espacio público de la salud con una orientación que integre recursos y universalice una cobertura igualitaria, destacando los aspectos financieros de organización y regulación, así como los dilemas políticos involucrados. Finalmente, se al necesario enmarcamiento de toda propuesta en una visión más amplia de política social para la democracia

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro). v. 18, supl., p.77-87, 2002.

Esse artigo estuda a relação entre desigualdade social e saúde no Brasil. A estratégia usada foi avaliar as necessidades e o consumo dos serviços de saúde, bem como o acesso a seguro saúde ao longo da distribuição de renda. Adicionalmente, por meio da estimação de uma regressão logística, foram avaliados outros determinantes do consumo dos serviços de saúde, com o intuito de se conhecer aonde e quem utiliza esses serviços no país. Os dados foram extraídos da Pesquisas Nacional de Amostra por Domicilio da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística levada a campo em 1998. Em geral, observou-se que os indivíduos nos primeiros décimos da distribuição de renda têm pior acesso a seguro saúde, necessitam de maiores cuidados médicos, mas consomem menos os serviços de saúde. As outras características extra rendimento indicam que os principais determinantes para o consumo dos serviços de saúde estariam fortemente associados aos grupos sociais mais privilegiados (de maior escolaridade, acesso a seguro saúde, água, esgoto, luz, coleta de lixo) e a fatores que apontam para capacidade de geração de oferta desses serviços no país.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **As Agências Reguladoras da saúde e os direitos sociais.** Brasília: IPEA, 2002 (Boletim de Políticas Sociais).

As agências reguladoras foram criadas, a partir de 1996, como resultado de uma confluência ocorrida entre a reforma do aparelho de Estado e o processo de desestatização da economia brasileira. As agências estão definidas em lei como autarquias sob regime especial, as quais possuem atributos de independência administrativa, bem como estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira. Com o advento dessas agências, o Poder Executivo passou a cumprir um papel quase-legislativo e quase-judiciário, por serem fontes de normas e de sanções aplicáveis aos entes públicos e privados controlados por elas. Em razão de as primeiras agências estabelecidas localizarem-se nos setores de energia elétrica, de telecomunicações e de petróleo, em que se instauraram novas regras para prestação de serviços públicos ou para flexibilização de monopólio da União, prevalece hoje uma interpretação segundo a qual todas elas estão voltadas para uma regulação de relações econômicas. É o que diz, por exemplo, o jurista Carlos Sundfeld ao analisar a origem dessas instituições: "A existência de agências reguladoras resulta da necessidade de o Estado influir na organização das relações econômicas de modo muito constante e profundo, com o emprego de instrumentos de autoridade, e do desejo de conferir, às autoridades incumbidas dessa intervenção, boa dose de autonomia frente à estrutura tradicional do poder político" (Sundfeld, 2000, p. 18). Neste artigo defendemos a idéia de que o modelo de análise centrado na regulação econômica não se aplica corretamente às duas agências da saúde, ou seja, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência de Saúde suplementar (ANS). A nosso ver, suas funções primordiais encontram-se inscritas no campo das políticas sociais. Tal condição obriga que o poder de regulação dessas agências observe princípios e diretrizes peculiares, de tal modo que elas promovam, fundamentadas na Constituição, a saúde como um direito social de cidadania.

OCKÉ REIS, Carlos Octávio. **Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil.** Disponivel em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Artigo_Challenges.pdf>

A idéia que defende uma regulação dos planos de saúde em favor dos grandes players e do "managed care" é incompatível com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), por isso, defendemos a adoção de um tipo de ação regulatória em direção ao fortalecimento da esfera pública. Em particular, apontamos como essa alternativa poderia capacitar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no enfrentamento da crise econômica do mercado de planos, desfazendo a ficção de que o mercado, uma vez fortalecido, vai cooperar com o SUS, ao invés de contaminá-lo.

OCKÉ REIS, Carlos Octávio. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. **Revista Brasileira de Administração Pública** (Rio de Janeiro). v. 39, n. 6, p. 1303-1318, 2005.

Este artigo discute a possibilidade de o interesse público - como preceito normativo da ANS - servir de eixo organizador de um programa de reforma das empresas do mercado de planos de saúde, capitaneado pela ANS. A realização desse programa pressupõe, entretanto, a superação do pragmatismo presente na gestão da agência reguladora, bem como a mudança do modelo regulatório mediante o aperfeiçoamento das diretrizes constitucionais, naquilo onde se lê que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Esse novo quadro institucional lançaria as bases para elaboração de um contrato social regulatório com vistas, a um só tempo, à aplicação específica do direito de acesso à saúde no mercado e à perspectiva de unicidade do SUS.

OCKÉ REIS, Carlos Octavio; SILVEIRA, Fernando Gaiger; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Avaliacäo dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública** (Rio de Janeiro). v. 37, n. 4, p. 859-987, 2003.

O objetivo deste artigo é avaliar a natureza do gasto das famílias com assistência médica, em especial com planos de saúde no marco do surgimento da universalização do atendimento e cobertura do Sistema Unico de Saúde (SUS). Em outras palavras, a partir da leitura dos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), onde se identificam as estruturas de gasto, receita e poupança das famílias, avaliamos, de forma descritiva e analítica, a magnitude e a distribuição dos gastos nos anos de 1987 e 1996. Em particular, enfatizamos a avaliação do gasto com "seguro-saúde e associação de assistência", isto é, com planos de saúde dando especial atenção aos resultados encontrados para os estratos de renda inferior e intermediária.

OCKÉ REIS, Carlos-Octávio. O Estado e os Planos de Saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público.** v. 51, n. 1, p. 125-150, 2000.

O artigo apresenta uma caracterização do setor suplementar em saúde e suas características e suas interfaces com o setor público e as características de regulamentação.

OCKE REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** (Rio de Janeiro). v. 12, n. 4, 2007.

Pretendemos abordar aqui os efeitos da concentração econômica do mercado de planos de saúde, pois tal movimento pode resultar no fortalecimento das grandes operadoras,

com conseqüências sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde. A partir da ótica da economia política do setor, além de refletir sobre as características dessa concentração, discutimos se o aumento do poder de mercado exige do Estado uma postura mais ativa, em especial caso se queira preservar os princípios normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar — em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

OCKÉ REIS, Carlos Octávio. A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política? **Jornada de Economia da Saúde** (São Leopoldo). Anais. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2003.

Este trabalho faz um histórico da universalização no SUS, legislação, mercado de planos de saúde, ação do estado (regulação) e a reforma institucional no mercado de planos de saúde.

OCKÉ REIS, Carlos Octavio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Revista de Economia Contempornea**. (Rio de Janeiro). v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

Neste artigo se procurou demonstrar a existência de uma articulação entre o padrão de financiamento público e o mercado de planos de saúde. De um lado, a partir de evidências teóricas, encontramos argumentos que explicam os motivos dessa articulação, em especial no campo do financiamento setorial. De outro, em um primeiro exame, observa-se que, historicamente, determinadas ações governamentais acabaram patrocinando os planos e seguros privados no Brasil, reforçando, em termos concretos, a

percepção da presença de uma relação sistemática entre o mercado e o Estado, na área da saúde.

Organización Panamericana de la Salud. **Cuentas nacionales de salud: Ecuador.** LACRSS - Iniciativa Cuentas nacionales de salud.

Analisa a situação da saúde e sua estrutura, principais desafios da reforma do setor e o sistema de financiamento da saúde. Apresentam os fluxos de financiamento e gastos nacionais em saúde que representaram 2.2 por cento do PIB nos anos de 1995-1997, cabendo entre US$35,00 e US$36.00, por habitante. O financiamento da saúde ocorreu em proporção similar entre agentes governamentais e não governamentais. O Instituto de Seguridade Social captou 30 por cento do financiamento canalizado através dos agentes públicos, seguido do Ministério da Saúde com 28 por cento. Os agentes não governamentais foram classificados em seguros privados de saúde (4.1 por cento), organizações não governamentais (4.2 por cento) e recursos pagos por famílias diretamente a provedores de bens e serviços de saúde (32 por cento). Divulga, entre outros, os gastos com pessoal (29 por cento), com medicamentos(20 por cento) e contratação de serviços médicos terceirizados (25 por cento).

ORTIZ Rugeles, Alma. Condiciones de vida y de salud bucal del escolarizado y su familia: municipio Caroni, Estado Bolivar, 1992. **Acta Odontologica Venezolana.** v. 38, n. 1, p. 18-36, 2000.

Esta investigación epidemiológica aborda la problemática de salud desde una perspectiva crítico social. El estudio se plantea conocer la distribución de la salud y de la enfermedad en los grupos sociales que se establecen en el municipio Caroni, a través del escolar, utilizando como apoyo metodológico la categoría Reproducción social, a fin

de tomar las decisiones pertinentes en el área. Las características del estudio son de corte transversal, observación directa; los instrumentos de recolección de información fueron cuestionarios y la ficha clínica odontológica. El estudio coloca en evidencia el impacto de los procesos políticos, económicos y sociales sobre los diversos componentes de la vida de los grupos sociales que allí hacen presencia. Destacan los grupos sociales IV (subproletariado) y III (obreros) como los más afectados dada su vinculación lábil a los proceos productivos y por ende con presencia de procesos patológicos bucales más deteriorantes y acceso limitado a los sevicios de atención bucal

PACHECO, Regina Sílvia. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. **Revista de Administração Pública.** (Rio de Janeiro). v.40, n.4, p.523-543, 2006.

Este artigo discute a gênese das agências reguladoras (ARs) no Brasil, as propostas para revisão do modelo e as distintas formas de controle sobre estes novos entes, dotados de autonomia. No processo de criação das ARs, entre 1996 e 2002, o modelo adotado para a área de infra-estrutura foi indevidamente estendido às demais agências. Tal inadequação não foi corrigida nas propostas de revisão do modelo, encaminhadas pelo novo governo ao Congresso. Após fazer as distinções necessárias entre a experiência dos EUA e o contexto brasileiro, o artigo recupera, da experiência norte-americana, a distinção entre várias formas de controle (hierárquico, político e social). No Brasil, no debate sobre o grau de autonomia das ARs são confundidas as formas de controle, muito freqüentemente denominando "controle político" aquilo que é de fato controle hierárquico, e "controle social" como sinônimo de controle político. Para a autora, não há antinomia entre independência da agência e controle político, mas sim entre controle hierárquico e independência; também não é apropriado confundir controle social e controle político. A criação das agências sob um modelo único e a indistinção entre as formas de controle podem ser explicadas pela combinação de características do sistema

político-institucional brasileiro, com preferências e resistências de atores intragovernamentais – especialmente do Executivo federal.

PEREZ, Marta L; GELPI, Ricardo J; RANCICH, Ana M. Discriminación en la atención médica: una mirada a través de los juramentos médicos. **Revista Médica de Chile.** (Santiago). v. 131, n. 7, p. 799-807, 2003.

In the last two decades, Chile has experienced advances in economical development and global health indicators. However, gender inequities persist in particular related to access to health services and financing of health insurance. To examine gender inequities in the access to health care in Chile, an analysis of data obtained from a serial national survey applied to assess social policies (CASEN) carried out by the Ministry of Planning. During the survey 45,379 and 48,107 dwellings were interviewed in 1994 and in 1998, respectively. Results: Women use health services 1.5 times more often, their salaries are 30 per cent lower in all socioeconomic strata. Besides, in the private health sector, women pay higher insurance premiums than men. Men of less than two years of age have 2.5 times more preventive consultations than girls. This difference, although of lesser magnitude, is also observed in people over 60 years. Women of high income quintiles and users of private health insurance have a better access to preventive consultations but not to specialized care. Conclusions: An improvement in equitable access of women to health care and financing is recommended. Also, monitoring systems to survey these indicators for women should improve their efficiency.

PILNICK, Alison; DINGWALL, Robert; STARKEY, Ken. Gaestión de enfermedad: definiciones, dificultades y futuras direcciones. **Cuadernos Médico Sociales**. (Rosario). n. 80, p. 93-106, 2001.

La última década ha sido testigo de una amplia gama de experimentos de reforma de la atención sanitaria encaminados a frenar los cxostos y promover la eficacia. En EEUU la atención gerenciada y la gestión de enfermedad han sido importantes estrategias al servicio de ese empleño, y se ha alegado que de su evidente éxito se derivan grandes repercusiones para la reforma en otros países, pero en este artículo nos p`reguntamos si esas estrategias son en efecto tan facilmente exportables. Describimos los conceptos implicados y el desarrollo de los programas de atención gerenciada y gestión de enfermedad en el entorno de los EEUU. Se identifican y discuten los componentes de la gestión de enfermedad y se examina ésta desde la perspectiova de las principales partes interesadas en el Reino Unido, señalándose las diferencias entre los modelos de atención sanitaria del Servicio Nacional de Salud británico y de los Estados Unidos. Se hace un análisis de las evaluaciones de los programas de gestión de enfermedad y de las deficiencias que han puesto de manifiesto. Por último, se examina también las perspectivas de la gestión de enfermedad en Europa.

PINHEIRO, Ivan Antônio; MOTTA, Paulo Cesar Delayti. A condicäo de autarquia especial das agências reguladoras. **Revista de Administração Pública.** (Rio de Janeiro). v. 36, n.3, p.459-483, 2002.

Traz o debate da seguinte questäo: as agências reguladoras (ARs) possuem a necessária independência e a autonomia para o pleno exercício das suas atividades? Uma tentativa de resposta surge a partir da análise e da discussäo dos elementos da arquitetura (a natureza jurídica, a designacäo e a atuacäo do corpo dirigente, a questäo orcamentária e os contratos de gestäo) que os autores acreditam configurem a condicäo de "autarquia sob regime especial", que identifica as agências as reguladoras com atuacäo no âmbito nacional. O estudo demonstra que säo múltiplos os desenhos abrigados sob a denominacäo genérica de "autarquia sob regime especial", impedindo, assim, qualquer tentativa de inferência generalizada quanto à eficiência, à eficácia e à efetividade das

ARs, seja quanto à qualidade da gestäo interna, seja no que se refere à atuacäo externa dessas entidades.

PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.9, n. 1, p.85-98, 2004.

Foram utilizados o Cadastro de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) para descrever o perfil da cobertura dos serviços por planos privados de saúde. Apesar da regulação pela ANS, não se deve perder de vista que o acesso, a utilização e a cobertura populacional em planos de saúde precisam ser periodicamente monitorados, principalmente na região Sudeste, que concentra 70% da população coberta por planos de saúde. Também são necessários estudos mais detalhados sobre as capitais brasileiras, que constituem grandes centros de concentração de clientela; e investigações para os subgrupos etários que mais utilizam os serviços de saúde: crianças menores de 5 anos, mulheres em idade fértil e idosos. Os resultados do estudo indicam que, no Sistema de Saúde Brasileiro, os planos privados de assistência à saúde se configuram como mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira: pessoas de maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho, moradores das capitais/regiões metropolitanas.

RONCORONI, Aquiles J. La ética médica en el mundo del mercado: fidelidad hipocrática o fidelidad a la empresa. **Revista Argentina de Transfusión.** (Buenos Aires). v. 26, n. 1, p. 53-61, 2000.

El avance de conocimientos y tecnología aumentó, entre 1920 y 1990, en 25 años la supervivencia media y también el gasto. Para contenerlo se aplicaron técnicas empresariales que consideran la salud como una mercancía, a los pacientes, "consumidores", y a los médicos "proveedores". Organizaciones ("gerenciadoras de salud") dirigidas por economistas, gestores de negocios y contadores lucran intermediando entre "consumidores" y "proveedores". Deciden cuándo, cuánto y cómo se gastará. Intervienen entre médicos y pacientes y han convertido una relación amistosa e interactiva en una relación conflictiva. Desde el paternalismo de la era del médico, pasando por la era del paciente hemos llegado a la del pagador. El médico es forzado a ignorar su responsabilidad fiduciaria y a someterse a los intereses económicos corporativos a través del racionamiento, sujeción a guías de práctica sin respetar la individualidad, selección de procedimientos subóptimos y evitando los pacientes ancianos, crónicos y/o complejos. La tecnología, de fácil control administrativo, sustituye a la labor intelectual del que escucha, entiende, examina, diagnostica y compadece. Su despreciada actividad lo obliga a expandir demasiado su lista de consultas y acota su relación con el paciente. La empresa se jacta de la calidad que brinda, ésta es el uso oportuno y adecuado de los recursos de hoy. La calidad del mañana depende de la búsqueda del progreso, sin ella la medicina pasa de la práctica de una profesión al desarrollo de un negocio. El centro médico-académico donde se enseña e investiga, la "cenicienta del Estado", es discriminado por su compromiso con la función fiduciaria, su incierto destino simboliza el desinterés por el desarrollo de la excelencia. El bienestar general de un país con más del 14 por ciento de desocupación y un tercio sin cobertura de salud exige instituir el seguro universal de salud.

ROSSELOT Jaramillo, Eduardo. El derecho a una atención médica de buena calidad. **Revista Médica de Chile.** (Santiago). v. 128, n. 12, p. 1385-1388, 2000.

Quality has a central role in medical care. The satisfaction of the rights of people to medical care, presupposes good quality medical acts. The meaning of quality goes further than a good attention based on scientific evidence and with competent skills. It comprises patient-physician relationship where professional behavior is evaluated, based on the fundamental principles of bioethics. These principles sustain the measures to control quality of medical actions, to comply with the rights of patients to have access to a good professional care.

SALGADO, Lúcia Helena. **Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional.** Texto para discussão, n 941 - IPEA, março de 2003.

O objetivo deste trabalho é examinar o projeto de reforma do Estado empreendido pelo governo Fernando Henrique, representado pela criação de agências regulatórias após a privatização de serviços públicos. No exame da experiência brasileira recente, constata-se a existência de dois tipos distintos de agências regulatórias: um primeiro tipo, representado pelas agências de governo (também denominadas agências executivas), que executam diretrizes de governo, e um segundo, de agências, equivalentes ao modelo anglo-saxão, que podem ser denominadas agências de Estado e que regulam a oferta de serviços públicos por meio de aplicação de legislação própria específica. Constatam-se dificuldades na concretização da referida reforma do Estado, em função do status ambíguo das agências, o que é evidenciado pela falta de clareza quanto a objetivos e quanto à relação entre agências e governo. Por fim, apresentam-se propostas de aperfeiçoamento institucional do modelo.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.9, n. 3, p.795-806, 2004.

A partir de revisão bibliográfica e dados do Datasus, IBGE e agências internacionais, são discutidas segmentações e especializações na oferta de serviços de saúde no Brasil. A leitura institucionalista do caso brasileiro destaca transformações que vem sofrendo o SUS, com ênfase em relações público-privadas e no papel e estratégias dos vários atores para formatar o sistema de saúde segundo seus interesses e suas convicções. Os constrangimentos ao desenvolvimento das políticas sociais gerados pelo ajuste macroeconômico e consensos entre atores políticos de maior peso contribuem para a tendência atual de especialização do setor público em tecnologias de cuidados de baixo custo e complexidade, enquanto o setor privado mais dinâmico passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade mais bem remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados. Um fortalecimento da presença de conselhos de saúde e de atores ainda pouco representados na arena política poderia contribuir para uma maior atenção aos impactos potenciais desse padrão de especializações.

SILVA R., Liliana; HERRERA T., Vicente; AGUDELO C., Carlos A. Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios. **Revista de Salud Pública.** v. 4, n. 1, p. 36-58, 2002.

Bajo la premisa de que el ente político administrativo fundamental del Estado en el nivel local es el municipio, se realizó un estudio de casos para identificar relacionaes potenciales entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, según el Plan de Atención Básica y el Plan Obligatorio de Salud, y los procesos de municipalización y aseguramiento en salud. La municipalización en salud se interpretó

como la capacidad de asumir competencias y responsabilidades desde lo local y la descentralización como el otorgamiento de la certificación al municipio que cumple los requisitos establecidos en el país al respecto. Se estudiaron tres municipios certificados y cuatro no certificados y se analizaron los grados de desarrollo de la municipalización y las coberturas de aseguramiento en salud. Se encontró que mayores desarrollos en promoción y prevención se relacionan con mayores desarrollos en la municipalización, independiente de que el municipio se haya descentralizado. En el proceso de aseguramiento el avance más importante es la responsabilidad del municipio en la afiliaci de la población al régimen subsidiado.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação (Botucatu), v. 10, n. 19, 7-24, 2006.

Propõe-se descortinar a diferença entre o que reconhecemos como público e o que entendemos como privado, além dos maniqueísmos ou simplificações do senso comum. Tarefa particularmente importante para todos os que se debruçam na viabilização das políticas de saúde, e haja vista a convivência de dois sistemas de atenção à saúde em nosso país: o SUS e a Saúde Suplementar. Para compreender os significados emprestados aos termos 'público e privado', abordam-se as interfaces existentes entre ambos, a partir da recuperação histórico-crítica de elementos, articulados em duas macrodimensões da modernidade: a econômica e a política. Ao resgatar a construção da babel de significados e sentidos com que são adjetivados os dois termos, conclui-se haver mais uma relação de interpenetração entre ambos do que a tendência dicotômica e de oposição em que comumente os colocamos.

SILVA, Hudson Pacífico da. Estado, regulação e saúde: considerações sobre a regulação econômica do mercado de saúde suplementar. **Leituras de Economia Política**. (Campinas). v. 10, p. 193-226, 2003.

O trabalho procura identificar as razões do fortalecimento da função reguladora do Estado no âmbito das mudanças ocorridas a partir da década de 70 do século passado, procurando relacionar essas mudanças com a regulação do mercado de saúde suplementar. Para tanto, é feita uma sistematização das principais características da chamada Reforma do Estado, destacando as transformações relativas ao modo de intervenção estatal na atividade econômica. Em seguida, são identificadas as bases teóricas da regulação, enfatizando as razões que justificam, do ponto de vista econômico, a adoção dos mecanismos de regulação. Por fim, incorporando contribuições da Economia da Saúde, é realizada uma breve discussão sobre as especificidades do setor, buscando identificar em que medida essas características implicam um tipo diferente de atuação por parte da esfera pública.

SILVEIRA, Luciana Souza da. Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos no mercado de saúde suplementar. **Revista Brasileira de Risco e Seguro** (Rio de Janeiro), v. 1, n. 1, p. 84-113, 2005.

Este trabalho tem como objetivo mostrar que, além de apontar saídas para o reordenamento da situação econômico-financeira das empresas operadoras dos planos privados de assistência à saúde, a implementação de medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde pode conceber modelos mais compatíveis com as necessidades de bem-estar de seus beneficiários. Para tal, inicialmente, são feitas abordagens históricas e de caracterização da conjuntura da saúde suplementar no Brasil e, em seguida, apresentados conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como suas aplicações em sistemas públicos e privados de saúde no exterior e no Brasil. Buscando

demonstrar a aplicação prática dos conceitos teóricos pesquisados, realizou-se uma entrevista com uma operadora brasileira de grande porte, organizada na modalidade de medicina de grupo, que desenvolve programas de prevenção e controle de doenças cardiovasculares. Verificaram-se, sobretudo, os benefícios sociais e financeiros obtidos com a adoção desses programas, a partir de dados fornecidos pela própria empresa. A partir da análise dos dados apurados na pesquisa, procurou-se mostrar a importância da prevenção de doenças e promoção da saúde para o mercado de saúde suplementar. São apresentadas, ao final, algumas sugestões para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possa adotar novas políticas de incentivo de forma negociada e pactuada, na direção da superação das dificuldades do mercado regulado e do bem-estar dos cidadãos beneficiários.

SOUSA Fragoso, María Angélica; VILLARREAL Ríos, Enrique. Accesibilidad de los servicios de salud en población usuária. **Gaceta Médica de México.** v. 136, n. 3, p. 213-219, 2000.

Objetivo: medir la accesibilidad a los servicios de salud y determinar un modelo que la explique. Material y Métodos: se incluyó la totalidad de entidades federativas de la República mexicana. La medición de la accesibilidad consideró la disponibilidad de recursos y de la percepción de las barreras vencidas. Las variables incluidas en el modelo fueron lugar de residencia, escolaridad, participación laboral y condiciones de la vivienda. Resultados: el promedio de disponibilidad de recursos resultó en 64.59 por ciento ñ 15.68 (rango 42-100) y la correspondiente a la percepción de barreras vencidas, 87.61 por ciento ñ 4.04 (rango 79.23-95.65). La media de accesibilidad fue de 71 .50 por ciento 10.74 (rango 56-96). Los estados con más accesibilidad fueron Distrito Federal y Baja California Sur, y con menos, Guerrero, Chiapas y Oaxaca. El modelo que explicó la accesibilidad incluyó el nivel de escolaridad y la participación laboral

(R2= 0.67, p <0.05). Conclusiones: la accesibilidad está determinada por las condiciones socioeconómicas de la población.

SOUZA, Rosimary Gonçalves de; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.7, n. 3, p.481-492, 2002.

Este artigo busca uma aproximação de algumas das mudanças em curso no sistema de saúde, focalizando especificamente o setor privado prestador de serviços de saúde, que, ao longo das últimas décadas, vem mantendo peso decisivo na condução da política de saúde. Nesse sentido, importa mapear as diferentes modalidades sob as quais se insere a iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, mostrando as mudanças mais significativas na relação entre o setor público e o privado, tendo como contraponto o contexto das décadas de 1970 e 1980. Algumas dessas modalidades se constituem, na verdade, de uma intensificação ou consolidação de padrões e tendências presentes desde os anos 70, como o setor que integra as seguradoras de saúde e as empresas de medicina de grupo. Outras, como a atuação das cooperativas médicas junto ao setor público, mostram-se como tendências em expansão numa conjuntura de crise fiscal do estado e regressividade dos investimentos no campo social.

SUBRAMANIAN, Venkata; DELGADO B., Iris; JADUE Hund, Liliana; KAWACHI, Ichiro; VEGA Morales, Jeanette. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. **Revista Médica de Chile.** (Santiago). v. 131, n. 3, p. 321-330, 2003.

El Módulo de Inducción al SUMI, pretende ser un instrumento enmarcado en ese proceso de enseñanza y aprendizaje. No es un sistema rígido, sino que sigue la

naturaleza humana de conocer a traves de la experiencia y de la observación. Este modulo pretende inducir al conocimientos del Modelo de Gestión, en el Sistema Nacional de Salud, de las redes de servicio y de las redes sociales, asi como toda la malla normativa, legal y de procedimientos administrativos del SUMI.

TITELMAN, Daniel; UTHOFF, Andras; JIMENEZ, Luis Felipe. Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habra universalidad. **Revista Panamericana Salud Publica**. v. 8, n. 1/2, p. 112-117, 2000.

En los países de América Latina y el Caribe, los sistemas de seguridad social siempre han estado bajo la responsabilidad casi exclusiva del sector público y han presentado importantes deficiencias, tales como bajas tasas de cobertura, desequilibrios financieros e inadecuada asignación y gestión de los recursos. Para tratar de solucionar estos problemas y enfrentar el aumento de la demanda asociado con la transición demográfica y epidemiológica de la población, varios países han iniciado durante la década de los noventa procesos de reforma de sus sistemas de seguridad social que se han caracterizado por tres rasgos fundamentales: a) búsqueda de un mayor vínculo entre contribuciones y beneficios para lograr mayor equilibrio entre ingresos y gastos; b) cambios en la composición pública-privada que permitan una mayor presencia de agentes privados en el financiamiento y la provisión de servicios, y c) énfasis en los mecanismos de mercado como medio para promover la eficiencia en la utilización de los recursos, asignando al Estado un papel regulador y de garante de beneficios básicos a grupos que, por su condición socioeconómica, no logran ciertos niveles mínimos de aporte. Este trabajo examina algunos de los problemas que han planteado las reformas realizadas hasta ahora y las lecciones que de ellas se pueden extraer, analiza la relación entre universalidad y solidaridad, y plantea que el principal desafío de las reformas de la seguridad social es el avance hacia sistemas de carácter universal que amplíen significativamente la cobertura poblacional, para lo cual es inevitable fortalecer los

mecanismos de solidaridad en el financiamiento y mejorar la eficiencia mediante la introducción de instrumentos de mercado que no afecten negativamente al componente solidario en el ámbito del financiamiento. Se concluye que es necesario aumentar los niveles de cobertura, mejorar la gestión, preocuparse por el diseño de la composición públicaprivada, definir las competencias del sector privado y del gobierno en el financiamiento, provisión y regulación del sistema de seguridad social, e introducir y fortalecer los mecanismos de solidaridad en el financiamiento.

TOBAR, Federico. Herramientas para el análisis del sector salud. **Medicina y sociedad.** v. 23, n. 2, p. 83-96, 2000.

Este artículo asume como objetivo precisar algunos conceptos e hipótesis que funcionarán como dispositivos teórico-conceptuales para el análisis sectorial. Primero plantea un esquema analítico para el sector salud. Luego, se consideran los aspectos de la organización del sistema, entendiendo por la misma al conjunto de actores que los integran y los roles que asumen. En tercer lugar, se presenta un esquema para desagregarlos en sus componentes y subsistemas. Entre los primeros se presenta aquí un modelo de análisis que distingue tres grandes componentes dentro de todo sistema y servicio de salud, su modelo de gestión, su modelo de financiación y su modelo de atención. Para el análisis de los subsistemas se despliegan dos de las taxonomías más utilizadas a nivel mundial para el análisis de los sistemas de salud: por un lado, la clasificación tradicional de los tipos ideales de sistemas de salud y por otro lado el modelo de Evans.

TRAEBERT, Jefferson Luiz; PERES, Marco Aurélio de Anselmo; GALESSO, Ebe Rocha; ZABOT, Nirbal Eder; MARCENES, Wagner Segura. Prevalência e severidade

da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. **Revista de Saúde Pública.** v. 35, n. 3, p. 283-288, 2001.

Investigar a prevalência e a severidade da cárie dentária e as necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos de idade, comparando-se os alunos de escolas públicas com os de privadas. Foi estudada a população de escolares do município de Blumenau, SC, a partir de uma amostra de 1.473 escolares, representativa de quatro estratos: escolares de 6 anos de escolas públicas, de 6 anos de escolas privadas, de 12 anos de escolas públicas e de 12 anos de escolas privadas. Utilizaram-se os critérios de diagnóstico da Organização Mundial de Saúde (1997). A prevalência de cárie na dentição decídua em escolares de 6 anos foi de 60,9 por cento em escolas públicas e de 34,9 por cento em escolas privadas ($p<0,0001$). O índice CEO-D aos 6 anos de idade foi de 2,98 em escolas públicas, 1,32 em privadas ($p<0,0001$) e 2,42 na população estudada. A prevalência de cárie na dentição permanente em escolares de 12 anos foi de 54,7 por cento, e o índice CPO-D foi de 1,46 para as escolas públicas. A baixa taxa de resposta em escolas privadas referente ao estrato de 12 anos de idade inviabilizou o relato dos resultados para este estrato. A prevalência de cárie e as necessidades de tratamento em escolares de 6 anos de idade de Blumenau são baixas, detectando-se diferenças estatisticamente significativas entre crianças de escolas públicas e privadas, favoráveis a estas últimas. Também são baixas a prevalência e as necessidades de tratamento em crianças de 12 anos de idade de escolas públicas.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; FERNANDES, Cristiano; ALMEIDA, Célia Maria de. Desigualdades geográficas e sociais na utilizacäo de servicos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Rio de Janeiro). v.5, n. 1, p.113-149, 2000.

O consumo de serviços de saúde e a função das necessidades e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde, bem como das formas de

financiamento e dos serviços e recursos disponíveis para a população. A Constituição brasileira de 1988 estabelece o Sistema Unico de Saúde (SUS) com base na institucionalização da universalidade da cobertura e do atendimento. O sistema foi implementado em 1990 e pode ser traduzido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais. Estuda a eqüidade no uso de serviços de saúde a partir de duas dimensões: a geográfica e a social. Os dados utilizados são de pesquisas realizadas em 1989 e 1996-1997, pelo IBGE. Para avaliar as desigualdades geográficas no consumo de serviços de saúde foram calculadas taxas padronizadas de utilização de serviços. Comparou-se também a dimensão do gasto privado domiciliar com medicamentos e com planos de saúde. Para avaliar as desigualdades sociais, estimou-se a razão de odes para três grupos de renda e para as pessoas com e sem cobertura de plano de saúde. Observou-se pequena redução dos níveis de desigualdades no período analisado (1989-1996/1997), com o sistema de saúde atual mantendo-se caracterizado por marcadas iniqüidades.

VERAS, Renato. O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e o privado. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, 211. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Este artigo se propöe a analisar a organização do setor saúde, particularmente o setor privado, a partir das informações obtidas no estudo realizado pelo IBGE/PNAD sobre a utilização e o acesso dos serviços de saúde. A deficiência do modelo de atenção, evidenciada com a ampliação da população idosa, é analisada, e são apresentadas informações sobre o consumo e o custo das "novas doenças", decorrentes do rápido processo de envelhecimento - as doenças crônicas -, e seu impacto na atual estrutura de assistência à saúde. Hospitais, equipamentos de alto custo e modo de captação da

clientela são itens que fazem parte da análise e ratificam a hipótese discutida sobre o anacronismo do setor saúde, na atual estrutura assistencial em nosso país.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane dos Santos. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 54, n. 4, p. 623-629, 2001.

O trabalho mostra a dinâmica dos empregos nas décadas de 70, 80 e 90 delineando as principais características e tendências do mercado de trabalho dos enfermeiros no Brasil, principalmente antes e após a implantação do Sistema Unico de Saúde - SUS. Utiliza como fonte principal os dados divulgados pela pesquisa de Assistência Médica-Sanitária – AMS desenvolvida pelo IBGE.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da saúde suplementar. **Revista de Ciências da Administração.** (Florianópolis). v. 6, n. 11, p. 9-34, 2004.

O presente estudo tem por objetivo analisar o atual desenho do campo da saúde suplementar no Brasil, à luz da teoria institucional, tendo por base informações de natureza documental e de um conjunto de 32 entrevistas com as principais entidades públicas e privadas representativas do campo, obtidas no período entre os anos de 2000 e 2003, cujos dados, tratados qualitativamente, favoreceram o entendimento dos fenômenos do campo a partir da ótica dos seus principais atores, os quais são identificados juntamente com os respectivos objetivos estratégicos, além dos recursos de poder utilizados para alcançá-los ou mantê-los, segundo a abordagem institucional de DiMaggio e Powell. O estudo demonstra que o campo apresenta uma estrutura isomórfica com elevado grau de interação e um sistema de crenças e valores definido,

que se consolidaram ao longo do tempo, no bojo de um conjunto de ações do Estado voltado à sistematização do provimento de serviços de saúde à população brasileira, principalmente a partir da década de 50, culminando na formação de um sistema privado de serviços de saúde dotado de uma hierarquia de valores próprios, dentre os quais o símbolo da saúde sobressai como um valor que prevalece sobre os de natureza econômica. Ao final, o estudo apresenta uma visão dos principais fatores histórico-institucionais e agentes que contribuíram para a formação do campo da saúde suplementar, tal como se apresenta nos dias atuais.

VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. **Cadernos EBAPE-BR.** v. 2, n. 3, p. 1-15.

Este artigo pretende analisar a evolução dos fatores históricos e institucionais que levaram ao atual quadro da saúde suplementar no Brasil. A análise está fundamentada, principalmente, na teoria do poder simbólico, de Pierre Bourdieu, sendo complementada, nos aspectos não colidentes, pela visão institucional de Anthony Giddens sobre as motivações da gênese dos campos. Além da pesquisa documental, foram realizadas, entre 2002 e 2003, entrevistas abertas cujos depoimentos são analisados de uma perspectiva qualitativa. Foi levado em conta o ponto de vista dos entrevistados, a identificação dos atores que integram o campo e seus respectivos objetivos estratégicos externalizados (inferindo sobre aqueles nem sempre evidentes), bem como, os recursos de poder utilizados para se alcançar tais objetivos, procurando mostrar, pela descrição de fatos historicamente determinantes, a evolução constitutiva do campo. O estudo sinaliza que o campo da saúde suplementar se formou a partir de inúmeras ações do Estado, particularmente, após a década de 1970, como conseqüência de uma estratégia alternativa de ampliação da oferta de serviços de saúde à população brasileira. Isso fortaleceu a institucionalização de estruturas isomórficas dotadas de alto grau de interação e uma hierarquia entre valores e crenças, como atributos de um

simbolismo inerente ao campo, dentre os quais sobressai o símbolo da saúde como intrínseco à cidadania. O estudo conclui que a conjugação de fatores como a crescente longevidade da população brasileira, a dificuldade de recolocação da massa de aposentados no mercado de trabalho e o continuado processo de concentração da renda nacional - situação agravada pela forte pressão dos custos da tecnologia médica - poderão elitizar o acesso aos serviços de saúde suplementar, o que, futuramente, representará um grave problema para esse sensível segmento da política social do governo brasileiro.

8.1.2. Dissertações e Teses

ALMEIDA, Patrícia Reis de. **A gestão da comunicação na sociedade da informação**: **O caso de uma Agência Reguladora**. Dissertação (Mestrado). 2005. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

O presente estudo objetivou demonstrar como a gestão da comunicação numa agência reguladora pode contribuir para a formação de uma sociedade civil cada vez mais atuante e sensibilizar a opinião pública aumentando a credibilidade da instituição e dando maior visibilidade positiva à sua imagem. Para isso, a pesquisa buscou responder quais são as características desta gestão uma vez que por sua natureza e funções, as agências reguladoras se diferenciam de outras instituições e, conseqüentemente, apresentam uma relação distinta com seus públicos. A pesquisa se estruturou na revisão da bibliografia sobre a gestão da comunicação na sociedade da informação; aprofundou o debate sobre a regulação no campo da saúde suplementar; explorou a gestão da comunicação na Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS que regula este setor; e desenvolveu uma abordagem crítica sobre as informações apresentadas, confrontando-as com a importância da comunicação na formação social. A pesquisa concluiu que o trabalho desenvolvido pela ANS no campo da comunicação começa a fixar suas bases na formação de uma sociedade civil mais atuante e que o aumento de sua visibilidade e credibilidade está diretamente ligado ao grau de desconhecimento sobre a instituição e suas funções. Torna-se, então, fundamental que as discussões sobre a função das agências reguladoras sejam concluídas e difundidas para a opinião pública. A principal contribuição da pesquisa foi demonstrar, pelo foco da gestão da comunicação, como as agências reguladoras tornam-se espaços de representação da sociedade civil organizada e de gestão do conhecimento sobre o setor regulado, a fim de subsidiar o exercício da regulação em longo prazo sem a intervenção do Estado.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Teias e Tramas: Relações Público-Privadas no Setor Saúde Brasileiro dos Anos 90**. Tese (Doutorado). 2002. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

O trabalho busca identificar as principais mudanças ocorridas no setor privado de saúde no Brasil, dentro da conjuntura de reformas do modelo econômico e do Estado, iniciada, no país, nos anos 90. Seu objetivo foi contribuir para a rediscussão das relações público-privadas, ainda permeadas por uma contradição, de caráter geral, entre o público e o privado. Propões que a heterogeneidade do setor privado de saúde, em seus componentes de seguro e serviços, ficaria mais bem entendida, caso se incorpore os mecanismos de acumulação de capital nas análises sobre a Economia e as políticas do setor. Contrapõe, como isso, as análises convencionais da Economia da Saúde, uma outra forma de abordagem ao funcionamento dos mercados de seguros e serviços privados de saúde, essencialmente heterodoxa e contando com a contribuição teórica de diversas correntes. Ela está baseada numa inter-relação de elementos da reprodução da sociedade capitalista - a financeirização e a crescente importância dos serviços para a produção - e daqueles internos ao setor - a natureza dos produtos e das mudanças técnicas - mediados pelos mecanismos de competição entre os agentes. Os principais achados foram a redução importante da velocidade de crescimento da demanda por seguros privados de saúde nos anos 90, em relação aos precedentes. E estaria consoante com as tendências mais gerais da sociedade: a demanda decrescente, a reestruturação produtiva e suas conseqüências sobre a renda e o emprego, que ocorrem no país, neste período. A oferta foi analisada dentro dos mercados definidos no estudo: seguros e serviços. Quanto aos seguros, o acirramento da competição, num ambiente mais regulado pelo Estado, aponta tendências a maior concentração, que são discutidas quanto a seus determinantes tecnológicos, competitivos e financeiros, ressaltando-se as principais vantagens e desvantagens de cada modalidade. A análise dos serviços mostra

indícios de transformações importantes quanto a formação de cadeias de estabelecimentos hospitalares, a reestruturação produtiva dos hospitais, através de um intenso processo de terceirização e as transformações capitalistas em alguns submercados, como os laboratórios de análises clínicas, que se concentraram e internacionalizaram. O mercado de serviços lucrativos passa a atrair fundos de investimento tanto internacionais quanto nacionais. A integração com os seguros também é notada em vários exemplos. A despeito das mudanças terem apontado para uma maior heterogeneidade dentro do setor privado e para a consolidação de um segmento de grande capital, a conjuntura geral recessiva é um elemento de incerteza acerca de seus rumos.

ARANTES, Luzia Lamosa. **Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde.** Tese (Doutorado). 2004. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

Este trabalho analisa parâmetros para o dimensionamento de serviços, de equipamentos e de profissionais na atenção à saúde. Tem como objetivo oferecer subsídios ao regime de regulação para o monitoramento da adequação da rede de prestadores de serviço, bem como para a redução da assimetria de informação entre empresas, reguladores e usuários. Considera como hipótese que a restrição organizacional ou territorial na oferta desses itens pode afetar o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Analisa os parâmetros nacionais existentes para o setor público, estabelecidos pela Portaria 1.101/ 02 do Ministério da Saúde; e o perfil da oferta no Brasil, obtido da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2002 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o padrão de oferta dos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em relação a serviços de atenção hospitalar, atenção ambulatorial e número de médicos em atividade. Descreve as informações existentes na Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre beneficiários, operadoras,

produtos e utilização de serviços. A utilização de serviços foi exemplificada pelo estudo de caso da experiência de quatro operadoras. O trabalho conclui que a disponibilidade da oferta de serviços médicos em escala nacional é inferior, em alguns itens, aos parâmetros definidos pela Portaria 1.101/ 02 do Ministério da Saúde, enquanto há marcante concentração regional, em especial, da infra-estrutura de serviços naqueles em que atinge seus patamares. A comparação internacional revela também oferta inferior à observada para os países da OCDE. A oferta desses insumos pelo segmento de saúde suplementar pode estar sofrendo séria restrição, quando examinada em perspectiva nacional. A análise dos índices de utilização, no entanto, revela números superiores aos dos parâmetros públicos, o que justifica um estudo mais abrangente e regionalizado.

ARAUJO, Angela Maria. **A Regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

A presente dissertação tem como objetivos estudar os instrumentos regulatórios mais utilizados para a intervenção do Estado na regulação da atividade econômica, concentrando-se na instituição de barreiras a entrada e a saída das operadoras de planos privados de assistência a saúde no mercado de saúde suplementar e demonstrar a adequação das operadoras a legislação vigente. O mercado de saúde suplementar envolve diferentes atores, com interesses e diretrizes próprios; a ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve promover o equilíbrio entre os consumidores, agentes econômicos e o Estado, procurando que os poderes normatizador, regulador e fiscalizador da Agência sejam exercidos com independência. O estudo foi desenvolvido sob a perspectiva das teorias da regulação econômica, demonstrando que a regulação e a normatização estabelecidas pela ANS, na área contábil e econômico-financeira, definem as condições de entrada, permanência e saída,

obrigando a constituição de reservas e garantias. Sob este prisma, a ANS pretende dar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos firmados, além de assegurar a transparência e a competitividade do setor.

ARAÚJO, Mário Luiz Cardoso de. **Gerência de assistência a saúde no setor de saúde suplementar: uma experiência.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

Trata o presente trabalho de revisar os conceitos de promoção à saúde e saúde ocupacional à luz de sua crucial importância no desenvolvimento de ações de prevenção em saúde no âmbito do mercado privado de oferta de serviços de saúde. Contudo, o presente trabalho pretende em sua essência, além de referenciar historicamente o Setor de Saúde Suplementar, tal como ele se configurou no Brasil, descrever uma experiência importante de promoção de saúde, concebida e implementada no âmbito da iniciativa privada, pela Operadora de planos privados da assistência a saúde SEMIC (Serviços Médicos da Indústria e Comércio), do Rio de Janeiro. A metodologia aqui descrita aplica-se a planos coletivos empresariais e se baseia na utilização de informações epidemiológicas compostas e processadas a partir de estreito monitoramento de populações específicas, integrantes de amostras selecionadas, no que se refere aos aspectos da saúde ocupacional e assistencial.

ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de. **As incidências da reforma do estado na política de saúde: sobre a participação social nas instituições governamentais.** Dissertação (Mestrado). 2002. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

Esta dissertação tem como objetivo analisar a aplicação da reforma do Estado na área da saúde principalmente em três eixos: na política pública de saúde, nos canais de participação da sociedade e na relação entre o Estado e o mercado privado de serviços de saúde. Nesse sentido apresenta as diretrizes gerais, definidas pelo Governo Federal, a partir de 1995, para a nova forma de atuação do Estado. Discute também a implementação do programa de reformas no Sistema de saúde brasileiro e seus reflexos no processo de descentralização e de democratização da política de saúde. Outro ponto abordado é a criação de Agências de Regulação no setor saúde, mais especificamente através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, enquanto instrumentos para a introdução de reformas na relação Estado/Sociedade/Mercado. As instâncias formais de participação social têm sofrido alterações quer no tocante ao esvaziamento do caráter deliberativo, proposto pelo Movimento Sanitário, quer quando referidas as novas instituições de regulação das relações entre consumidores e operadoras de serviços de saúde.

BANCHER, Andrea de Meo. **Medicina Preventiva no Setor Suplementar de Saúde Brasileiro: Estudo das ações e Programas Existentes e das Motivações Para Sua Implantação.** Dissertação (Mestrado). 2004. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: FGV, 2004.

A medicina preventiva objetiva, em princípio, melhorar a qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e suas complicações. No entanto, suas práticas produzem impactos variados, desde financeiros até mercadológicos, os quais podem ser levados em conta no processo decisório referente a sua implantação. Historicamente relacionadas a saúde pública, as práticas de medicina preventiva vão sendo progressivamente incorporadas pelo setor de planos privados de saúde. O presente trabalho buscou identificar e descrever os programas e ações de medicina preventiva presentes no setor suplementar de saúde brasileiro,

explorando as motivações das operadoras de planos de saúde para implantação de tais práticas. Por meio da análise do que se divulga nas homepages das maiores operadoras brasileiras e do estudo de caso em quatro delas, concluí-mos que o setor suplementar aplica práticas de medicina preventiva, ainda que de maneira incipiente, estando as mesmas representadas principalmente por ações educativas. Identificamos quatro principais motivações, cuja influência no processo decisório varia de acordo com a prática de medicina preventiva considerada.

BRAGA, Everardo Cancela. **Registro de planos de saúde: origem, implementação e perspectivas.** Tese (Doutorado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

Decorridos mais de cinco anos da publicação do marco regulatório do setor 'a Lei n 9.656, de 03 de junho de 1998 ' e quatro anos da criação de sua agência reguladora pela Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é necessário conhecer a origem e a implementação do registro de planos de saúde no país, contextualizando-o nos referenciais teóricos da regulação econômica de mercados. É preciso também discutir a experiência acumulada desde dezembro de 1998, mediante a apresentação das diversas situações encontradas no monitoramento da operação dos planos de saúde e as respectivas medidas corretivas aplicadas as inadequações. Cabe destacar que as motivações dos primeiros normativos estão recuperadas nas referências obtidas nas entrevistas com os principais gestores públicos do setor a época. Para tanto, faz-se uma análise quantitativa do perfil do conjunto de planos registrados provisoriamente para comercialização até 31/12/2003, no que concerne a forma de contratação, a abrangência geográfica e ao tipo de cobertura e sua relação com o tipo de empreendimento e o porte das operadoras segundo o número de beneficiários vinculados. Este estudo quantitativo também contribui para evidenciar as hipóteses levantadas sobre a conformação desse mercado quanto ao tipo de assistência ofertada,

as características dos planos e estratégias de operação de acordo com o tipo e porte do empreendimento. A seguir fundamenta-se a proposição de um conjunto de medidas operacionais e as informações a serem agregadas ao atual sistema de registro provisório de planos de saúde, de modo a melhorar a credibilidade e a consistência das informações prestadas pelo mercado operador. O cronograma de implantação é sugerido para um horizonte de ação trienal e considera, para sua progressividade, o crescente grau de dificuldade e o esforço operacional a ser empregado pelas operadoras no sentido de seu atendimento. Conclui-se que a redução na assimetria de informação entre operadoras e consumidores depende de medidas de impacto para o aperfeiçoamento do sistema de registro de planos de saúde e deve ser determinada por uma política aglutinadora e inovadora por parte da ANS.

BRÍGIDA, Edibaldo Homobono Santa. **O Regime jurídico da taxa de saúde suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

Esta dissertação tem como escopo analisar a adequação ao ordenamento constitucional vigente do regime jurídico da Taxa de Saúde Suplementar (TSS), instituída pelo art. 18 da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, cujo fato gerador é o poder de polícia atribuído legalmente à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ênfase é dada à discussão das principais características da TSS relacionadas à sua legalidade e constitucionalidade, no intento de contribuir para melhor compreensão dessa modalidade tributária. Especificamente, busca-se demonstrar que a exigibilidade do tributo é constitucional, conhecer seus contribuintes, analisar seu fato gerador, sua alíquota e sua base de cálculo. O estudo é caracterizado por uma abordagem jurídica e o referencial teórico que orienta a pesquisa tem como base os conceitos de taxa, poder de polícia, taxa de serviço, fato gerador, base de cálculo e alíquota. Focaliza a discussão das controvérsias em torno desses elementos característicos quando confrontado com a

Constituição Federal. O estudo destaca a tendência da jurisprudência dos tribunais superiores brasileiros no sentido de reconhecer a constitucionalidade desse tributo.

CAMPOS, Carla da Costa. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviço.** Dissertação (Mestrado). 2005. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ufrgs, 2005.

Esta dissertação apresenta um estudo sobre as relações contratuais entre operadoras de plano de saúde e prestadores de serviços hospitalares, com o propósito de identificar os fatores que influenciam a relação contratual e delinear os elementos fundamentais que configuram os padrões empresariais do mercado de saúde suplementar. Utilizando questionários, foram realizadas entrevistas com Diretores e Executivos de três operadoras de planos de saúde e três hospitais privados, resultando num estudo exploratório, descritivo e qualitativo. A análise dos resultados foi apresentada em três etapas: habilitação dos serviços, qualidade na assistência e contratualização. Constatou-se, por meio da pesquisa, que as operadoras de plano de saúde credenciam a sua rede de serviços hospitalares, baseados no dimensionamento de rede, definições técnicas para a hierarquização da rede e tamanho da clientela. Os hospitais habilitam as operadoras em suas organizações fundamentadas nos preços competitivos e difusão de imagem. Conclui-se que, as operadoras avaliam a qualidade da assistência dos prestadores de serviços de sua rede sem o emprego de programas formais de avaliação da qualidade da assistência. Verificou-se, ainda, que operadoras e prestadores de serviços hospitalares monitoram o cumprimento das clausulas contratuais celebradas entre as partes, mas não utilizam nenhum item ou cláusula que contemple a variação dos índices a serem aplicados.

CARNEIRO, Vírgilio Baião. **Gênese da assistência médica supletiva no Brasil.** Dissertação (Mestrado). 2001. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

O conceito de Assistência Médica Supletiva no Brasil encontra-se ainda nos dias atuais, impreciso. Para efeito desta tese, o estudo centrou-se na análise dos planos de saúde coletivos, geralmente patrocinados por empresas, de caráter complementar ou suplementar às ações de saúde pública. A preocupação central do estudo foi dentro do arcabouço teórico adotado, trançar um "fio condutor" que explicasse a gênese e o desenvolvimento da assistência médica supletiva no Brasil de sua origem até os dias atuais. No caso brasileiro, a constituição de uma massa de 30 milhões de pessoas - cerca de 2/3 dos usuários - do chamado setor supletivo de saúde, e o acesso das mesmas aos benefícios deste sistema, se deu através de seu vínculo com as empresas dos mais diversos ramos da atividade econômica. Por esta razão o trabalho abordou o desenvolvimento desta assistência, pela ótica dos benefícios concedidos por estas empresas aos seus empregados. Desta forma, em nosso meio, esta modalidade de assistência médica assumiu predominantemente, uma característica de ser antes um benefício de empresa do que uma relação de consumo existente entre usuário de um serviço de saúde privado e um determinado plano de saúde fornecedor do mesmo. Em última análise, o setor empresarial que nos interessava mais de perto, estava localizado na área urbana de nosso país, mas ainda sob a hegemonia de um modelo agrário, voltado para a exportação de produtos primários. A questão era: o que levou este tipo de empresa a investir em políticas sociais no Brasil daquele período? Estudou-se também, as relações destes segmentos com a rede prestadora de serviços de saúde, merecendo especial atenção a evolução dos custos dos serviços de saúde. A parte final do trabalho foi dedicada ao estudo da legislação estatal em 1991 e também da legislação surgida no país após 1998 com a Lei 9656, o surgimento da Agência Nacional de Saúde e os impactos provocados por sua atuação nos 4 subsistemas citados. Procurou-se por fim

em função do novo quadro regulatório, trançar os cenários possíveis para o desenvolvimento futuro da assistência supletiva de saúde no país.

CARVALHO, Euripedes Balsanufo. **A regulamentação dos planos e seguros privados de assistencia a saude no Brasil: a reconstrução de uma historia de disputas.** Dissertação (Mestrado). 2003. Programa, Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP, 2003.

O objetivo desta dissertação foi analisar o processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde - PSS no Brasil, através da: Reconstrução do processo que culminou na aprovação da lei 9.656, de três de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Caracterização dos vários projetos em disputa no processo de regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Caracterização da evolução da legislação que regulamenta os PSS. Para a realização da pesquisa, estudei os PSS utilizando dois procedimentos: a análise documental e entrevistas com atores estratégicos no processo, associados com a vivência que eu, como pesquisador, desenvolvi durante o processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde. A partir de 1991, desenvolve-se no Brasil o processo de regulamentação dos PSS. A reconstrução desse processo mostrou intensa participação dos atores sociais e o papel protagonista das entidades de defesa dos direitos dos usuários/consumidores de PSS e das entidades médicas. O processo culminou com a aprovação pelo Congresso Nacional e com sanção Presidencial da Lei 9.656, em 3 de Junho de 1998, mais a edição mensal de 44 sucessivas Medidas Provisórias entre quatro de Junho de 1998 e 24 de Agosto de 2001, estando atualmente em vigência a Lei atualizada pela MP 2.177-44/01. A regulamentação dos PSS no Brasil é caracterizada, entre outros aspectos, pelo ingresso de capital das seguradoras multinacionais, disputando com empresas nacionais a oferta dos produtos para setores da classe média e trabalhadores organizados, e da transformação do direito a saúde para estes segmentos,

em bem de consumo a ser comprado no mercado ou negociado como beneficio trabalhista. Quais as repercussões da regulamentação do setor suplementar de PSS em relação ao direito à saúde, a integralidade da assistência aos agravos à saúde e ao exercício profissional dos médicos? A conclusão é que ocorreram avanços significativos com a regulamentação, relativos à constituição e ao funcionamento das empresas, como o disposto sobre registro, normas de funcionamento e fiscalização; exigências de reservas técnicas e ampliação da cobertura como definição do plano referência, proibição da seleção por faixas etárias e dos limites de internação; um dos fatos de inegável importância foi o maior conhecimento e divulgação dos dados do setor. Porém, o modelo baseado na aquisição dos serviços privados de saúde não proporciona cobertura universal e integral à população, não atende o conjunto dos cidadãos nas suas necessidades relacionados às doenças e problemas de saúde, pois o que se verifica é uma cobertura assistencial proporcional ao poder de compra/situação sócio ocupacional; e ao tipo de produto, isto é, PSS adquirido, de acordo com a própria segmentação consagrada no texto legal. Em relação ao exercício profissional e a organização do trabalho dos médicos; o anúncio da associação das seguradoras multinacionais com as operadoras de PSS brasileiras estimulou a introdução na área da saúde suplementar de técnicas internacionais de administração gerenciada ou managed core, resultando em uma ampliação do conflito entre médicos e outros profissionais de saúde com essas operadoras.

CASTRO, Julio César da Rocha de. **Processo de adaptação estratégica o caso da UNIMED de Florianópolis no período de 1985 a 2002.** Dissertação (Mestrado). 2003. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2003.

Esta pesquisa estuda o processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., operadora de planos de saúde, que atua no setor de assistência médica suplementar, no período de 1985 à modelo teórico de

Pettigrew (1987), estabelecido sob três aspectos: o contexto, o conteúdo e o processo de implementação das mudanças. Aplicou-se o modelo de 2002. As mudanças estratégicas foram analisadas empiricamente, segundo o Hrebiniak e Joyce (1985) para identificar a relação entre escolha estratégica da organização e a pressão ambiental. Verificou-se os tipos de estratégias na visão de Mintzberg e McHugh (1985), o modo de formulação dessas estratégias, segundo o conceito de Mintzberg (1973) e identificou-se os principais stakeholders e suas influências sobre a organização. Adotou-se o modo de pesquisa qualitativa, que enfatiza as interpretações dos atores sociais, como fonte primária de dados e a interação com o pesquisador, levando-se em conta o caráter processual, contextual e histórico das mudanças (Pettigrew, 1988). Trata-se de um estudo de caso simples, onde os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, com os presidentes da empresa, nos períodos em que transcorreram seus mandatos e alguns gerentes. Com base no referencial teórico-metodológico adotado, descreveu-se o ambiente específico, com destaque para o período da regulamentação do setor no qual a empresa atua e, sempre que possível, relacionou-se os acontecimentos naqueles ambientes com as mudanças ocorridas. Considerando as características próprias das organizações cooperativistas, descreveu-se ainda, sinteticamente, a forma como o Sistema UNIMED se desenvolveu, se estruturou e suas influências no processo de adaptação estratégica da empresa. Constatou-se que a organização, de caráter associativo, passa por períodos de mudanças distintos, na gestão de cada dirigente eleito, e que seu desenvolvimento é suscetível à visão de cada um ou do grupo político que o apóia.

COELHO, Carla Santa Cruz. **Indicadores materno-neonatais na saúde suplementar: uma análise do sistema de informações de produtos.** Tese (Doutorado). 2004. Instituto de Medicina Social, Universidade do Esstado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

Essa tese tem por objetivo analisar o processo de formulação, implantação e implementação do Sistema de Informação de Produtos (SIP) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), considerando a identificação de elementos políticos, institucionais e operacionais envolvidos neste processo, com ênfase na avaliação deste sistema. O SIP foi desenvolvido para o acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Para proceder à análise das informações relativas à assistência optou-se por selecionar os indicadores materno-neonatais com base em instrumento específico para descrição dos indicadores. Os resultados do estudo apontam para a necessidade da definição de indicadores através do processo de discussão seguindo uma lógica que permita a construção de parâmetros viáveis. Dentro deste processo, atenção especial deve ser dispensada ao modelo de tratamento estatístico dos dados, possibilitando a definição de estratégias de incentivo a melhoria da qualidade da informação gerada. O estudo conclui que a busca de informações assistenciais e responsabilização das operadoras de saúde com os beneficiários são eixos dos processos que ambicionam a mudança dos atuais modelos de atenção à saúde. Em síntese, a sintonia entre os sistemas de informações e os modelos assistenciais, tendo a operadora de saúde a gerência e planejamento das ações em saúde, é fundamental para a reorientação da política na saúde suplementar.

CONDE, Luiz Felipe. **Ressarcimento ao SUS: à luz do direito.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ ENSP, 2004.

Esta dissertação se constitui num estudo empírico sobre o instituto do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS como fator de implementação das ações prescritas na Constituição Federal de 1988. O estudo caracteriza-se por promover reflexão sobre a doutrina e jurisprudência relativa à constitucionalidade do Ressarcimento ao SUS. Tem como foco principal revisar e comparar as teses hodiernamente defendidas,

investigando a sustentação contrária para avaliar e refletir sobre a legalidade e constitucionalidade do novel Ressarcimento. Não se pretende, contudo, solucionar o caso – até porque a variedade de exemplos que a experiência forense oferta é vultosa e instigante. Pretende-se apenas apresentar reflexões para posterior solução sobre a matéria. Entre os desafios levantados, destacam-se questões que sustentem a constitucionalidade do Ressarcimento ao SUS, à luz da doutrina e da jurisprudência existentes, muito embora o Supremo Tribunal Federal – STF já tenha acenado, ainda que em sede liminar, por sua constitucionalidade. Dessa forma, buscou-se um tema preenchido por duas das principais dimensões a serem contidas em um trabalho no nível das Ciências Jurídicas: pertinência – vê-se tratar de uma abordagem na qual se vislumbrou principalmente a sua fiel conexão com a realidade jurídica brasileira, dada a escala de utilização do instituto jurídico delineado; e a novidade - que, sob certo ponto de vista, faz parte do assunto ora discutido, haja vista a pouca doutrina e jurisprudência acerca do tema, embora o pensamento pretoriano seja liminarmente unânime.

CORÁ, Carlos Eduardo. **Desenvolvimento de um sistema para gestão de custos indiretos em empresas de serviços de saúde suplementar: o caso de uma operadora de planos de saúde.** Dissertação (Mestrado Profissionalizante). 2004. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ufrgs, 2004.

Esse estudo tem por finalidade contribuir para a discussão e o aprimoramento da gestão econômica e do desenvolvimento de ferramentas de apoio a decisão estratégica para empresas de serviços de saúde suplementar. Com base nos fundamentos teóricos sobre os serviços, serviços de saúde suplementar, gerenciamento estratégico de custos e sistemas ABC/ABM, o estudo propõe um modelo de sistema de gestão de custos indiretos em planos de saúde sob a óptica do ABC/ABM, que visa proporcionar aos gestores uma visão ampla sobre o desempenho econômico dos planos e dos clientes. Assim, este estudo pretende colaborar com o desenvolvimento deste setor, que tem

sofrido nos últimos anos o impacto da evolução da tecnologia e da medicina, provocando a constante elevação dos custos à assistência a saúde. Com a finalidade de justificar o estudo, o modelo é testado com sua implementação em uma operadora de planos de saúde, possibilitando a discussão sobre as conclusões obtidas em relação ao problema abordado.

COSTA, Lisandra Farioli da. **Percepção da democracia nas cooperativas de saúde: o caso da cooperativa Unimed Nordeste RS.** Dissertação (Mestrado). 2005. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo: Unisinos, 2005.

No cenário brasileiro, a população não pode contar somente com a assistência a saúde patrocinada pelo Estado através do Sistema Único de Saúde - SUS. As cooperativas médicas do sistema Unimed têm sido responsáveis pela oferta de planos na saúde suplementar. Como as demais cooperativas, as Unimeds são constituídas segundo os valores e princípios do cooperativismo, dentre os quais se destaca, neste trabalho, a democracia. Contudo, mesmo sendo a Unimed Nordeste RS uma cooperativa, os cooperados têm a percepção da democracia em sua cooperativa? O estudo teve por objetivo geral descrever e analisar a percepção da democracia dos cooperados da Unimed Nordeste RS, no sentido de verificar a forma de democracia nesta cooperativa; investigar a participação dos cooperados nas atividades da cooperativa e o interesse em ocupar os cargos diretivos; analisar a influência do tempo de cooperação e gênero na democracia da cooperativa; identificar a utilização dos meios de comunicação da cooperativa pelos cooperados. A pesquisa é considerada do tipo exploratório-descritiva, elaborada através de um estudo de caso. Para tanto, utilizou-se da análise de fontes documentais da cooperativa desde a sua fundação, posteriormente foi aplicado um questionário ao quadro de sócios e, finalmente realizou-se uma entrevista estruturada no intuito de aprofundar os resultados encontrados através do questionário. Os resultados obtidos indicam que a percepção que os cooperados têm da Unimed Nordeste RS fica

restrita a possibilidade de eleger os dirigentes através do voto. Desta forma, verificou-se que embora haja uma participação quase total no processo eleitoral, há pouca participação nas deliberações, estando o cooperado distante da cooperativa e das resoluções tomadas. Contudo, há indicativos do interesse de participar, devendo ser reavaliados os processos democráticos existentes, de maneira que estes venham ao encontro da realidade atual dos cooperados.

COSTA, Ricardo César Rocha da. **Dilemas da Reforma da Saúde no Brasil Frente à Globalização Financeira: Implementando a Descentralização do Sistema Público e a Regulação do Sistema Privado de Saúde.** Dissertação (Mestrado). 2001. Ciência Política, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro: UFF, 2001.

A dissertação pretende realizar uma reflexão sobre os caminhos da reforma da saúde no Brasil contemporâneo, percebida como parte integrante de um conjunto de reformas mais amplas que afetam a economia e o estado brasileiro. Há dois eixos básicos de discussão. O primeiro trata da análise das políticas públicas implementadas na nova república, especialmente a partir da constituição de 1988, com destaque para o governo Fernando Henrique Cardoso e a gestão de José serra como ministro da saúde, quando foi criada a agência nacional de saúde suplementar, órgão de regulação do mercado privado de saúde. Este, ou mais especificamente o segmento de seguro-saúde, constitui o centro do segundo eixo de discussão. A definição dos seguros como atividade financeira transforma as empresas desse setor em investidores institucionais de peso, envolvidos com o processo de globalização financeira do capitalismo mundial. Assim, este trabalho pretende também subsidiar o amplo debate em andamento no estado e na sociedade sobre a configuração futura dos sistemas de saúde público e privado no país, tendo como pano de fundo os condicionantes estruturais externos bem como o imperativo da reforma do estado.

CRUZ, Helio Jayme Martins Fróes. **Autorização de funcionamento: importância para o mercado de saúde suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ - ENSP, 2004.

Os agentes do mercado de saúde suplementar, que atuaram por cerca de 40 anos sem regulação e fiscalização específica em uma atividade econômica de relevância social, levaram a um cenário caótico marcado pela existência de diversas operadoras de planos de assistência a saúde com sérias dificuldades financeiras. Situações de insolvência podem implicar graves custos sociais e econômicos para os beneficiários, para o mercado de saúde suplementar como um todo e até para a própria economia do país. A redução dos riscos da atividade, minimizando a ocorrência de situações em que a operadora possa deixar de honrar seus compromissos, apresenta-se como um caminho para que se possa viabilizar a satisfação dos direitos dos beneficiários e, com efeito, o fortalecimento do mercado de saúde suplementar. A proposta deste trabalho consiste em demonstrar o quanto o instituto da autorização de funcionamento pode se tornar uma importante ferramenta regulatória capaz de induzir o mercado de saúde suplementar a ser competitivo, transparente e estável, contribuindo para o desenvolvimento sustentável do setor. Para tanto, busca-se mapear os principais instrumentos de entrada e controle utilizados pelo mercado segurador brasileiro e pelos principais organismos internacionais que congregam órgãos reguladores de seguros (IAIS, ASSAL e OECD.). Prospectam-se também os possíveis impactos que a norma de autorização de funcionamento poderá acarretar para o MSS.

CUNHA, Márcia Andréa Oliveira da. **Tendências da assistência hospitalar privada: um estudo de caso sobre a atenção domiciliar na cidade do Recife.** Dissertação (Mestrado). 2003. Universidade Federal de Pernambuco. Recife: UFPE, 2003.

Este trabalho pretende ampliar o conhecimento acerca das novas modalidades de assistência prestadas pelo subsistema privado de atenção a saúde, temática muito pouco pesquisada, no Brasil. Detêm-se na análise da atenção domiciliar privada, os home care, entendida enquanto componente da atenção gerenciada (managed care). Trata-se de compreender as distintas inovações tecnológico-organizacionais que estão conformando o modelo assistencial da atenção domiciliar privada em saúde, bem como as principais estratégias operacionais que o fundamentam, por referência ao marco teórico-conceitual da reestruturação produtiva em curso, no setor saúde. Além de realizar o diagnóstico situacional do problema na perspectiva de identificação e descrição do perfil das empresas de assistência domiciliar existentes na cidade, a pesquisa analisa: a lógica de organização do trabalho internamente as equipes técnicas, o modo como essas empresas se articulam com o sistema financiador (os operadores de planos e seguros de saúde) e com os demais prestadores, as tensões que permeiam o processo de tomada de decisões técnicas e administrativas e aspectos pertinentes às relações e às condições de trabalho. A assistência domiciliar se configura enquanto um mercado em plena expansão, baseado num conjunto de estratégias dirigidas a redução de custos na prestação de serviços médicos, o que tem levado a sobreposição das decisões administrativas sobre as técnicas. Em decorrência, são visíveis os prejuízos no que tange ao desempenho dos profissionais e, possivelmente, no que diz respeito à qualidade da assistência prestada a clientela dos planos e seguros. São ainda relevantes às mudanças nas relações e condições de trabalho dos profissionais do setor, no sentido de sua flexibilização e precarização.

CUNHA, Paulo César Melo da. **A regulação da saúde suplementar no Brasil.** Tese (Doutorado). 2003. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro: UCAM, 2003.

A Constituição da República de 1988 previa a saúde como direito fundamental dos indivíduos (art. 196), cabendo a todas as entidades federadas o desenvolvimento de

ações nesse sentido (art. 23, inciso II), sob a forma de um conjunto encadeado de órgãos e atividades, denominado Sistema Único de Saúde. Destarte, um mínimo existencial de serviço universal, garantidor do principio da pessoa humana, deve ser oferecido pelo Poder Público; no mais, foi a própria constituição de 1988 – e não os programas de reforma de complementados a partir de 1995 – que reconheceu a superação do Estado Bem Estar. Ali já se falava na saúde pública e a necessidade da saúde privada. Também já se falava na função reguladora do Estado. Dada a realidade existente, de insuficiência de quantidade e qualidade do sistema público, ao lado da responsabilidade de o setor privado atuar em caráter suplementar (CR, art. 199). Tendo em vista o interesse geral sobre essa atividade econômica, o Estado, além de executor dos serviços públicos (universais) de saúde, atua, também, como regulador dois serviços econômicos (privativos) de saúde. Este estudo pretende abordar o impacto das executivas e reguladoras do Estado no segmento da saúde sobre as empresas privadas. Trata-se, pois, de parcela do ordenamento social, abordando as técnicas de comprometimento do setor privado com o principio da dignidade da pessoa humana. Inicialmente, será abordada a responsabilidade pela prestação do serviço público (cuja noção, conforme se demonstrara, não impede a colaboração de setor privado), para, em seguida, analisa-se a função e estrutura regulatórias, os instrumentos de ação, controle de serviços de saúde privada, distinguindo tal categoria dos usuários dos serviços públicos de saúde. Interessa, pois, destacar que o fato de dever ser atendida pelas ações de saúde pública, a dignidade da pessoa humana também é alvo das preocupações das ações de saúde privada, cabendo tal papel a regulação, objeto deste trabalho. Assim, o primeiro capítulo trata da saúde pública; o segundo, da moldura para o desenvolvimento da regulação estatal sobre as atividades privadas no âmbito da saúde; o terceiro, das peculiares da estrutura estatal encarregada da regulação da saúde; o quarto, da defesa do sistema de saúde privada; o quinto, da defesa do consumidor de saúde, para, no sexto, cuidar-se do controle da atividade regulatória, com o conseqüente oferecimento de conclusões.

CZAPSKI, Juljan Dieter. **Planos de pré-pagamento de assistência médica e saúde pública.** Dissertação (Mestrado). 1998. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1998.

Apresenta a evolução dos planos de pré-pagamento no exterior e Brasil, abordando a estrutura dos grupos médicos, experiências bem-sucedidas, vantagens, problemas e futuro da assistência médica (AMSB).

DELLA SANTA, Vera Regina de Cravo Barros. **Da abusividade no contrato de adesão: a questão dos contratos de plano de saúde.** Tese (Doutorado). 2001. Programa, Universidade Federal de Pernambuco. Recife: UFPE, 2001.

A conformação clássica de contrato individualista cede lugar a um novo modelo, voltado a obsequiar os valores e princípios constitucionais de dignidade e desenvolvimento da personalidade humana. Esse novo modelo é amparado no campo das relações obrigacionais pela Constituição Federal de 1988 que ressalta a função social do contrato. Caracteriza-se essa nova fase do contrato pela intervenção do Estado que impõe determinadas condutas que reduzem o papel e a importância da autonomia da vontade. Faz sentido sublinhar que o contrato de adesão as condições gerais são uma conseqüência da massificação contratual para atender às necessidades de aquisição de bens e utilização de serviços de sociedade de massa. Pelas circunstâncias das cláusulas contratuais serem elaboradas unilateralmente, não havendo possibilidade de discussão pela parte do contratante aderente, é possível que nelas haja abusividade. As cláusulas abusivas são nulas de pleno direito e sobre elas trata o CDC, medidas provisórias e resoluções ministeriais. Essa armadura tem sido insuficiente e no caso específico dos contratos de planos e seguros de saúde, nem mesmo a legislação de 1998 se mostra suficiente preparada para eximi-las. Por tratar esses contratos de saúde, bem

constitucionalmente protegidos, cresce a necessidade de evitar ônus excessivo para a parte aderente e bônus desproporcional para o contratante que as estipular. A terceira via, conforme os acórdãos pesquisados, é a jurisprudência, pela força criadora dos juízes, os quais estão construindo um novo Direito.

DIAS, Rigoleta Dutra Mediano. **A informação na regulação da saúde suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2004. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

O Sistema de Informação em Saúde Suplementar (SISS) tem sido desenvolvido desde a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão regulador e fiscalizador das operadoras de planos privados de assistência à saúde suplementar. O SISS é baseado principalmente nas informações coletadas das operadoras e das produzidas no âmbito da ANS. Analisando os indicadores produzidos pelo SISS, reconhece-se que ainda são poucos aqueles voltados para o monitoramento das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças dos beneficiários de planos de saúde. Assim, este trabalho analisa o sistema de informação de uma operadora de autogestão selecionada, a Fio-saúde, no sentido de verificar a viabilidade de produção de indicadores voltados para tais questões. Como bases para esta análise, foram selecionados indicadores da metodologia HEDIS, desenvolvida por um comitê técnico altamente especializado, sob coordenação do National Committee Of Quality Assurance (NCQA), órgão responsável pela acreditação de planos de saúde nos Estados Unidos. Alguns indicadores da metodologia HEDIS puderam ser calculados, tais como: screening para câncer de mama, screening para câncer de colo de útero, screening de clamídia para as mulheres e consultas preventivas para adultos e para crianças. Acredita-se que a ampliação do processo de avaliação da qualidade da assistência, voltado para políticas de incentivos ao monitoramento das condições de saúde dos beneficiários, proporcionará resultados significativos para os beneficiários da saúde suplementar. Recomenda-se que tais

indicadores sejam produzidos pelas operadoras com o uso da regulação incentivada, aquela que estabelece planos de metas a serem alcançadas pelos regulados.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. **Modelo organizacional da Unimed: estudo de caso sobre medicina suplementar.** Tese (Doutorado). 2003. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar as características do modelo organizacional da Unimed e delinear algumas tendências e perspectivas frente aos novos padrões de regulação vigentes a partir do início deste século. A metodologia incluiu um estudo teórico sobre cooperativismo e a análise de dados quantitativos e qualitativos sobre a Unimed, utilizando variadas fontes. O eixo condutor da tese inicia-se nas motivações da categoria para constituir a Unimed e no seu crescimento pari passu a história do sistema de saúde brasileiro. Passa por um estudo sobre cooperativismo e cooperativas e pelo dimensionamento e caracterização de sua estrutura organizacional, indo até a análise do que é oferecido aos clientes em seus contratos, nos itens que interessam a regulamentação. Com base nos achados, foram traçadas algumas tendências e perspectivas da organização. A Unimed maximizou os ganhos da profissão médica ao entrar no ramo de planos e seguros de saúde. Sua história demonstra como, através de estratégias de monopólio, foi criada uma organização de dimensões consideráveis, revestida das idéias e princípios cooperativistas. A Unimed é encontrada na maior parte do território nacional e a ela filia-se um contingente expressivo dos médicos do país. A análise do padrão contratual revela que o desenho cooperativista não garante a ausênciaa das estratégias securitárias destinadas a contornar a seleção adversa e o risco moral. Apenas os mecanismos de controle da prática médica eram residuais no momento da realização da pesquisa. O novo cenário da regulação tem acarretado mudanças na estrutura organizacional da Unimed, que tende a se apresentar de forma

mais centralizada e verticalizada. Caso confirmadas as tendências, haverá restrição da autonomia das singulares e maiores interferências sobre a prática dos médicos.

DUARTE, Eduardo Jorge Araújo. **Os planos privados de saúde no marco do novo modelo de regulação.** Dissertação (Mestrado). 2003. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP, 2003.

Atrelado a um processo de reforma do aparelho de Estado vem-se desenvolvendo no Brasil um novo modelo de regulação, visando estimular a concorrência e favorecer a provisão adequada de bens públicos, com adoção de modelo de agências independentes para regulação. O setor saúde inseriu-se nesse contexto com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS pela Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Partindo-se do pressuposto de que a instauração deste novo modelo de regulação tem ocasionado transformações das mais diferentes ordens no setor de assistência médica suplementar, este trabalho tem como objetivo analisar as principais estratégias competitivas utilizadas pelas operadoras de planos privados de assistência médica no município do Rio de Janeiro após o surgimento da ANS. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, utilizando-se como método o estudo de casos múltiplos e como técnica de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas realizadas junto aos dirigentes de operadoras de planos de saúde com significativa projeção no mercado do município do Rio de Janeiro. O referencial teórico utilizado para análise foi a Teoria das Forças Competitivas de Porter (1991, 1998). Os resultados, com base na percepção dos dirigentes, apontam em geral, para um mercado com potentes barreiras de entrada, introdução de novos produtos, perda de poder de barganha dos prestadores, fortalecimento do poder de barganha dos compradores (beneficiários) e acirramento da rivalidade entre os concorrentes atuais. Nestas circunstâncias as operadoras vão adotando estratégias diferenciadas para competir no mercado, após a regulamentação.

FERREIRA, Inês Regina. **Construção das bases técnicas e metodológicas para o desenvolvimento de um plano estratégico de gestão de recursos humanos para regulação em saúde suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

Esta dissertação se constitui de estudo empírico sobre a organização dos processos de trabalho de uma agência reguladora, e sua vinculação com uma proposta de gestão de desenvolvimento de recursos humanos dos agentes reguladores. O estudo é caracterizado por uma abordagem interdisciplinar, e o referencial teórico que orienta a pesquisa tem como base os conceitos de competência técnica, comportamental e gestão do conhecimento. Focaliza a estrutura organizacional, o perfil da força de trabalho e as competências requeridas para o desenvolvimento das atividades. Os resultados do estudo destacam algumas tendências do processo de trabalho que apontam para as competências mais expressivas, e os conteúdos dessas para o desenvolvimento da atividade de regulação de assistência à saúde suplementar. Os conteúdos identificados são pautados por um saber técnico próprio, que pressupõe o domínio dos conhecimentos gerais que dão suporte aos processos de todos os trabalhos técnicos e, os conhecimentos específicos. Entre os desafios levantados, apresentamos a construção de um modelo de gestão de recursos humanos em saúde suplementar, que seja capaz de promover o desenvolvimento dos trabalhadores para que possam agir e reagir às transformações inerentes ao mundo do trabalho, e especialmente, no contexto dinâmico da regulação em saúde suplementar. As ações estratégicas a serem implantadas são: desenvolvimento de Eventos Corporativos Estratégicos; adoção de metodologia de ensino que privilegie a prática; atuação baseada em um modelo de gestão do conhecimento; certificação dos conhecimentos; e um programa que constitua a base de educação continuada para a carreira de regulador.

FLORÊNCIO, Leonardo Pereira. **Investigação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte.** Dissertação (Mestrado). 2006. Programa, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

O "*timing*" do crescimento da população brasileira com 60 anos ou mais de idade clama por uma readequação das concepções do modelo de saúde, que atenda a nova realidade demográfico-epidemiológica. Neste sentido, o Ministério da Saúde, em 1999, criou a Política de Saúde do Idoso, cujo propósito é readequar o setor para o atendimento às novas necessidades, e definiu diretrizes para nortear esta readequação. O *"managed care"*, neste contexto, aparece como alternativa financeira, e seu objetivo é dar conta dos gastos elevados com a assistência, que tendem a aumentar com o envelhecimento da população. As operadoras do segmento privado de planos de assistência à saúde no Brasil, que recentemente passou a ser regulamentado pela Lei 9.656/98, iniciaram práticas assistenciais para a contenção dos gastos, e dentre estas práticas percebemos, ao longo dos últimos dois anos, ações voltadas aos idosos. Assim, este estudo objetiva identificar estas ações desenvolvendo a pesquisa em duas etapas, sendo a primeira responsável pela seleção e caracterização das operadoras quanto ao contingente de idosos, e a segunda responsável pela identificação das ações voltadas aos idosos, através do método de entrevista telefônica assistida por computador, realizado entre o período de julho a agosto de 2005, e análise das ações identificadas, à luz das diretrizes da Política de Saúde do Idoso. Ao fim encontramos, no município de Belo Horizonte, um setor de planos privados de assistência à saúde que fornece cobertura assistencial a 54% dos idosos residentes neste município, e cujo percentual de idosos entre os usuários dos planos privados alcança 15% do total e dentre estes idosos as mulheres são maioria (63%), além do expressivo percentual de usuários nas faixas de idade produtivas (60%), que tendem a incrementar ao longo do tempo, o percentual de idosos, devido ao aumento da longevidade. Foram identificadas 15 operadoras que responderam possuir política voltada aos idosos, com ações de saúde em conformidade com as diretrizes da

política, Porém, foram poucas as ações de promoção do envelhecimento saudável identificadas nas operadoras entrevistadas, no período de julho a agosto de 2005.

FONSECA, Artur Lourenço da. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

Este estudo pretende revisar alguns fundamentos da composição do sistema de atenção à saúde no Brasil. Os benefícios advindos da regulação padronizaram e garantiram a prestação de serviços, porém levaram ao aumento dos custos e diminuição da capacidade competitiva do mercado. O ônus decorrente da troca de plano de saúde expressa por perda de direitos adquiridos de cumprimento de prazos de carência e direito a atendimento de doenças preexistentes limita o poder de mercado do consumidor por tender a mantê-lo no mesmo plano de saúde mesmo quando não satisfeito com os serviços recebidos. O direito a troca de plano de saúde sem perda de direitos a portabilidade, restabeleceria o poder do consumidor e a competição do mercado ao permitir a troca de plano de saúde quando concorrentes oferecessem melhores condições de preço ou qualidade de serviços. A regulamentação da portabilidade é considerada, neste estudo, como a obrigatoriedade de cobertura de mais um procedimento, sendo, portanto geradora de custos para operadoras de planos de saúde. Estes custos estão relacionados a fatores atuariais e a fatores de difícil quantificação decorrentes de conduta não ética de beneficiários e operadores. Algumas estratégias de contornar estas dificuldades são discutidas. A legislação em vigor também é revista procurando determinar situações onde a legislação pode ser aperfeiçoada para evitar a perda de direito de atendimento em planos de saúde após a perda de vínculo empregatício. O estudo conclui com a proposta de criação de uma taxa de portabilidade capaz de favorecer a mobilidade dos beneficiários e a competitividade do mercado sem concentrar todos os riscos sobre as operadoras.

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde.** Dissertação (Mestrado). 2003. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2003.

Este trabalho se constitui num esforço para compreensão da autogestão como programas de assistência médica e hospitalar disponibilizado nos moldes de plano de saúde. Envolve também a participação da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde e sua atuação nesse mercado regulamentado. Supomos que a autogestão serviu como parâmetro para a regulamentação do setor suplementar atuando como colaboradora desses processos. As maiores autogestões, em tamanho de beneficiários, são de empresas públicas ou estatais mesmo considerando o processo de privatização pelo qual vêem passando. Para realização desse estudo foi feita uma revisão da literatura disponível sobre o tema, pesquisa de campo com entrevistas e coleta de dados de empresas de autogestão. Ao final do trabalho é apresentado um estudo sobre a trajetória de constituição de um plano de autogestão para funcionários de uma fundação do governo federal, Fio-saúde abordando questões relativas a gestão do plano, a eletividade dos participantes, estrutura jurídica e institucional, financiamento e relacionamento com os prestadores de serviço. Conclui-se que a origem da autogestão fundamenta-se, principalmente, na organização de programas de assistência médica e hospitalar para trabalhadores organizados pelas próprias empresas empregadoras, com ou sem a participação dos empregados, ou por organizações exclusivamente de trabalhadores.

GARCIA, Márcia. **A Comissão Parlamentar de Inquérito dos planos de saúde.** Tese (Doutorado). 2004. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade, 2004.

O tema da regulação dos planos e seguros de saúde no Brasil ingressou definitivamente na agenda pública do país. A importância que lhe foi conferida pela mídia reflete preocupações, interesses e conflitos que envolvem clientes, prestadores de serviços, e empresas de assistência suplementar. No âmbito acadêmico, observa-se o crescente empenho de pesquisadores para examinar sob diversas perspectivas as relações entre Estado, políticas públicas e o mercado de planos e seguros de saúde. Este estudo teve como principal alvo a primeira Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar as irregularidades cometidas pelos planos de saúde no ano de 2003 com a perspectiva de compreender o que aconteceu, o que ela fez e a que conclusões chegou, além de examinar os conflitos e consensos de agentes envolvidos com o sistema privado de saúde no Brasil. Foi realizada uma análise do processo de debate e das conclusões da CPI, identificando os temas predominantes e os posicionamentos de empresários, entidades da sociedade civil e parlamentares em uma arena legislativa específica. A estratégia metodológica utilizada para o desenvolvimento dessa temática foi: analisar os aproximadamente 70 depoimentos contidos nas Notas Taquigráficas; traçar o perfil dos membros da CPI, visando conhecer as suas várias formas de vinculação com o tema saúde; identificar os temas debatidos. Após a identificação, agrupá-los em seis categorias de debate: Política de Saúde; Jurídico/Legal Regulação, Financiamento, Recursos Humanos e Ética; identificar os atores e interesses envolvidos e suas vinculações; identificar os posicionamentos dos parlamentares, das autoridades do governo, dos representantes da sociedade civil, dos clientes de planos de saúde, dos representantes do judiciário, dos profissionais de saúde, dos representantes dos hospitais e por fim dos representantes das empresas operadoras de planos de saúde, a partir de depoimentos dados nas audiências, todas registradas nas Notas Taquigráficas. Aprofundou-se a reflexão sobre os processos de mediação de interesses do setor saúde no âmbito do legislativo e compreendendo a trajetória das políticas de saúde e as questões individuais envolvidas, além de perceber o imbricamento da relação público e privado. Finalmente, a presença de empresários médicos no cenário político, que

também se vinculam tanto ao SUS quanto às operadoras, configura a complexidade e a dinâmica de funcionamento do sistema de saúde no país.

GONÇALVES, Jorge Luis. **Uma contribuição à análise dos fatores de determinantes da remuneração dos serviços médicos de uma operadora de planos de saúde o caso da Unimed de Londrina.** Dissertação (Mestrado). 2001. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2001.

Diferentemente das demais empresas mercantis, que buscam no lucro a forma de remunerar o capital investido pelos sócios, as cooperativas médicas têm por objetivo principal viabilizar o exercício da profissão, garantindo justa remuneração aos cooperados. Este tem sido o grande desafio ao longo dos 30 trinta anos de existência da Unimed de Londrina/PR. Assim como o lucro para o investidor é motivo de satisfação, também para o cooperado uma remuneração que atenda suas expectativas proporcionará igual satisfação. Surge então a questão de qual seria a expectativa do cooperado quanto à remuneração, situada no mesmo nível dos serviços prestados a particulares ou em cumprimento total da Lista de Procedimentos da Associação Médica Brasileira de 1996. A Lei 9656/98, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS organizou e disciplinou o segmento de planos de saúde, proporcionando aos clientes maior segurança e tranqüilidade quando da utilização dos benefícios contratados. A padronização da assistência médica privada exigiu a readequação das empresas do setor. Assim, o trabalho procura desenvolver um modelo de remuneração dos serviços médicos visando assegurar o equilíbrio financeiro da operadora de planos de saúde Unimed de Londrina/PR, inserida num sistema cooperativo, buscando satisfazer seus cooperados e clientes. Tomando como referência a importância do cooperativismo médico na garantia da qualidade dos serviços prestados, o trabalho pautou-se em uma pesquisa realizada junto a quarenta e nove cooperados líderes de comitês eleitos por cada especialidade, cujas respostas serviram de parâmetros para a elaboração de uma

proposta de política de remuneração condizente com os anseios da população-alvo. O modelo proposto privilegia o ato médico puro e estabelece, entre os ajustes, percentuais fixos de deságios aplicados sobre os valores estipulados como custo dos exames na Lista de Procedimentos da Associação Médica Brasileira editada em 1996, proporcionando um divisor claro que permita a valorização do serviço médico profissional em detrimento ao custo do exame realizado com uso de máquina. Acredita-se que o modelo ainda precisa ser aperfeiçoado, porém se propõe a proceder de maneira mais justa a distribuição de recursos, diferenciando o ato médico artesanal daquele pautado na realização de exames com uso de máquinas. Os resultados da proposição do novo modelo de remuneração objetivam o resgate e a valorização da inestimável figura humana do médico na relação com o paciente.

GOUVEIA, Maria Thereza Carolina de Souza. **O modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2004. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

Este estudo visa desenvolver uma análise sobre o regime regulatório brasileiro, com enfoque sobre o mercado operador de planos privados de assistência à saúde e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como ente regulador. Como pano de fundo tem-se a arquitetura constitucional projetada para o sistema de saúde brasileiro, que, ao tempo em que consagra o Sistema Único de Saúde (SUS), permite sua coexistência com uma assistência considerada atividade livre à iniciativa privada, incorporando um mix entre o público e o privado no financiamento da atenção à saúde. O trabalho se estrutura sobre três eixos temáticos: a organização dos serviços de assistência à saúde no país, as relações entre Estado e mercado e o marco regulatório da saúde suplementar. Quanto ao primeiro tema, faz-se a revisão da literatura para identificar a diferença entre serviço público e atividade econômica, de modo a melhor conhecer os papéis dos setores público e privado na conformação da assistência à saúde,

bem como se aborda o processo de formação e estrutura do mercado de saúde suplementar, com ênfase sobre suas falhas e especificidades. No outro campo, procura-se situar, em âmbito teórico, o grau de intervenção do Estado na ordem econômica e quais os modelos institucionais adotados para a consecução desse papel, partindo das autarquias tradicionais às agências reguladoras independentes trazidas no bojo da Reforma do Aparelho do Estado. Em um terceiro vértice, interessa conhecer a moldura jurídico-institucional da regulação da saúde suplementar, incluindo a recuperação de aspectos históricos que levaram à decisão política pela intervenção do Estado sobre essa atividade após um espaço de dez anos da normatização do SUS. Ao final é realizado um exame comparado sobre desenho institucional e ferramentas utilizadas no regime regulatório de mercados setoriais, para se verificar quais os possíveis fatores que teriam influenciado a anatomia institucional da ANS e a formação de uma expertise administrativa que deu base aos primeiros movimentos do processo de regulação no mercado de planos de saúde.

GREGORI, Maria Stella. **A normatização dos planos privados de assistência à saúde no Brasil sob a ótica da proteção do consumidor.** Dissertação (Mestrado). 2004. Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC-SP, 2004.

Este estudo objetiva analisar o impacto da Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória n 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, que dispõe sobre os planos privados de assistência a saúde, sob a ótica da proteção ao consumidor, frente aos princípios consagrados pelo Código de Defesa do Consumidor. Participação dos serviços privados de saúde, em especial os de cobertura assistencial, inseridos na estrutura do sistema de saúde brasileiro. Abordagem do processo de normatização do mercado de saúde suplementar, no bojo da opção governamental pela criação de agências reguladoras, com particular enfoque sobre a Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS, criada para regular e fiscalizar o mercado operador de planos privados de assistência a saúde. Perspectiva histórica da evolução dos Direitos do Consumidor no plano internacional e no Brasil, com ênfase na inserção do CDC no ordenamento jurídico brasileiro e a principiologia por ele traçada. Exame das características do contrato de consumo, situando-o como marco na evolução da concepção dos contratos, entre a teoria clássica a contemporânea, e cotejando-o com a natureza dos contratos de planos privados de assistência a saúde. Análise da Lei nº. 9.656/98 e de sua regulamentação, avaliando pontos de avanço na órbita jurídica da proteção ao consumidor e verificando a existência de incompatibilidades com o CDC, com sugestão de aperfeiçoamento do processo de normatização dos planos privados de assistência a saúde.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. **Informação e regulação da assistência suplementar à saúde.** Tese (Doutorado). 2005. Programa, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

O objetivo principal desta investigação é mostrar a informação como elemento estratégico no processo de regulação do mercado. As descrições detalhadas das normas e do uso da informação no mercado de saúde suplementar funcionam como argumento sobre o qual se discute e se reflete o lugar e a potência desta ferramenta. Este trabalho está organizado em duas partes complementares. A primeira revisa seletivamente e discute conceitos e teorias dos agentes econômicos e da regulação de mercados, concluindo com uma discussão reflexiva sobre informação e regulação. A segunda descreve e discute o mercado de saúde suplementar e o processo de regulação desse mercado.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços.** Tese (Doutorado). 2000. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

Identifica os resultados do processo da reforma sanitária brasileira sobre a organização do sistema de serviços de saúde, em especial a assistência médica e identifica, através de estudo de caso, possíveis efeitos desse processo sobre as condições de acesso e utilização de serviços de saúde pela população. Os dados baseiam-se em survey realizado na cidade do Rio de Janeiro a partir de amostra domiciliar estratificada por condições de vida e por três traçadores distintos: diarréia e gravidez. Com eles, procura-se conhecer e comparar condições de acesso e utilização de serviços de saúde pelos indivíduos e suas famílias a partir da categoria cobertura, dividida aqui como: cobertura exclusiva pelo SUS (identificada como cobertura SUS) e cobertura Extra-SUS (acesso a algum tipo de serviço de assistência à saúde, público ou privado, cuja titularidade depende de pagamento e/ou da vinculação direta ou indireta a um segmento ocupacional e/ou instituição específica). Para identificar as transformações no sistema de saúde e sua relação com as mudanças ocorridas no acesso e utilização de serviços, são descritas e analisadas as condições de implementação da reforma sanitária e da universalização do acesso, assim como as mudanças ocorridas no sistema de saúde. Conclui-se que a reforma sanitária brasileira alcançou de forma efetiva redistribuiu os recursos materiais destinados à proteção à saúde ao instituir a universalização; assim como alterou de forma significativa a estrutura do sistema de organização dos serviços responsáveis por essa proteção. Apesar disso, a universalização é ainda insuficiente e incompleta, já que o acesso à saúde mantém-se segmentado, pela permanência de distintas coberturas para parcelas diferenciadas da população, caracterizadas por diferenciais sócio-econômicos e com graus distintos de utilização.

LUGARINHO, Liliana Maria Planel. **Bioética na incorporação de procedimentos, um olhar exploratório na saúde suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

Os planos privados de assistência assumiram um papel substantivo na provisão de cuidados à saúde. A diversidade de situação dos usuários reflete a sociedade brasileira, com diferenças de renda, qualidade de vida, grau de satisfação das necessidades sociais. No momento, o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar enuncia os eventos que devem ser obrigatoriamente pagos por planos de saúde e demonstra a visão da saúde suplementar no inicio da regulamentação, devendo ser revisado com uma nova metodologia. Esta dissertação analisa na visão da Bioética distintos critérios de avaliação de tecnologias em saúde. A bioética pode ser atualmente considerada como uma ferramenta a serviço da análise ou da resolução dos conflitos e dilemas morais que surgem com as práticas no campo das aplicações das tecnologias em saúde. A metodologia utilizada foi à revisão da bibliografia de conceitos bioéticos, de justiça e da regulação em saúde. A elaboração de um rol de coberturas nacional que atenda às demandas de saúde da população assistida com procedimentos que se encontrem disponíveis na região de moradia dos usuários, com a focalização de recursos para a parcela mais desprovida de recursos poderá iniciar um movimento de maior equidade no sistema suplementar. Incluir neste rol mínimo outros saberes, além do saber médico, por entender que as necessidades de saúde de um grupo ou população não se restringem só aos procedimentos médicos e que a ampliação das coberturas obrigatórias deve incluir os atendimentos prestados por outros profissionais.

LUJAN, Alvaro; AYALA, Martin; RODRIGUEZ, Daniel. **Fortalecimiento en bioseguridad, registro de datos e infraestructura de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital San Gabriel.** Dissertação (Mestrado). 2000.

Facultad de Medicina, Enfermeria, Nutrición y Tecnología Médica, Universidad Mayor de San Andres. La Paz: UMSA, 2000.

Las infecciones intra hopitalarias (IIH) son uno de los principales factores de morbimortalidad en relación directa con las características inmunológicas propias del periodo neonatal, las condiciones ecológicas particulares de su ambiente y la respuesta a lamedicación antiinfecciosa. Existe evidencia creciente que sugiere que la patología infecciosa más importante en la mayoria de los hospitales en la actualidad es aquella originada en la institución misma y que se encuadra en el término "infección intra hospitalaria". El hospital San Gabriel de la ciudad de La Paz es de segundo nivel y cuenta con variados servicios entre los que se encuentra la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) dependiente de la especialidad de pediatría, servicio donde realizamos nuestra estudio acerca de la infraestructura y disposición del ambiente de UCIP. Este estudio se llevo a cabo en el periodo comprendido entre febrero y septiembre de (dos mil). En cuanto al ambiente físico, se realizo la observación de estos con énfasis en el área de lavado y secado de manos, ventilación del ambiente y la disposición del ambiente en general, para luego proceder a investigar con el personal encargado acerca de las medidas higiénicas del personal y la desinfección del ambiente. Frente a los resultados obtenidos, se presenta esta propuesta de intervención la cual pretende realizar plantear un programa de expansión y mejora en la infraestructura, además de una disposición adecuada del ambiente de (UCIP), para de esta forma contribuir a la disminución de las tasas de incidencia y prevalencia de infecciones intrahospitalarias, que en lo que va de este año se han duplicado, tratando de encontrar algunas respuestas enesta y otras múltiples causas.

MATOS, Ayla Norma Ferreira. **Promoção da saúde: a percepção dos docentes de um curso de odontologia.** Dissertação (Mestrado). 2003. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

Considera-se a promoção de saúde o modelo mais promissor para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações. Levando em conta a importância do conhecimento e da prática desse modelo, como essencial na formação do profissional de odontologia, objetivou-se, através deste trabalho, conhecer a percepção de professores, sobre promoção de saúde, por desempenhar tal percepção um papel fundamental no exercício da docência. O recurso metodológico utilizado foi o da pesquisa qualitativa. Foram realizadas trinta e duas entrevistas semi-estruturadas, com professores do primeiro ao quarto anos do curso de odontologia, gravadas, com a devida autorização. Após a transcrição foram analisadas, através da análise de conteúdo de Bardin, sendo as respostas agrupadas em temas e suas respectivas categorias. Observou-se que, para a maioria dos entrevistados, a promoção de saúde é entendida em alguns aspectos, mas não na sua totalidade. A saúde é entendida, pela maioria, segundo o conceito ampliado, relacionado à qualidade de vida. A qualidade de vida esteve presente em vários relatos e foi percebida através de várias dimensões da vida social, condição esta importante para o bem-estar do cidadão. A educação é vista como instrumento importante para que a população possa exercitar sua cidadania. O envolvimento e a participação política dos professores são restritos ao cenário interno da universidade. Os professores reconhecem, ainda, a necessidade da realização de ações intersetoriais para que a população tenha saúde. Sobre o processo ensino-aprendizagem têm claro que a função docente transcende a mera formação técnica e que sua missão é formar cidadão. Para que de fato os profissionais egressos do curso de odontologia, vivenciem práticas orientadas para a promoção de saúde, novos espaços pedagógicos deverão ser agregados ao cotidiano do ensino odontológico.

MELO, Rosena Maria Bastos de. **Estudo econômico-financeiro da Agência Nacional De Saúde Suplementar para o equilíbrio da função de órgão regulador.** Dissertação (Mestrado). 2004. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

As agências reguladoras foram criadas com a intenção de normatizar os setores dos serviços públicos delegados e de buscar equilíbrio e harmonia entre o Estado, usuários e delegatários. De um modo geral, as agências adquiriram grande importância no cenário econômico nacional na medida em que passaram a deter o poder de amplos setores da atividade econômica do interesse de investidores. Por isso, o modelo das agências reguladoras foi implantado de forma a concedê-las autonomia administrativa e financeira para evitar que tanto governo quanto empresas ajam de forma oportunista. Este estudo teve como objetivo geral analisar o processo orçamentário da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pretendendo conhecer sua limitação de receitas e a expansão de seus gastos na tentativa de avaliar sua autonomia financeira - inerente a todo órgão regulador, face ao cumprimento de suas metas estabelecidas no contrato de gestão. Para tanto, a pesquisa teve caráter exploratório com características de estudo de caso, visto a escolha de apenas uma agência dentre várias. O estudo envolveu pesquisa bibliográfica e documental, sendo os dados tratados de forma qualitativa. Os resultados da pesquisa mostraram que os recursos que sustentam a ANS são oriundos da Taxa de Saúde Suplementar, de multas aplicadas e de outras receitas previstas em Lei, além dos recursos que são repassados pelo Governo Federal. Pela análise dos balanços e demonstrações contábeis constatou-se que a agência vem empregando suas atividades, seu patrimônio e os seus recursos nos fins para os quais foi instituída.

MENDES, Maria Letícia dos Santos. **Perfil das operadoras cujo único prestador é o hospital próprio.** Dissertação (Mestrado). 2004. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

Este trabalho traça o perfil de 80 operadoras registradas na ANS que têm o hospital próprio como único prestador. Elas foram identificadas a partir do cruzamento de dois bancos de dados corporativos mediante a superposição dos Cadastros Nacionais de Pessoas Jurídicas (CNPJ) das operadoras e respectivas prestadoras. A pesquisa foi

realizada sob duas dimensões que inclui a estrutura da oferta dos serviços disponíveis nos hospitais, avaliada por consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, a dos planos comercializados por estes estabelecimentos como operadora de planos de saúde, quanto a beneficiários, produtos registrados e aspectos econômico-financeiros, nas bases de dados da ANS. Na primeira dimensão foram selecionados o número de leitos totais, o número de leitos em UTI, a provisão de serviços básicos e de alta complexidade, incluindo transplantes de córnea e rins, atendimento em Psiquiatria e em AIDS. A análise individual das 72 das 80 instituições, cadastradas no CNES, mostrou que nenhuma delas contempla a totalidade dos serviços pesquisados. Os resultados encontrados permitem inferir que há significativo comprometimento da oferta de serviços de assistência médica dessas entidades, que não têm autonomia para oferecer a cobertura mínima estabelecida na Lei 9656/98. Em relação as características destes estabelecimentos como operadoras de planos de saúde os dados da ANS mostraram que se trata preponderantemente de operadoras de pequeno porte, 82% com menos de 10.000 beneficiários. Em relação aos planos comercializados observa-se a preponderância de planos anteriores a Lei, e, os planos novos apresentam características de segmentação hospitalar atendendo a grupo de municípios. Os Índices financeiros escolhidos para análise requerem desdobramentos e eventuais análises mais profundas uma vez que pelas regras em vigor a existência de serviços próprios garante alguns benefícios ao segmento em relação a constituição de garantias financeiras. Aparentemente está ocorrendo redução deste segmento em atuação no mercado de saúde suplementar, ou pela transferência de carteiras ou pela inclusão de novos prestadores a sua rede.

MOREIRA, Marizélia Leão. **Cobertura e Utilização de Serviços de saúde Suplementar no Estado de São Paulo.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

Este estudo promoveu a análise da assistência hospitalar financiada por convênios e informada ao Ministério da Saúde através do Comunicado de Internações Hospitalares (CIH), no Estado de São Paulo para o ano de 2002. Foi pesquisado o perfil de utilização na assistência hospitalar, com enfoque em dois eixos. O primeiro identificou a rede de prestadores, mapeando os hospitais que atendem o setor de saúde suplementar. O segundo eixo tratou da assistência prestada nas internações, identificando a distribuição das internações por sexo, faixa etária, diagnóstico principal, procedimentos e tipo de saída do hospital. No cumprimento dos objetivos, foram adotados procedimentos metodológicos de tratamento das bases de dados, necessárias para identificar o universo de hospitais do Estado e dimensionar a significância do grupo de hospitais estudados. Em seguida, analisado o grau de consistência dos dados do CIH, mediante a aplicação das regras utilizadas pelo DATASUS na validação dos dados de internação do setor público. Para finalizar, vale destacar que esse estudo permitiu validar o CIH como ferramenta complementar às utilizadas pela ANS, no acompanhamento das atividades assistenciais das operadoras de planos privados de saúde, que a implementação de algumas variáveis permitirá sua compatibilização com banco corporativo da ANS, apontar que a integração das várias bases de dados públicas enriquece o conhecimento, permite análise e subsidia tomada de decisões acerca da regulação do setor de saúde suplementar.

NASCIMENTO, Elisabete Aparecida Antunes do. **A assistência médica suplementar no Paraná, estudo de caso: convênio empresa-Unimed na região de Ponta Grossa.** Dissertação (Mestrado). 2003. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

A reforma do sistema de saúde tem sido marcada por intensos debates sobre os limites dos setores públicos e privado na provisão de assistência médica. A demanda à assistência médica tem sido um grande problema para a política da saúde no Brasil. As

empresas visando amenizar essa situação buscam firmar convênios junto às operadoras de assistência médica privada, estabelecendo um processo de assistência suplementar à saúde aos seus funcionários. Este estudo, objetivando estudar a atenção médica suplementar focalizando sua atuação no Estado do Paraná, pesquisa os convênios firmados por duas indústrias de Ponta Grossa (Paraná) com a operadora de assistência médica suplementar - Unimed, visto que Ponta Grossa é a 3º Regional de Saúde do Estado e pólo de atendimento de diversos municípios da região, e, portanto, se qualificando como importante amostra para o estudo em tela. Por outro lado, a Unimed como uma das operadoras de maior atuação no Estado do Paraná permite melhor compreender a complexidade da assistência suplementar. Assim, o desenvolvimento do estudo se verificou pela revisão das políticas de saúde e assistência médica suplementar, focalizando o Paraná e particularizando a cidade de Ponta Grossa. A caracterização das conjunturas e das estruturas políticas de atenção à saúde permitiu a formulação crítica dos convênios mencionados, à luz da Lei 9.656/98 e a atuação da ANS para a regulamentação desses convênios. A pesquisa, além de buscar nos referenciais teóricos subsídios para interpretar os procedimentos da operadora, realizou pesquisas de campo, através do acesso a documentos e entrevistas com os usuários e contratantes, possibilitando assim a obtenção de dados que deram sustentabilidade às críticas e sugestões estabelecidas na conclusão. Entre as conclusões principais destacam-se: o desconhecimento generalizado entre gerentes, trabalhadores e sindicatos das empresas sobre o modus operandi da Unimed tanto quanto sobre os reais custos e limites dos planos oferecidos, bem como a não adesão da operadora às normas da ANS, com os subseqüentes prejuízos para os usuários. Finalmente, salienta-se que o estudo de caso mostrou ser possível introduzir mudanças nesses âmbitos desde que haja transparência nas transações e informações e sejam processadas mediante negociações e consensos entre todos os interesses envolvidos.

NETO, Antonio Joaquim Fernandes. **Informações sobre planos de saúde.** Dissertação (Mestrado). 2001. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

O presente estudo visa avaliar as Leis 9.656, de 1998, e 9.961, de 2000, como instrumentos necessários na implementação da política de saúde. Ao lado da Fazenda Pública, principal financiador do sistema, os fundos criados através das operadoras de planos de saúde são essenciais na implementação dos objetivos da República.

NITÃO, Samara Rachel Vieira. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

O novo padrão de intervenção do Estado no mercado de saúde suplementar, com a edição da Lei Nº 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), promoveu profundas alterações na dinâmica da indústria de planos privados de assistência à saúde e nas estratégias competitivas das firmas no Brasil. Este trabalho tem como objetivo analisar estas as mudanças, utilizando a técnica de análise das indústrias descrita por Porter. Para tanto, as informações disponíveis nos bancos de dados da ANS sobre as empresas, seus beneficiários, produtos e balanços econômico-financeiros mostraram-se de grande valia para a análise setorial e necessitam ser mais usados em estudos posteriores. Os resultados apresentados apontam para um setor fortemente assimétrico em termos de tamanho das empresas, mostrando concentração do mercado e uma grande diversidade no número de empresas e produtos, em termos nacionais e regionais. Conclui-se que a regulação introduziu fortes barreiras de entrada e saída das empresas no mercado, aumentou a rivalidade entre as empresas e trouxe maiores garantias assistenciais para os beneficiários.

NOGUEIRA, Carlos Alexandre Lima. **Análise da estrutura econômica da saúde suplementar: em busca de uma estrutura eficiente de mercado.** Dissertação (Mestrado Profissional). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

O mercado de planos privados de assistência à saúde no país compõe-se de diversas modalidades de operadoras, possuindo cada uma características específicas em termos de porte, fisionomia jurídica e universo de atuação. A regulação busca dar tratamento aos agentes regulados respeitando essas características, ao considerar os segmentos já existentes e o risco diferenciado de cada tipo de operadora segundo seu modo de atuação. As regras de garantia financeira editadas pela ANS levam em conta esses fatores. As diferenças, porém, não podem eliminar a exigência de que as operadoras sejam solventes, para ser capazes de cumprir com suas obrigações contratuais, até porque, no mercado de saúde suplementar, existe elevado risco social envolvido e os custos existentes são particularmente elevados. A relação existente entre solvência e garantia da assistência à saúde torna-se, assim, evidente. O objetivo deste estudo é analisar a estrutura patrimonial e financeira das operadoras a partir dos portes definidos na regulação e aqui estratificados para aferir eventuais heterogeneidades, a fim de se avaliar quais as faixas que encontram dificuldades de atender às exigências mínimas de solvência e, com isso, deixar de apresentar viabilidade econômico-financeira. Para tanto, foram utilizados indicadores econômico-financeiros, tendo sido selecionados, diante de sua representatividade, a Sinistralidade, o Índice Combinado e a Liquidez Corrigida. A análise realizada levou à conclusão de que as operadoras com menos de 5 mil beneficiários tendem a apresentar elevado grau de insolvência, o que se constata quando se cruzam esses dados com o resultado da análise do grupo de operadoras em regimes especiais e em plano de recuperação.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito a saúde na reforma do Estado: construindo uma nova agenda.** Tese (Doutorado). 2002. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2002.

Este estudo analisa a concepção constitucional do direito a saúde no Brasil e o atual discurso dos sujeitos políticos envolvidos com o setor saúde, evidenciando as divergências e as identidades existentes entre as matrizes discursivas do Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, da Pastoral da Saúde e da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT - CNTSS/CUT. Defende a tese de que vão ocorrendo alterações nos fundamentos do sistema de saúde, através de reformas incrementais, derivadas do processo de reforma do Estado brasileiro ocorrido na década de 1990. A direção teórica assumida entende que os direitos sociais estão vinculados a uma cidadania ativa e são decorrentes da existência de uma esfera pública que viabiliza a construção de agendas democraticamente pactuadas. Os direitos sociais, e entre eles o direito a saúde, além das garantias legais, são expressões de como as relações sociais se estruturam e influenciam a existência real e concreta no mundo da vida. Com a finalidade de resgatar as semelhanças e as discrepâncias entre as concepções de direito a saúde, trabalha com duas ordens de temporalidade: a época constitucional e o período compreendido entre 1998 e 2001. Como recurso metodológico utiliza o esquema de cooperação textual de Umberto Eco, que permite entender o processo de atualização dos discursos a partir dos artifícios interativos entre o autor e o leitor. Essa dinâmica explica a preocupação com os eixos argumentativos, que são necessários para a construção de uma nova hegemonia na área da saúde. Explicita os interesses e as propostas em curso e aponta as racionalidades que presidem a construção dos discursos sobre o direito à saúde a partir de dois eixos analíticos. O primeiro relacionado aos princípios ético-políticos, que instituem novas contratualidades entre o governo, as organizações da sociedade civil e a família. O segundo eixo, que aponta os argumentos e as propostas que incidem sobre a organização do sistema, envolvendo a gestão, o financiamento e o modelo de atenção a

saúde. As matrizes discursivas do Ministério da Saúde e da ABRAMGE sinalizam para uma alteração do Sistema Único de Saúde em suas diretrizes centrais e redução visível da esfera publica. Constataram-se fortes indícios da reversão do modelo de Estado de Bem Estar institucional-redistributivo, pactuado na Constituição de 1988, para um modelo conservador de bem estar, sinalizando para o retorno ao padrão residual de proteção social. Identificou-se a tendência da remercantilização dos cuidados médicos individuais e a sensível redução da esfera pública. O discurso da Pastoral da Saúde e da CNTSS/CUT reiteram o compromisso original do SUS, com críticas severas ao trato da saúde como um produto mercantil e com a reduzida ênfase no controle social. Veiculam os conteúdos que apontam para um sistema Único de Saúde, igualitário e universal, como um direito de todos e um dever do Estado.

OCKÉ REIS, Carlos Octavio. **Os planos de saúde no Brasil: um estudo sobre o mercado, os gastos e a regulação.** Tese (Doutorado). 2002. Programa, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

Essa tese está organizada a partir de três trabalhos. No primeiro, discutimos o funcionamento do mercado de planos de saúde no Brasil, por um lado, descrevendo sua relação histórica com o Estado e, por outro, abordando sua dinâmica econômica de um ângulo teórico heterodoxo. Fortalece-se o argumento de que o padrão politizado desse mercado (no financiamento e na regulação) e os incentivos governamentais são variáveis determinantes do nível de gasto da população com saúde. No segundo, avaliamos a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 1987 e 1996, onde se identifica a estrutura de gasto e receita das famílias com assistência a saúde. Em particular, analisamos seus gastos com planos, dando atenção aos resultados encontrados para os estratos de renda inferior e intermediária. Pode-se, assim, distinguir o papel singular das políticas de saúde no enfretamento das iniqüidades. No terceiro, refutamos a idéia que defende uma regulação dos planos em favor dos grandes players e do managed care. Ela

é incompatível com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e, por isso, defendemos um tipo de ação regulatória em direção ao fortalecimento da esfera pública. Discutem-se, assim, os possíveis caminhos da ANS no enfrentamento da crise econômica dos planos de saúde, desfazendo a fixação de que o mercado, uma vez fortalecido, vai cooperar com SUS, ao invés de contaminá-lo no marco da desigualdade social crônica.

OLIVEIRA, Renata Cristina Aguiar de. **Implantação de programa de qualidade: um estudo de caso no setor de planos de saúde no Brasil.** Dissertação (Mestrado). 2003. Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

O presente estudo teve como objetivo analisar o programa da qualidade de uma grande operadora de planos de saúde brasileira, a Amil Assistência Médica Internacional. Com base na literatura especializada em qualidade, foram levantadas as propostas de programas de qualidade e foi identificada uma proposta voltada especificamente para o setor de serviços, que serviu como modelo teórico para análise do caso. O estudo de caso foi baseado na identificação dos planos e ações da empresa para garantia da qualidade. O principal foco das entrevistas foi avaliar se os fatores, apontados como críticos na revisão de literatura podiam ser observados na Amil. Apesar de alguns pontos não serem abordados, ou terem uma abordagem parcial, foi possível observar que o programa de qualidade da Amil está em linha com a proposta da literatura.

PENNA, Edison Mendes de Oliveira. **Decisão sob risco: um método de previsão por simulação de Monte Carlo via cadeias de Markov aplicado a um modelo atuarial de saúde.** Dissertação (Mestrado). 2000. Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

O cálculo do prêmio de um seguro, visando a estabelecer um equilíbrio entre receita e despesa, é um problema de decisão que não se formula ao nível de um contrato isolado, mas sim de uma carteira, e exige o emprego de estatística apurada para avaliar o comportamento probabilístico do risco. A Teoria Clássica do Risco estabelece as condições de equilíbrio período a período, partindo da distribuição de probabilidades do sinistro agregado, variável aleatória que representa o montante de desembolsos feitos por uma empresa seguradora. O problema de precificação do risco é modelado como um problema de decisão e estruturado por intermédio de um diagrama de influências e, a chance que representa o sinistro agregado, aplica-se técnicas de previsão com especial ênfase na simulação de Monte Carlo via cadeias de Markov, em particular o amostrador de Gibbs. O método contorna as dificuldades que surgem quando se procura chegar a distribuição do sinistro agregado - modelado segundo a teoria do risco coletivo - por sucessivas iterações do processo de convolução ou derivada de uma particular função geratriz de momentos.

PEREIRA, Jansen Cardoso. **Assistência pública e privada à saúde e suas implicações na economia familiar – Viçosa/MG.** Dissertação (Mestrado). 2004. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa: UFV, 2004.

A diversidade, complexidade e a discutível eficiência do serviço público de saúde no Brasil, representado pelo SUS, que atende a grande maioria da população, fazem com que, cada vez mais, o setor privado esteja conquistando espaço, atendendo aproximadamente a um quarto da população do país. Entretanto, pela revisão dos estudos sobre esta temática, percebeu-se que são poucas as pesquisas desenvolvidas na tentativa de mostrar um paralelo entre o sistema público e o sistema privado, e o que se vê são trabalhos isolados, que não demonstram claramente a realidade e a concepção da população que utiliza os dois sistemas. Além disso, praticamente quase não existem pesquisas que procuram associar esse tipo de serviço com as condições da economia

familiar e, consequentemente, com a qualidade de vida das unidades familiares usuárias dos planos. Assim, demonstra-se a relevância do presente trabalho, que objetivou caracterizar e analisar a situação e implicações do sistema de saúde público e privado da cidade de Viçosa, MG, sobre a realidade cotidiana de seus beneficiários, especificamente sobre a economia do sistema familiar. Para tanto, fez-se uso de uma amostra aleatória de usuários dos Sistemas de Saúde Público (SUS) e privado (PLAMHUV) de Viçosa, MG, de diversas faixas etárias, que variou de 0 a 100 anos. A pesquisa foi do tipo descritivo, trabalhando com o método survey e utilizando a técnica de análise de conteúdo, mediante a coleta de informações documentais, além de dados primários, por meio de entrevistas com a amostra selecionada. Procurou-se não somente examinar como têm funcionado esses planos de saúde, mas a qualidade deles, bem como conhecer o perfil do público beneficiário, o seu grau de informação, a percepção e o nível de satisfação com os respectivos planos e suas implicações na economia familiar, no contexto subadministrativo. A análise dos resultados indicou que o serviço público de saúde encontra-se distante de seus princípios de universalidade, quais sejam: eqüidade e integralidade, legitimando, com isso, a lógica assistencial do setor privado, que, além de não se sustentar com a produção de saúde e do cuidado, apresenta-se segmentado, a medida que não cobre uma parcela da população local, ou seja, de maior grau de instrução, maior renda e inserida em determinadas atividades ocupacionais. Tal situação de seletividade e fragmentação da medicina suplementar, concebida como algo essencial à vida dos entrevistados induziu a que o mosaico público-privado na saúde propiciasse uma plena satisfação das demandas dos usuários, com reflexos negativos sobre a qualidade de vida, considerada o objetivo último da economia familiar. Nesse contexto, sugere-se que sejam reavaliadas as intermediações entre público e privado, pautadas por uma dimensão mais cuidadora, relacional e resolutiva.

PINTO, Paulo Roberto Rodrigues. **Saúde privada e relevância pública: a natureza jurídica dos contratos com as operadoras de planos ou seguros privados de**

assistência à saúde. Dissertação (Mestrado). 2002. Instituição Toledo de Ensino. Bauru: UFRJ, 2002.

Este trabalho tem como objetivo primordial, estudar e analisar os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde, por nós escolhido, considerando-se o grande interesse, tendo em vista que a Constituição reservou grande enfoque a temática da Saúde Pública e privada; as ações de saúde, e a conseqüente afluência, em nossos dias, dos planos e seguros de assistência a saúde, em que convivemos com as virtudes e os defeitos desse instituto, que, embora relativamente novo, já está arraigado na vida do brasileiro. Falamos sobre a ordem econômica na Constituição, bem como sobre a sua história; a livre iniciativa, a propriedade privada, a livre concorrência, a possibilidade do abuso do poder econômico, por essa modalidade contratual e conseqüente tutela estatal, exercida diante da saúde suplementar, com as normas de ordem pública e a autorização, fiscalização e controle, papel reservado a agência de saúde suplementar e ao Ministério Público. Os contratos, enquanto instrumento de acordo de vontades, mantêm posições constitucional e civilista, com a sua comutatividade, a autonomia da vontade e o equilíbrio contratual. Estabelecemos a natureza jurídica, propriamente dita dos contratos com as operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, posicionando o confronto ou antagonismo, aparentemente existente, entre as cláusulas do contrato de saúde suplementar, enquanto instrumento da vontade privada e a relevância pública das ações de saúde, consagrada constitucionalmente. Concluindo, mostraremos as nuances desses contratos, falando de como a sociedade brasileira tem visto a discussão em torno da natureza jurídica desses contratos.

REBELLO, Leda Maria de Vargas. **Texto e argumento, palco e bastidor: artefatos na implementação das políticas regulatórias.** Tese (Doutorado). 2002. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

Essa tese busca descrever o processo de implementação das políticas regulatórias no setor da saúde suplementar, a partir do novo modelo regulatório na administração federal pública brasileira. Focaliza especificamente a agenda da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão que vem atuando como poder normatizador e fiscalizador. Faz a análise dos discursos políticos dos atores relevantes na regulação utilizando o método proposto por Haquira Osakabe, fundado em três atos argumentativos distintos: promover, envolver, engajar. Examina também as notícias veiculadas pela mídia impressa que interpretam e reconfiguram todo esse processo. O campo midiático aparece como um espaço estratégico de produção de saber e de intenções.

RIOS, Renata Ferreira. **Estratégias discursivo-interacionais de impessoalização em atendimentos de serviços.** Dissertação (Mestrado). 2004. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: UFJF, 2004.

O presente trabalho focaliza a fala em interação, em contexto de serviço de atendimento ao cliente via Central Telefônica, e tem por objetivo investigar as estratégias utilizadas pelo (a) atendente na construção o e manutenção de um discurso impessoal e destacar os principais trabalhos de face que sinalizam a qualidade das relações nesta atividade de fala. A unidade de serviço em que as interações telefônicas foram gravadas consiste em um centro de atendimento de um plano de saúde. Adotamos como ponto de partida para a nossa análise algumas das contribuições teórico-metodológicas da Interacional, da pragmática no que tange a Teoria da Polidez de Brown e Levinson (1987) e da análise da Conversa de base etnometodológica. A análise evidenciou que a utilização de estratégias de impessoalização empregadas pelo (a)s atendentes mudança de foco, construção? pois não? e sim senhor? mudança de registro, fala concisa, mudança de tópico – assim como os principais trabalhos de face direcionados a empresa e a (o) cliente? apresentação do ato de ameaça a face como regra geral, uso de voz passiva e nomilização, explicações do tipo? escusa? - têm como função atender aos objetivos

direcionados pelas regras do atendimento, além da agilidade, necessária impessoalidade e a manutenção de um clima agradável entre os participantes.

SÁ PEREIRA, Marcelo Horácio de. **Programas de benefício farmacêutico privados no Brasil e Estados Unidos: uma análise comparativa.** Tese (Doutorado). 2004. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

Esta tese analisa os programas de benefício farmacêutico (PBF's) oferecidos pelas operadoras de saúde suplementar no Brasil e nos planos de saúde americanos. O estudo se desenvolveu a partir de 3 capítulos principais. No primeiro capítulo foi elaborado um modelo que permitisse a comparação entre os diversos PBF's praticados no Brasil e nos Estados Unidos. Para tal foram analisadas as seguintes variáveis: características operacionais dos PBF's; o Sistema de Informação, como uma ferramenta importante para gerenciamento do programa; a adesão ao tratamento e as ferramentas destinadas ao seu controle e ao gerenciamento de doenças crônicas e as ferramentas destinadas ao controle de custo e fraude. No Segundo capítulo foram analisadas as mudanças recentes ocorridas no mercado americano e as implicações sobre os PBF's e sobre o mercado farmacêutico. Foram avaliadas as formas de disponibilização de medicamentos, com destaque para o surgimento e consolidação das empresas de gerenciamento dos PBF?s (PBM? s). As ferramentas de controle de custo e fraude aplicadas, bem como o impacto da não adesão e as iniciativas no gerenciamento de doentes crônicos. No terceiro capítulo foram analisadas as mudanças pelas quais vem passando o sistema de saúde suplementar no Brasil e o mercado farmacêutico nacional. Foi avaliado o surgimento recente das PBM's nacionais e a partir, do questionário e entrevista com 9 das maiores operadoras do Brasil, foram obtidas informações acerca das iniciativas que vêm sendo praticadas no setor.

SALLES, Olavo Ribeiro. **Adaptação das Operadoras de Plano de Saúde de Pequeno Porte ao Plano de Contas Padrão da ANS.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

O mercado de planos privados de assistência a saúde no país compõe-se de diversas modalidades de operadoras: Autogestões, Cooperativas, Medicinas de Grupo, Administradoras, Filantropias e Seguradoras. Essas instituições diferem entre si por diversos aspectos: porte, finalidade lucrativa ou não, com ou sem rede hospitalar própria etc. Apresentam, pois, diferentes peculiaridades que devem ser levadas em consideração pelo órgão regulador. O Plano de Contas Padrão das operadoras, instituído pela a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, pela RDC n° 38, de 27 de outubro de 2000, tem por finalidade não somente uniformizar os registros e normas contábeis, como também permitir a avaliação pelo órgão regulador do desempenho do mercado. O objetivo deste estudo é verificar eventuais problemas de adaptação das operadoras de pequeno porte ao Plano de Contas Padrão da ANS, visando permitir ao órgão receber informação contábil de melhor qualidade. A pesquisa ficou restrita as operadoras consideradas de pequeno porte, pois, por hipótese, são as que devem apresentar maior dificuldade na adaptação ao Plano de Contas em função de sua limitação de recursos se comparadas às operadoras de grande porte. Para tanto, buscou-se fazer um estudo de caso baseado em questionário aplicado a essas operadoras, bem como fazer uma análise dos dados contábeis das operadoras divulgados no site da ANS.

SANCHEZ, Maria Cecília. **Regulação como instrumento de políticas públicas no estado contemporâneo: Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2001. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2001.

A crise do Estado Contemporâneo tem promovido uma reformulação da participação do Estado na provisão, financiamento e regulação de políticas tanto das esferas econômicas

quanto sociais. A reforma regulatória, um potente instrumento público, propicia a abertura para a participação privada em atividades antes desempenhadas pelo Estado. O Brasil passou a interagir com essa agenda a partir de 1995, reorganizando algumas de suas atividades através da instituição de Agências Executivas. A reforma administrativa da saúde privilegiou este modelo e criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com o objetivo de regular o mercado privado de prestação de serviços de saúde. O presente trabalho procura identificar as relações das políticas públicas de saúde com a assistência médica suplementar no Brasil, mostrando os aspectos relevantes da criação e do desenho institucional da ANS, bem como suas relações estabelecidas com as operadoras, os consumidores e os prestadores de serviços de saúde. Alem disso, discutem-se a repercussão e o impacto das ações da Agência junto aos diferentes atores: públicos, privados e outros segmentos sociais envolvidos. A primeira etapa da investigação dos objetivos propostos baseou-se em pesquisa bibliográfica, que fundamentou o marco referencial teórico e permitiu a seleção de conteúdos históricos de influências. A segunda etapa do estudo teve como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa, que abrangeu 12 entrevistas realizadas, através de formulários semi-estruturados, com representantes de instituições que têm uma vinculação significativa com o tema. As informações obtidas foram agrupadas em quatro blocos temáticos. A mudança substantiva introduzida pela reforma regulatória diz respeito a normatização estatal dos planos de saúde comercializados pela assistência privada, dos quais participam ¼ da população brasileira, envolvendo recursos da ordem de R$ 22 bilhões por ano. A criação da ANS foi considerada, pelos diversos atores sociais, uma medida positiva e que deu credibilidade aos atos normativos. Para os entrevistados, o recorte regulatório baseado na padronização do produto focalizou os interesses dos consumidores e teve como resultado quase que imediato à eliminação do mercado de empresas sem solidez financeira. Embora este mercado encontre-se em acomodação, foi apontada a tendência de uma competição entre as diversas modalidades existentes. Por fim, detectou-se que há um vazio normativo entre as relações estabelecidas entre

operadoras, prestadores de serviços e o Sistema Único de Saúde que requer revisão, pois este fato acaba influenciando o resultado final da assistência médica.

SANTOS, Fausto Pereira dos. **A regulação publica da saúde no Brasil: o caso da saúde complementar.** Tese (Doutorado). 2006. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP, 2006.

O trabalho analisa o processo de implantação da regulação pública no setor de saúde suplementar, entendendo a regulação como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Tendo como marco a edição da Lei 9656/98, que regulamenta a saúde suplementar no país, discute as tensões anteriores e posteriores à lei, caracteriza o posicionamento dos atores envolvidos, os normativos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), classificando-os quanto às dimensões do processo regulatório: econômica, assistencial e da estrutura e operação do setor. Apresenta as principais mudanças provocadas pela regulação nestas dimensões e discute as lacunas identificadas no processo regulatório da saúde suplementar. As principais mudanças identificadas foram: a) A mobilidade da rede de serviços visando a sua redução, racionalizando-as e buscando a redução de custos; b) Redução do número de empresas que, anteriormente ao processo regulatório, apresentavam uma entrada constante de operadoras sem sustentabilidade, em função de dois movimentos: declínio das operadoras ativas e o aumento das operadoras canceladas; c) O número de beneficiários apresentou estabilidade nos planos médico-hospitalares, crescendo 3,7%, e grande expansão dos planos exclusivamente odontológicos (109,3%), nos últimos cinco anos. Dentre os médico-hospitalares, cresceram as Cooperativas Médicas (31 %), as Filantrópicas (6,7%) e Medicinas de Grupo (6,4%). As reduções ocorreram nas Seguradoras Especializadas em Saúde, cerca de 1,5 milhões de beneficiários (-25,1%) e no setor de Autogestões (-7,4%); d) A base da pirâmide dos beneficiários é sensivelmente mais estreita, enquanto o ápice é mais

largo, proporcionalmente à pirâmide da população geral. O setor de saúde suplementar concentra mais idosos proporcionalmente e um número menor de jovens. Ocorreram mudanças na distribuição das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se a população de jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população de inserção recente no mercado de trabalho (20 a 29 anos) e aquelas acima de 40 anos; e) Um decréscimo do número de beneficiários nas operadoras menores de 10 mil beneficiários. As demais operadoras aumentaram seus beneficiários, alterando sua participação percentual. Aquelas de maior porte, acima de 200 mil, beneficiários aumentaram sua participação relativa; t) Cresceu a participação dos planos novos, sujeitos à legislação específica e ao controle da ANS. Em 2000 os planos novos representavam 37%; em 2003 chegaram a 50%; e a cerca de 60% em 2005; g) Um processo de coletivização da forma de adesão dos beneficiários aos planos de saúde; h) A principal mudança no formato de regulação assistencial foi a cobertura dos planos de saúde incluindo a obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças do cm 10, e a edição de um rol mínimo de procedimentos. A assistência prestada pelas operadoras atende a todo o rol de cobertura definido. As lacunas do processo regulatório identificadas foram: aspectos concorrências e de transparência da operação no setor, a relação público e privado e a auto-suficiência do setor, o modelo de atenção à saúde, a existência de planos anteriores à regulamentação, a insuficiência de alguns Sistemas de Informações e os institutos públicos fora da regulamentação.

SANTOS, Isabela Soares. **Planos Privados de Assistência à Saúde no Mundo do Trabalho.** Dissertação (Mestrado). 2000. Fundação Oswldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2000.

A intenção deste trabalho é compreender, por meio do entendimento das articulações entre os órgãos e instituições específicos do setor, o modelo de assistência à saúde ao trabalhador e entendê-lo diante da forma com que a atenção à saúde é proporcionada

aos demais brasileiros. O estudo realizado divide-se em três grandes eixos. Um primeiro de pesquisa bibliográfica, portanto mais teórico sobre as políticas de assistência à saúde do trabalhador, que inclui ainda uma recuperação dos acontecimentos históricos das políticas de saúde do trabalhador no Brasil como base para a compreensão dos atuais instrumentos de regulação desse setor, bem como os atores e instituições envolvidos; o segundo concentra uma pesquisa de campo, onde se observa e analisa como a assistência à saúde é proporcionada, na prática, ao trabalhador, em três casos considerados significativos: três grandes empresas do ABC paulista. O terceiro e último grande eixo concerne à relação entre o presente modelo de saúde brasileiro e a discussão anterior, visando a situar o setor público e privado de assistência à saúde no contexto de Reforma do Estado e de aumento do mercado de trabalho informal, pelo qual o país vem passando desde a década de 1990. Buscou-se, assim, contribuir com material para que se possa, com novos estudos que complementem este, elaborar políticas públicas que apresentem resultados mais coerentes com as necessidades da população brasileira.

SCATENA, Maria Ângela Nogueira. **O ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

Com o início da implantação das políticas regulatórias em saúde suplementar, com o advento da Lei 9656/98 e a criação da ANS através da Lei 9661/00, diversos institutos foram criados com a finalidade de regulamentar as práticas deste mercado. Dentre estes, ocorreu a regulamentação do chamado Ressarcimento ao SUS (artigo 32 da Lei 9656/98), com a finalidade de retornar aos cofres públicos os gastos por estes suportados no financiamento da assistência a beneficiários de planos privados de assistência médica hospitalar. Dentre os processos criados com a finalidade de

implantar o referido ressarcimento foram criados o Cadastro de Beneficiários da ANS e um sistema de cruzamento de dados entre este cadastro e a faturamento das contas hospitalares do Sistema Único de Saúde. Às informações obtidas com estes procedimentos juntam-se informações relativas ao Cadastro de Operadoras e Cadastro de Produtos. A partir destas informações realizamos o presente estudo, comparando a morbidade segundo a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, separando os beneficiários segundo vinculação a planos anteriores ou planos posteriores ao advento da Lei 9656/98. Esta distinção entre beneficiários vinculados a planos anteriores ou posteriores foi realizada com o objetivo de verificar se o perfil de utilização do sistema Único de Saúde altera-se, no passar do tempo, e se altera quais são as mudanças ocorridas. Foi possível observarmos que é identificada pequena quantidade de AIH em relação ao total de internações realizadas no Sistema Único de Saúde, mas que estas têm valores médios mais elevados. Observamos ainda que, aparentemente existe seletividade para a escolha da cobertura assistencial contratada, tendo ocorrido uma diminuição dos cadastros de beneficiários de planos com cobertura para obstetrícia no estado de São Paulo, com o conseqüente aumento das internações para o capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério no Sistema Único de saúde em São Paulo.

SILVA Jr., Dercio Santiago da. **A regulação do segmento de saúde suplementar: o impacto da mídia na construção de dimensões de desempenho relevantes para o usuário.** Tese (Doutorado). 2003. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

O presente trabalho busca evidenciar que a prestação de contas da tarefa confiada ao órgão regulador do setor de saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, está limitada às dimensões construídas, conjunto menor que aquele julgado relevante pelos técnicos e operadores do segmento. Para tanto, confrontou-se o

rol das dimensões de avaliação de desempenho para o segmento produzidas pela interação dialógica entre a mídia e a sociedade e o elaborado a partir de entrevistas feitas com os participantes especialistas do setor: gerentes da Agência, de operadoras de seguros saúde e de prestadores de serviços de saúde. Foram utilizados jornais de grande circulação do Rio de Janeiro e de São Paulo. Os resultados indicam que a mídia não apresenta um conjunto de dimensões tão completo quanto o indicado pelas entrevistas. As dimensões ausentes são, tipicamente, as de maior complexidade técnica e que exigem uma percepção sócio-econômica sistêmica do segmento. Duas exceções - a necessidade de reserva técnica e a de manutenção de relação preço-custo viável, entretanto, indicam a possibilidade de desenvolvimento pró-ativo do elenco de dimensões utilizadas pelo usuário comum e pela sociedade, de modo a tornar mais efetivo o controle da atividade do órgão regulador pela sociedade.

SILVA, Hudson Pacífico da. **Regulação econômica do mercado de saúde suplementar no Brasil.** Dissertação (Mestrado). 2003. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP, 2003.

O presente trabalho analisa os mecanismos adotados pela esfera pública para regular o mercado de saúde suplementar no Brasil. Para tanto, resgata o debate sobre as mudanças nas funções do Estado contemporâneo e suas relações com os principais conceitos da teoria econômica sobre o tema da regulação e as especificidades do setor saúde; apresenta um levantamento dos sistemas de saúde e da regulação da saúde suplementar em quatro países representativos da recente experiência internacional no continente americano; identifica a trajetória de expansão da saúde suplementar no Brasil, procurando caracterizar o perfil da oferta e da demanda por planos privados de assistência à saúde; e discute o processo de construção da política regulatória, identificando as principais inovações trazidas pela legislação nacional. Os resultados do trabalho mostram que, apesar de diversos avanços obtidos no período 1998-2003, a

regulação do mercado brasileiro de saúde suplementar não foi capaz de equacionar positivamente diversas questões importantes, conformando um conjunto amplo de desafios estratégicos que precisam ser encaminhados com urgência pelo setor público no sentido de garantir a própria sustentabilidade do mercado.

SILVEIRA, Luciana Souza da. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

Este trabalho tem como objetivo mostrar que a implementação de medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde pode conceber modelos mais compatíveis com as necessidades de bem-estar dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, além de apontar saídas para o reordenamento da situação econômico-financeira das empresas operadoras desses planos. Para tal, inicialmente, são feitas abordagens históricas e de caracterização da conjuntura da saúde suplementar no Brasil e, em seguida, apresentados conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como suas aplacações em sistemas públicos e privados de saúde no exterior e no Brasil.

SIQUEIRA, Bernardo Sicsú. **Seguro saúde no Brasil dos anos 90: uma análise da competição empresarial como subsídio ao desenvolvimento da experiência regulatória.** Tese (Doutorado). 2002. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

A presente Tese analisa, no quadro das transformações ocorridas no Brasil ao longo da década de 90, os termos da competição econômica no segmento seguro saúde e seus desdobramentos face à experiência regulatória. As mudanças operadas na esfera do

setor de prestação de serviços se projetaram no sistema financeiro, atingindo o sistema bancário e as empresas seguradoras. Na seqüência, essas mudanças alteraram um produto financeiro específico: o seguro saúde. Assim, os padrões de competição entre as empresas seguradoras atuantes nesse segmento demandam uma atenção especial no processo de regulação da assistência à saúde. No final dos anos 90, o Estado brasileiro inaugura um sistema de regulação do setor de saúde suplementar que, em seu desenvolvimento, pode dispensar atenção especial à estrutura do mercado, ao padrão de competição empresarial e à configuração do produto seguro saúde.

TAKATORI, Ricardo Sussumu. **Desenvolvimento de modelos de custos para o plano de referência básica de uma operadora de plano de assistência à saúde, através do sistema de custos padrão e do sistema ABC – Activity Based Costing: um estudo de caso.** Dissertação (Mestrado). 2002. Centro Universitário Álvares Penteado. São Paulo: FGV, 2002.

A inexistência de estudos acerca da aplicação das Ciências Contábeis nas atividades das operadoras de planos de saúde criou uma motivação no sentido de desenvolver o presente trabalho. A legislação que regulamenta a atividade desenvolvida pelas operadoras de planos privados de saúde, ação rígida a ponto de fixar um Plano de Contas Padrão, para todas elas. A falta de um modelo conceitual de custeamento básico, para as operadoras de planos de saúde, é definida como problema do segmento em estudo. No capítulo segundo, o custeio baseado em atividade - ABC, o custo-padrão e o custo hospitalar são devidamente referenciados, através da pesquisa bibliográfica efetuada. Os eventos hospitalares são a base do produto que constitui o plano de referência básica, cujo modelo de custo é referenciado no capítulo três. As considerações finais que concluem o presente trabalho são apresentadas no capítulo quarto. Todas as informações acerca do segmento dos Planos Privados de Saúde, histórico e organizações incluindo-se os dados econômico-financeiros do segmento e

operacionalização de uma unidade hospitalar, são referenciadas no apêndice. Informações relativas ao plano de contas utilizadas pelas OPS e fixadas pela ANS estão no anexo.

TIRADO Bustillos, Noemi Sandra. **Diseño de un curso a distancia de bioseguridad** Dissertação (Mestrado). 2001. Universidad Mayor de San Andres. La Paz: UMSA, 2001.

Las nosmas de bioseguridad no son empleadas conscientemente por los laboratorios de investigación y asistenciales en nuestro medio debido a muchos factores, dentro de los cuales podemos mensionar el desconocimiento de las normas, el desconocimiento de las sustancias que son tóxicas y finalmente por el poco control que ejercen los responsables de los laboratorios. Por otro lado el desecho de sustancias tóxicas no está reglamentado y no se controla la menera de desechar estas sustancias, tal es así que muchos elementos químicos son desechados a las alcantarillas, y su destino final son las aguas de desecho doméstico, contaminando los ríos. Estos ríos finalmente son utilizados como regadios de las zonas de producción de verduras y otros alimentos. Con el propósito de contribuir a mejorar e incrementar el empleo de normas de bioseguridad por el personal de riesgo de laboratorios de diagnóstico e investigación que manejan material biológico que potencialmente puede estar contaminado, además la manipulación de sustancias tóxicas, se han diseñado un curso a distancia de bioseguridad. Esta metodología a distancia permite resolver problemas de masividad, espacio y tiempo, llevando el conocimiento más actualizado y pertinente a los interesados, sin tener que ausentarse de su entorno laboral y familiar. Analizar las normas de bioseguridad establesidas para laboratorios en instituciones de otros paises y nacionales. El programa de curso a distancia sobre bioseguridad en laboratorios de investigación y asistenciales se han diseñado en base al análisis de las normas de bioseguiridad establecidas para laboratorios en instituciones de otros países y nacionales. Una vez implementado el curso de bioseguridad a

distancia, analizando los resultados, del aprendizaje de los adecuados, valorando el nivel de satisfacción de los interesados, otros profesores y directivos involucrados, se hará las modificaciones pertinentes según las deficiencias identificadas para mejorar la calidad del curso. Además, se podrá tomar como modelo para diseñar cursos a distancia en otros temas de interés.

UNGARETTE, Márcia Regina. **Contrato de gestão – uma das formas de controle das agências reguladoras pelo governo: o caso da ANS.** Dissertação (Mestrado). 2004. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004.

Este trabalho constitui um esforço para a compreensão do contrato de gestão como um instrumento válido de acompanhamento e avaliação do desempenho das agências reguladoras, considerando a reforma do aparelho do Estado proposta (e não completada) pelo governo FHC, a partir de meados dos anos 90, e segundo a perspectiva da relação agente-principal e das formas de representação e controle da sociedade sobre o Estado, desenvolvidas por Adam Przeworski, e, de modo mais restrito, da relação de autoridade presente na teoria dos custos de transação de Williamson. Para esse estudo foi realizada uma revisão da literatura disponível sobre o tema e enfocada a experiência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador do setor de planos privados de saúde, com os contratos de gestão 2000/2001 e 2002/2004. Ao final do trabalho, sugere-se a necessidade de um enfoque alternativo às metas e aos objetivos do contrato de gestão da ANS, que incorporem a dinâmica de transformação econômica e institucional do setor de saúde suplementar.

VILARINHO, Paulo Ferreira. **A formação do campo da saúde suplementar no Brasil.** Dissertação (Mestrado). 2003. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

O presente estudo tem por objetivo analisar a evolução dos fatores histórico institucionais que ensejaram o atual desenho do campo da saúde suplementar no Brasil, tendo, por principal base teórica, a teoria do poder simbólico, de Pierre Bourdieu, complementada, nos seus aspectos não colidentes, com a visão institucional de Anthony Giddens sobre as motivações da gênese dos campos. A pesquisa utilizou o método da análise de documentos e entrevistas semi-estruturadas, aplicadas no período entre 2002 e 2003, envolvendo a análise qualitativa dos dados coletados com vistas à compreensão dos fenômenos estudados, segundo a perspectiva dos atores. Neste sentido, a pesquisa identifica os vários atores que integram o campo e os respectivos objetivos estratégicos externalizados, inferindo sobre aqueles nem sempre evidentes, além dos recursos de poder utilizados para alcançá-los, segundo a abordagem institucional de DiMaggio e Powell, procurando mostrar, por meio de uma descrição histórica linear, com cortes nos fatos determinantes, a evolução da constituição do campo. Ao final, o estudo demonstra que o campo da saúde suplementar se formou a partir de inúmeras ações do Estado, principalmente após a última década de setenta, como fruto de uma estratégia alternativa de disseminação dos serviços de saúde à população brasileira, fortalecendo a institucionalização de estruturas isomórficas dotadas de alto grau de interação e uma hierarquia entre valores e crenças, inerentes ao campo, dentre os quais sobressai o símbolo da saúde como intrínseco à cidadania. O estudo avalia que os fenômenos da crescente longevidade da população brasileira e a conseqüente desalocação do mercado de trabalho poderão acarretar uma elitização do campo da saúde suplementar representando um grave problema futuro para este sensível segmento da política social do governo do Brasil.

WAJNGARTEN, Aron. **A universalidade, a assistência integral e os planos privados de atendimento à saúde.** Dissertação (Mestrado). 2002. Instituição Toledo de Ensino. Bauru: UFRJ, 2002.

O trabalho principia examinando os direitos fundamentais ao longo do tempo, conceituando-os, apresentando suas principais características, bem como a sua previsão constitucional, realçando dentre eles o direito a vida, a dignidade da pessoa humana e a saúde. Ganham destaque no texto o atendimento a saúde, prestado pelo Estado, através do Sistema Único de Saúde, como também o realizado na esfera privada, através das denominadas operadoras de saúde. Serão apresentados os aspectos históricos relativos ao surgimento e evolução dos planos de saúde, a sua regulamentação proporcionada pelo Estado, o enquadramento no contexto econômico, a sua normatização e adequação ao Código de Defesa do Consumidor, principalmente no que diz respeito às cláusulas abusivas. Ao mesmo tempo serão analisados os poderes normativos das agências e órgãos governamentais, até mesmo a validade de suas determinações. De acordo com a previsão legal também será abordado o ressarcimento devido pelas operadoras de planos de saúde privada ao Sistema Único de Saúde em decorrência do atendimento de um conveniado na rede pública, bem como as exclusões oriundas de contrato e o conseqüente atendimento do paciente pelo SUS. Finalmente, serão apresentadas as conclusões mais importantes que foram expostas e debatidas ao longo do texto.

WANICK, Alexey Thome de Souza. **Seleção adversa risco moral e regulação de mercado de saúde suplementar.** Dissertação (Mestrado). 2002. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

Analisa a relação existente entre a regulação dos preços e coberturas dos contratos dos planos de saúde no mercado de saúde suplementar, os problemas de risco moral e seleção adversa.

WEYNE, Sergio de Carvalho. **Impacto da sistematizacäo de uma prática de promocäo de saúde dos procedimentos clínicos em um atendimento coletivo**

privado. Tese (Doutorado). 2003. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

O objetivo deste trabalho foi o de fazer uma avaliação do impacto produzido pela adoção de uma nova sistemática de atenção baseada no paradigma de promoção de saúde, em um sistema odontológico coletivo privado. Por essa razão, os dados de um levantamento realizado nos registros gerenciais da carteira de usuários do Rio de Janeiro de uma empresa de planos de saúde, entre os anos de 1998 e 2003, foram tratados estatisticamente e analisados. No delineamento da pesquisa, foram considerados três períodos distintos: o de pré-intervencäo (período 2) e o de pós-intervencäo (período 3). O mês de maio de 2003 foi tomado como referência para a análise dos resultados, por tratar-se do ponto mais distante do fato observado e para o qual, existiam registros disponíveis. Para o tratamento estatístico, foi usada uma análise exploratória dos registros relativos a diversos procedimentos clínicos executados durante o atendimento dos usuários do plano de saúde, sendo construídas, para isso, médias-sínteses e tabelas, com seus respectivos gráficos. Os dados apurados, mês a mês, foram analisados, via modelo de regressão linear simples e estratificados em função dos períodos de pré e pós-intervencäo (1 e 3). Houve preocupação em identificar os perfis (padrões) da série para tentar comprovar a hipótese de que a nova influenciaria o número e a predominância dos tipos de procedimentos clínicos realizados durante o atendimento dos usuários. Através dos resultados obtidos, foi possível concluir que as mudanças paradigmáticas e da sistemática do atendimento impactaram, positivamente, na atenção odontológica oferecida, tendo dado ao sistema um maior potencial de controle da atividade das doenças, além de levar a uma redução na quantidade geral de procedimentos restauradores realizados e de influenciar na escolha do tipo de restauração a ser inserida. Foram detectadas, também, importantes diminuições no quantitativo de cirurgias periodontais e de tratamentos endodônticos.

ZOCRATTO, Keli Bahia Felicissimo. **A influência dos planos de saúde privados no mercado de trabalho do cirurgião-dentista em Belo Horizonte: uma visão dos representantes das classes odontológica e empresarial.** Dissertação (Mestrado). 2001. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

Assunto pouco difundido na Odontologia e de bastante repercussão na atualidade, os Planos de Saúde Privados Odontológicos foram o tema abordado neste estudo. Com o propósito de realizar uma análise descritiva da influência que estes planos têm/terão sobre o mercado de trabalho do cirurgião dentista em Belo Horizonte, foram realizadas entrevistas com os representantes das classes odontológica e empresarial para apreender suas percepções sobre tal assunto. O roteiro de entrevista foi elaborado de forma que os entrevistados relatassem sua vivência acerca do mercado de trabalho para, posteriormente, abordarem a questão dos planos privados odontológicos. Foi unânime a posição de todos os entrevistados em relação a historicidade do mercado de trabalho, mostrando o processo de socialização da odontologia. Em relação às perspectivas de crescimento das empresas prestadoras de serviços odontológicos e de sua influência no mercado de trabalho do dentista, houve divergências de posições entre os participantes das entrevistas. Concluímos, portanto, que na odontologia, assim como na medicina, a terceirização dos serviços é um fato inegável e que a presença dos planos de saúde, neste mercado, estão apenas consolidando uma situação na qual o profissional perde, cada vez mais, a autonomia sobre seu produto.

ZUCCHI, Paola. **Seguro saúde no Brasil: tendências de consumo.** Tese (Dissertação). 2002. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2002.

Objetivos: Verificar a tendência do seguro saúde enquanto atividade econômica. Verificar quais são as conseqüências da nova regulamentação sobre as seguradoras. Métodos: Foram realizadas entrevistas em uma amostra intencional de companhias de

seguros, situadas no Município de São Paulo, para a coleta de dados, através de dois questionários. O primeiro foi destinado à coleta de informações sobre a empresa como um todo e sobre ramo seguro saúde, em especial. O segundo foi estruturado para coletar dados sobre a interferência da nova regulamentação do setor de medicina supletiva sobre o seguro saúde. O período desta pesquisa refere-se aos anos de 1996 a 2000. Resultados: Quando questionadas sobre a companhia de seguro como um todo, A, C e D afirmaram ter resseguro desde a fundação das empresas. Quanto ao crescimento do número de beneficiário do ramo saúde, a empresa A teve uma amplitude de variação de (11) a 27% com uma média de 8% de crescimento no período. A empresa B variou de 3 a 55% com uma média de 23% e a D, variou de 3 a 21% com uma média de 10% de crescimento. A empresa A teve uma amplitude de variação do seu prêmio de R$54,62 a R$97,54 com uma tendência crescente no decorrer do período de 5 anos; a empresa B, variou de R$275,00 a R$395,00, aumentando seu prêmio nos 3 primeiros anos e diminuindo nos 2 últimos. A empresa C teve prêmio médio per capita de R$92,19 em 2000 e a D, variou de R$66,00 a R$93,00 e apresentou também crescimento no período de 4 anos. O faturamento anual por beneficiário do seguro saúde. Podemos observar que a empresa A teve uma amplitude de variação de R$655 a R$1.170, com faturamento crescente no período. A empresa B variou de R$3.300 a R$4.740. A empresa C teve um faturamento anual por beneficiário de R$1.104 em 2000 e finalmente, a empresa D variou entre R$788 e R$1.113, apresentando faturamento crescente no período. conclusão: A amostra aqui estudada representou no ano de 2000, 14% do total das empresas identificadas pela ANS, cerca de 50% do faturamento, 45% do total de beneficiários de seguro saúde no país e 1,6% do total da população brasileira. Antes de qualquer coisa é importante salientar que essas empresas ainda não possuem um sistema de informações gerenciais que possibilite uma maior análise. Todas as empresas da amostra apresentaram um importante aumento do faturamento do ramo saúde e do número de beneficiários e em todas há uma nítida predominância dos planos-empresas.

8.1.3. Livros e Capítulos de Livro

AKERMAN, Marco; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do (org.). **Promoção da saúde e prevenção de doenças.** Coleção Temas Interdisciplinares. São Paulo: Mídia Alternativa, Centro de Estudos de Saúde Coletiva, 2004-2005. v 4.

A organização do material deste livro obedeceu a seguinte lógica: (1) identificação das doenças, problemas e agravos de maior incidência e prevalência no Brasil: hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, obesidade, uso de álcool e drogas, cânceres de mama, próstata, pulmão, pele e colo do útero, desnutrição, AIDS/DST, gravidez na adolescência, hepatites virais, doenças congênitas e parasitoses; (2) preparo das histórias relacionadas com cada um destes problemas e doenças que indicassem medidas e atitudes relacionadas com prevenção primária, diagnóstico precoce, redução de danos e reabilitação e que indicam êxitos e insucessos na tomada de medidas promocionais ou preventivas para enfrentar causas, riscos e danos associados com as doenças e problemas em questão. Além da contribuição ao conhecimento que este material poderá trazer, ele serve também como material instrucional para o processo de ensino-aprendizagem a ser desenvolvido em cursos da saúde coletiva quando abordarem o tema da prevenção e promoção. Este livro pretende difundir a mensagem de que se os cursos da área da saúde nuclearem seu conteúdo para enfrentar causas, riscos e danos, de pelo menos estes 17 problemas e doenças que acometem a população brasileira, estaremos não só melhorando em muito a saúde do povo brasileiro, como também, colocando na rua um conjunto de profissionais mais identificados com as necessidades das pessoas e dos serviços de saúde.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS passo a passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo/Sobral : Hucitec/ Edições UVA, 2001. 279p.

Revisão sobre as origens do sistema de saúde até a formação do SUS, sua regulamentação com enfoque ao financiamento. Faz importante análise comparativa das diferentes Normas Operacionais que orientam o financiamento do sistema.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Anuário ANS: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: 2005.**

Com o Anuário ANS, estamos proporcionando dados econômico-financeiros estruturados e disponíveis no nosso sistema de informações, buscando aprimorar o conhecimento sobre o setor, prevendo desde já enormes ganhos, diretos e indiretos, no monitoramento dos indicadores de interesse do setor da saúde suplementar. É, portanto, com grande satisfação que apresentamos esta edição, onde o leitor encontrará, em linguagem simples e direta, dados fundamentais para o conhecimento desse mercado, resultado de um excelente trabalho coletivo que vem reforçar o papel da ANS como agente de mudança na busca de um setor socialmente justo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar: 2005.**

A regulamentação da saúde suplementar no Brasil alterou de forma significativa a rotina das operadoras. A Agência Nacional de Saúde Suplementar vem desenvolvendo um esforço de qualificação e, no caso específico desta publicação, de coleta, sistematização e análise de dados econômico-financeiros, conseguindo com isto delinear o perfil dessa área de atividade com uma consistência cada vez maior. Após uma rigorosa análise desses dados pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras da ANS, apresentamos a primeira edição do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. Nosso objetivo é fornecer um retrato fidedigno da realidade econômica e estrutural do

setor. Propomos desta forma, uma análise acessível a toda a sociedade, que contribua de forma relevante para o debate nacional e que resulte na proposição de ações e soluções que tornem as operadoras de planos de saúde mais seguras e, conseqüentemente, aptas a cumprirem suas obrigações com seus clientes e prestadores.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Gestão 2000 – 2003: 4 anos da ANS.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

Descreve-se neste Relatório de Gestão a trajetória da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS –, desde a sua criação, em dezembro de 1999. Com este trabalho, a Diretoria Colegiada informa à sociedade brasileira as razões da constituição de um órgão de regulação para o setor de saúde suplementar e como esse empreendimento foi realizado, cumprindo-se, assim, os requisitos de transparência e de contribuição ao conhecimento que se devem cumprir no exercício gestor para todas as instituições do Estado. Contemplam-se a história da instituição, os motivos da regulação e as etapas vencidas até cada realização.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2001.

Esta apresentação tem por finalidade oferecer uma panorâmica sobre os primeiros meses de atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, caracterizados pela organização e regulamentação do setor de saúde suplementar no país, setor que ao longo de mais de 30 anos operou fora da esfera de controle do Estado e, portanto, da sociedade. Apesar de influenciar a vida de aproximadamente um quarto da população brasileira e movimentar recursos anuais, estimados em 23 bilhões de reais, o setor privado de assistência à saúde esteve, durante todo esse período, por sua conta, agindo

segundo sua própria lógica e estabelecendo suas próprias regras, praticamente sem interferência governamental. As primeiras tentativas de definir e enquadrar o setor datam do início dos anos 90. Contudo apenas em 1997 passou a integrar a agenda da sociedade e do Governo, resultando na regulamentação em junho de 1998, processo intensificado depois da efetiva implantação da ANS, em abril de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: ANS, 2001.

Qualquer avaliação da ação da ANS na regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, assim como dos impactos mais gerais da regulação no setor de saúde suplementar, deve considerar as estratégias de implementação definidas por seus marcos legais: a lei 9.656/98, a MP 1.661/98 (hoje MP 2.097) e a lei 9.961/00. Definidas a partir da realidade do setor, que se desenvolveu num período de mais de trinta anos sem estar submetido a qualquer regulamentação específica, e revistas ao longo do próprio processo como decorrência natural do maior acúmulo de informações sobre o setor, elas estabelecem as dimensões de atuação da ANS, base, portanto, da avaliação de sua atuação e dos impactos e perspectivas da regulação num sentido mais amplo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

Discute a regulamentação do setor privado no Brasil, os desafios atuais da regulação e os impactos da regulamentação no modelo de gerenciamento.

MONTONE, Januário. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. In: MONTONE, Januário e CASTRO, Antônio Joaquim Werneck de (org.). **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003.

Este livro apresenta o histórico e evolução do modelo de regulação, descreve a lei 9.656/98, a criação da ANS e a evolução da regulação, bem como os desafios estratégicos e conjunturais para a regulação do setor no Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

A coletânea Regulação e Saúde, fruto dessa união de esforços entre o Governo e os Centros de Produção Acadêmica é a primeira publicação nacional destinada a examinar de forma abrangente o setor de planos e seguros-saúde. Organizada de maneira democrática, uma vez que alguns dos conceitos lançados não explicitam necessariamente o pensamento da ANS, guarda a especial importância de seu pioneirismo (e aqui o leitor deve atentar que estes primeiros textos referem-se a um trabalho anterior de estruturação de um órgão regulador ainda sem a riqueza de informações de que hoje dispomos) e do esforço coletivo em lançar luzes sobre um setor, que aflorou nos últimos 40 anos longe da vigilância do Estado e, portanto, da própria sociedade.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde: Planos Odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002**.**

O presente trabalho – Planos Odontológicos: Uma Abordagem Econômica no Contexto Regulatório – realizado por dois técnicos da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras desta Agência, visa a suprir uma lacuna que, ao traçar um painel sobre o crescente mercado de planos odontológicos de assistência à saúde, lança luzes importantes para esse segmento, que ainda apresenta um nível de informação muito incipiente sobre sua extensão e limites. O texto, portanto, não pode ser entendido como uma versão oficial da ANS sobre a questão. Mas sua publicação visa, sobretudo, a estimular e enriquecer o debate de idéias sobre o segmento de planos odontológicos e a propiciar aos pesquisadores do assunto um novo ponto de vista, favorecendo a reflexão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003 - Tomo 2. In: CASTRO, Antônio Joaquim Werneck de e MONTONE, Januário (org.). **Série Regulação e Saúde** - Vol. 3 - ANS/2003.

Este livro publica parte dos trabalhos científicos de pesquisadores que, a convite da ANS, discorreram sobre temas considerados os mais relevantes para contribuir para a avaliação dos avanços, dos recuos e das dificuldades porque passa o setor da saúde suplementar.

BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio

Manoel (org) **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. parte III, cap. 13, p. 407-449.

A universalidade do acesso à saúde proposta pelo SUS já foi considerada como utópica e, como tal, desacreditada, tendo sido permanentemente confrontada pelo setor privado da atenção à saúde e seu custo abusivo para bancar novidades em tecnologia e gerenciamento. Assim, inclusão e exclusão passam a ser expressões correntes na justificativa da combinação entre dois estratos aparentemente contraditórios. É apresentada a expansão da cobertura da cobertura e a privatização da assistência médica da Previdência Social e segue com o reordenamento do modelo de universalização e a segmentação entre demanda e oferta de assistência. O período desenvolvimentista com a simultânea expansão da cobertura e a privatização da assistência à saúde, notadamente via empresas de planos de saúde, a constituição dos Institutos de Previdência Privada e da rede médico-hospitalar de assistência e a privatização da assistência médica previdenciária com a resultante incorporação de segmentos da população até então excluídos da cobertura oferecida são analisados na primeira parte do capítulo. A segunda parte do texto discute a universalização e a exclusão como componentes que pressionam o sistema de saúde brasileiro, visto que ainda persiste uma forte presença de hospitais privados e médicos em clínica privada na rede de serviços e que, simultaneamente, atuam no SUS em uma convivência conflituosa e preconceituosa. A autora conclui que as barreiras de acesso à rede de serviços públicos tendem a ser derrubadas, que a formalização do direito à saúde na legislação e a descentralização da gestão são irrevogáveis, que a convivência entre o setor público e o privado fica preservada e que parte da população que teria o SUS como única alternativa de assistência à saúde passou a utilizar serviços por reembolso direto.

BANCO MUNDIAL. Brazil. **Governance in Brazil's Unified Health System (SUS).** Fevereiro, 2007, Washington, USA.

Analisa a alocação, Gestão e Planejamento, e execução orçamentária dos gastos públicos em todas as esferas, inclusive nos prestadores de saúde do setor privado. Faz importante discussão sobre os gastos públicos, tentando avaliar a ineficiência destes gastos, e a capacidade de manter os mesmos com a equidade, a partir da implementação do Sistema Único de Saúde.

BARROS, Pedro Pita. **Economia da Saúde:** conceitos e comportamentos. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

Apresenta questões relevantes da questão econômica e alguns temas escolhidos sobre a realidade portuguesa. Pretende introduzir o leitor a forma de pensar do economista aplicado aos problemas do setor saúde.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva (org.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004 284p.

Este livro é composto de três partes: Introdução, que constitui uma contextualização da docência em saúde, procurando problematizar desafios e possibilidades para práticas formativas que sejam favorecedoras da transformação no ensino superior em saúde; a parte 1 abrange um conjunto de tópicos privilegiados pelo grupo em suas estratégias de ensino e pesquisa no campo de formação/desenvolvimento docente, trazendo diferentes perspectivas sobre constituintes do trabalho do professor em saúde, abordando as seguintes temáticas – planejamento, processo ensino-aprendizagem, currículo, metodologias de ensino, metodologias problematizadoras, trabalho em grupo, avaliação, dicotomia básico-profissional em saúde e inserção docente em inovações curriculares. A parte 2 abrange a descrição de propostas de formação que estão em desenvolvimento

em diferentes instituições universitárias – Unifesp, UNICAMP, USP, Unesp além da Universidade Nacional de Córdoba (UNC) e envolvem os docentes da saúde.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; ABDALLA, Ively Guimarães. **Ensino em saúde** : visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte e Ciência, 2005 356p.

Nesta obra são contextualizados os desafios curriculares – integração, metodologias problematizadoras, desenhos curriculares orientados para a comunidade, inserção crítica de novas tecnologias de informação, transformações na avaliação – e aqueles relativos à formação docente – suas práticas pedagógicas, concepções sobre docência, ensino, aprendizagem e as propostas para o desenvolvimento docente. Esses desafios têm colocado para os profissionais envolvidos no ensino em saúde, novas palavras, novo glossário que, às vezes, os assusta, colocando-os na posição de defensores do modelo tradicional. Ao longo da leitura dos diversos capítulos, visitando experiências, descortinando convergências, surpreendendo-se com a identificação de práticas possíveis de ser implementadas, termos como interdisciplinaridade, humanismo, novas metodologias de ensino-aprendizagem, metodologias problematizadoras, integração ensino-pesquisa-extensão, capacitação docente, avaliação formativa, docência como prática social contextualizada e novas tecnologias de informação e comunicação não mais assustam, perdem sua aura de "modismos" temporários, consubstanciando-se em possibilidades reais de formação em saúde. Contribui para isso a valorização, em diferentes textos, do conhecimento específico, disciplinar do docente, ao qual devem ser agregados continuamente novos conhecimentos específicos, mas também outros saberes que completem a sua formação. Assinale-se como outra contribuição importante a reafirmação presente (subjacente?) em vários de seus capítulos de que, na reforma de currículos, a realidade institucional é ponto de partida para a revisão dos processos educacionais. A importância do trabalho interdisciplinar para o ensino em saúde flui em

quase todos os capítulos da primeira parte do livro, porém é na segunda parte – Desenvolvimento Docente em Saúde: relato de uma experiência -, que se aprende a riqueza de múltiplos olhares na pesquisa, do planejamento aos resultados.

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvo José. **Gestão de custos e resultado na saúde.** São Paulo: Saraiva 3ªed., 2005.

Os autores explicam a teoria da gestão de custos e resultados na saúde, e oferece exemplos práticos para o alcance de equilíbrio financeiro nas instituições.

BORON, Atilio A. **A coruja de Minerva.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 421 p.

Uma reflexão rigorosa e crítica sobre as tensões e os conflitos da complexa relação entre capitalismo e democracia. O livro indaga sobre a invalidação ou confirmação do marxismo na era neoliberal; os dilemas da modernização e os novos sujeitos democráticos; a injustiça e a pobreza na América Latina; e os desafios estratégicos da esquerda no novo século. Atilio Boron é doutor em Ciência Política pela Universidade de Harvard. Autor, entre outros, do livro Estado, capitalismo e democracia na América Latina (Paz e Terra). Secretário Executivo do Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO) e professor da Universidade de Buenos Aires.

CÁCERES VEGA, Edgar O; MORENO SAN JUAN, Miguel Angel. Calidad total en salud. In: CÁCERES VEGA, Edgar O; MORENO SAN JUAN, Miguel Angel. **Etica, calidad total y auditoría médica: ISO 9000**. La Paz, El Gráfico, 2000. p.37-73.

La cultura de calidad viene impregnando las actividades cotidianas, no sólo como conceptos abstractos de belleza, verdad o excelencia, sino en el mismo producto. La calidad, no es un producto que se compra, no es un objetivo que se alcanza y permanece estático, la idea básica de la calidad total, es hacer las cosas bien la primera vez y mejorarlas constantemente.

CARVALHO, Yeda Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; CARVALHO, Yara Maria de et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 149-182.

Este capítulo discorre a respeito do ensino nas profissões de saúde, apresenta uma história dos movimentos de mudança na graduação das profissões dessa Grande Área, pontua como se desenvolve a relação entre as Ciências da Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) e destaca a Saúde Coletiva como espaço necessariamente interessado e privilegiado para a discussão da relevância social e do seu reencontro com o caráter técnico e científico da formação dos profissionais de saúde. Discute a formação em saúde tematizando o ensino, particularmente no âmbito da graduação nas profissões da área. O ensino de graduação, na saúde, acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos; com excesso de carga horária para determinados conteúdos e baixa ou nula oferta de disciplinas optativas; de desvinculação entre ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação. No âmbito das políticas educacionais, a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a Integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde. No caso da formação e educação em saúde, ao

longo dos últimos anos e no contexto da reforma sanitária brasileira, intensificaram-se movimentos voltados para a construção de outras possibilidades pedagógicas, assim como outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudança na formação.

COHN, Amélia. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; CARVALHO, Yara Maria de et al. (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Parte II, Cap. 8, pág. 231-258.

A autora afirma a centralidade ocupada pelo estudo das políticas de saúde na área da saúde coletiva, um campo de conhecimento e de práticas desenvolvidos simultaneamente ou não, demarcando o rigor metodológico e científico imprescindíveis nos estudos do que considera um campo da área das ciências humanas. A complexidade, não a contradição, marca o desenrolar das relações plurais e múltiplas em vários eixos de inserção. O texto examina o processo de formulação e implementação das Políticas de Saúde pelos diversos atores interessados no estabelecimento das prioridades a serem atendidas; a história recente das políticas sociais que tornam o Estado provedor e produtor de serviços de saúde e dos modelos produzidos, a saber: universal redistributivista, meritocrático-corporativista e residual; a relação das mesmas com a cidadania e a justiça social em contradição com o individualismo e a iniqüidade presentes na sociedade brasileira; a relação do setor público com o privado, resultando em um sistema de saúde combinado, no caso brasileiro, e as reformas propostas na América Latina; a oposição entre universalização e focalização da cobertura dos serviços sociais providos pelo Estado e a superação desta contradição pelos preceitos constitucionais e pelo notável incremento da população que demanda tal garantia no Brasil; a trajetória histórica do sistema de saúde brasileiro desde as políticas instituídas nos primórdios do século XX, passando pela legislação

previdenciária definida por categorias profissionais, depois para trabalhadores com vínculo formal e direitos previdenciários definidos, seguida pela universalização da atenção concomitante com o fortalecimento do setor privado com alta incidência de tecnologia médico-hospitalar e marcante presença das seguradoras de saúde. Finalmente, a autora analisa três diretrizes básicas do SUS e suas atualizações, a saber: a descentralização e a municipalização; a integralidade da atenção, a hierarquização e a regionalização do sistema; e a participação social na sua crescente consolidação.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003. 176p.

Neste livro são tratados aspectos diversos e complementares da temática Promoção da Saúde ao longo de oito artigos escritos por vários autores. As contribuições aqui reunidas tratam de dimensões, que vão da recuperação histórica do movimento da promoção da saúde na atualidade, e de conceitos básicos para a própria compreensão desse movimento, como os de promoção, saúde, individualidade e vulnerabilidade, até as questões relacionadas às atividades de promoção no sistema de saúde. São algumas das temáticas aprofundadas pelos autores: origens e desdobramentos do movimento da promoção da saúde na atualidade, conceito de promoção vis-à-vis ao conceito de prevenção, conceito de saúde, identidades, construção e estratégias de enfrentamento de riscos na modernidade, conceito de vulnerabilidade e práticas e do lugar da promoção da saúde entre elas, enfoque da reorganização do modelo assistencial e suas implicações para a formação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Uma análise da desigualdade em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

O Ministério da Saúde apresenta o livro Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde, publicação elaborada e organizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que marca nosso compromisso em produzir e disseminar análises de situação de saúde com destaque para o tema da desigualdade. Este estudo reforça o debate sobre o potencial das análises de situação de saúde como uma das bases de construção de uma saúde coletiva que se vale das evidências geradas a partir da prática da epidemiologia em serviço. Os objetivos são valorizar o uso dos dados secundários disponíveis nos sistemas de informações integrantes do SUS, retroalimentar os gestores, os trabalhadores e os usuários dos sistemas de informações nacionais, estabelecer linha de base para o monitoramento de indicadores de interesse em saúde coletiva, ampliar a possibilidade de projetar cenários futuros com base nas análises de tendências e de séries temporais, além de informar e discutir com a sociedade sobre as diferenças em saúde analisadas na perspectiva das desigualdades regionais, raciais, de gênero, de porte do município, de distribuição dos serviços de saúde e socioeconômicas. Os resultados apresentados ao longo dos capítulos trazem importante informação para a gestão do sistema de saúde no sentido de orientar as prioridades e as ações de saúde na busca da redução da desigualdade no país.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília.** São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 306p.

As escolas médicas brasileiras encontram-se diante do desafio de mudar para formar profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade. As mudanças necessárias são profundas porque implicam a transformação de concepções, práticas e relações de poder, tanto nos espaços internos das universidades, como em suas relações com a sociedade, especialmente com os serviços de saúde e a população. O objetivo

deste estudo foi analisar algumas das principais causas das sucessivas histórias de resultados desfavoráveis nas tentativas de mudar a educação médica; analisar como essas questões estão sendo tratadas nas transformações curriculares de Londrina e Marília; e construir um conjunto de idéias, propostas e instrumentos que contribuam para a produção de mudanças efetivas na educação médica no Brasil.

HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro César; BARBOZA, Renato. **O público e o privado na saúde.** São Paulo: Hucitec, 2005.

Esta obra trata do tema público/ privado na saúde, especialmente seus desafios para o Sistema Único de Saúde, problematizando a relação Estado-Sociedade e os impasses históricos brasileiros, as injustiças sociais, a regulação e gestão no setor. Tais questões são discutidas por meio de material empírico e propostas de seu enfrentamento na busca da eqüidade. Também são apresentadas reflexões e considerações de alto nível, tanto de ordem teórica-conceitual, como com base em vivências empíricas, de oito destacados autores, intelectuais orgânicos de grande expressão no cenário nacional, ademais de atores centrais do Movimento Sanitário - Roberto Romano, Emir Sader, Laura Tavares Soares, Gastão Wagner de Sousa Campos, Jairnilson Silva Paim, Nelson Rodrigues dos Santos, Mário Scheffer e Lígia Bahia -, analisando o tema público/ privado no Brasil, das mais distintas perspectivas e áreas do conhecimento. Este livro, destinado a todos os que, a partir do setor Saúde, a exemplo de Alice, fazem um vale de lágrimas um rio navegável, na busca da eqüidade e da construção da cidadania no Brasil.

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil:** limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

Aponta as características do SUS, particularmente a descentralização e suas interfaces de apoderamento.

LAMBERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

O livro oferece ao leitor uma seqüência de interpretações dos múltiplos aspectos explicativos do processo complexo relativo à formação do médico. Aborda questões gerais relativas ao contexto situacional desta formação, como também questões específicas sobre os ambientes didático-pedagógico e assistencial. Ao tratar do processo de socialização e profissionalização do futuro médico, reconhece os elementos ideológicos presentes e enfatiza a ação dominante que exerce a estrutura do mercado de trabalho e as condições que circunscrevem a prática médica sobre a formação do futuro profissional. Explora com bastante propriedade a questão da "transição paradigmática" e percebe a possibilidade de mudança respeitando as condições assinaladas por Kuhn com a intenção de solucionar problemas que o paradigma anterior (flexneriano) não conseguiu resolver, porém, preservando a parte substantiva daquilo que o mesmo chegou a construir. Com isto, deixa implícito que não se trata de negar o valor da pesquisa, do hospital e da especialização, se não que se torna essencial situá-los numa dimensão apropriada, valorizando, por outro lado, os determinantes da saúde, a questão da qualidade de vida e a atenção primária da saúde, com eqüidade e justiça social. O texto avança em sua elaboração, estudando as possíveis mudanças na formação, com a proposta de um instrumento, sensível e simples, para indução e acompanhamento das mesmas. Tal abordagem resulta oportuna, na medida em que reconhece que a partir da nova Constituição Brasileira, corresponde ao SUS a ordenação de formação de recursos humanos na área da saúde, fato que vem induzindo algumas iniciativas do Ministério da Saúde, com grande potencial de cumprir com esta ordenação, como são os Programas

de saúde da Família, de Interiorização Profissional e o de Incentivo às Mudanças Curriculares.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de (org.). **Administração da assistência suplementar à saúde.** Rio de Janeiro: E-Papers, 2005. 166p.

O mercado de saúde suplementar no Brasil atualmente compreende 2200 operadoras privadas trabalhando para mais de 38 milhões de beneficiários, mobilizando mais de 25 bilhões de reais em 2003, milhares de prestadores e centenas de milhares de profissionais de saúde. A assistência suplementar à saúde é o negócio das operadoras privadas de planos de saúde, e por isso mesmo é fundamental que seus administradores tenham habilidades e competências para equacionar a oferta de serviços com as necessidades dos seus clientes, bem como gerenciar o acesso e a qualidade. Neste livro estão reunidas e destacadas informações, discussões e reflexões sobre a administração da assistência suplementar à saúde, onde são sugeridas atitudes críticas, inovadoras, empreendedoras e éticas.

LIMA GONÇALVES, Ernesto. **Médicos e ensino da medicina no Brasil.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. 254p.

A proposta a ser desenvolvida neste livro refere-se à possibilidade de se analisar a situação do Brasil em diferentes aspectos de sua realidade, em particular naqueles que condicionam os níveis de saúde e de doença do povo brasileiro. Alguns desses fatores serão por certo externos ao contexto de saúde propriamente dito, ao passo que outros serão intrínsecos a ele. Entre estes últimos figuram naturalmente os agentes que interferem no processo de manutenção da saúde e de combate à doença, que são os médicos. Estes não interferem mais sozinhos neste processo e cada vez mais se apóiam

em outros profissionais da "equipe de saúde"; mas de qualquer forma, ainda ocupam papel hegemônico no processo. A proposta é examinar quem são esses médicos e qual é o perfil de sua formação. Tal perfil depende, naturalmente, do ambiente em que ele se forma como profissional, mas também como pessoa: trata-se da escola médica, a ser examinada como instituição e como contexto da educação, muito mais do que apenas de ensino. Como é essa escola no Brasil e que papel exercem os participantes do processo que nela se desenvolve serão objeto de reflexão.

MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Correa de (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2004 390p.

A proposta de construção deste livro insere-se na análise da formação e capacitação de recursos humanos, tendo como referência o perfil profissional que se deseja formar em função do diagnóstico em saúde, do desenvolvimento científico e tecnológico, da estrutura dos serviços em nosso meio. O livro também tem como objetivo contribuir para o debate sobre a Educação Médica a partir do relato dos diversos autores, que atuam, de longa data, no processo de transformação dos cursos de graduação na área da saúde. Esta coletânea foi organizada em três grupos temáticos: Métodos e estratégias político-pedagógicas – inclui uma fundamentação sobre alguns eixos norteadores da organização dos cursos; a segunda parte – Construção e análise dos currículos de formação profissional e a terceira parte – Processos ampliados de ensino e de aprendizagem.

MEDICI, André Cezar. **El desafio de la descentralizacion: financiamiento publico de la salud en brasil.** BIB. 2002.

O livro discute aspectos do quanto se gasta em saúde, como se distribuem esses recursos nas diferentes áreas geográficas e extratos sociais. Discute também temas como a concentração de gasto governamental dada a sua importância para a saúde pública. Através da aplicação da teoria econômica e as informações disponíveis, oferece análise empírica, histórica e conceitual da década de 90 mostrando onde se chegou na luta por uma melhor saúde.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 259-293.

A abordagem deste trabalho oferece o propósito de adiantar algumas sistematizações do desenvolvimento da economia da saúde no Brasil, com destaque ao tema que foi mais recorrente na agenda de problemas do sistema de saúde e mais presente no "dia-a-dia" da gestão das ações e serviços públicos nos municípios: o problemático financiamento do sistema. Este texto tem como objetivo apresentar o desenvolvimento do campo da Economia da Saúde no Brasil, visando contribuir para a identificação das áreas de atuação, bem como especificar, no âmbito macroeconômico, os aspectos relacionados ao problemático percurso trilhado pelo financiamento do SUS. O texto está estruturado em quatro partes. A primeira apresenta a trajetória da economia da saúde como uma disciplina que relaciona a economia, os serviços e ações de saúde e o papel do setor público. Em seguida, são apresentadas a evolução e perspectivas dos temas em economia em saúde no Brasil na década de 1990. A segunda parte é dedicada à descrição do processo de institucionalização do campo da economia da saúde, e a terceira parte aborda o estado da arte nos anos 2000, identificando os temas e subtemas possíveis para integrarem uma agenda dos gestores do SUS nesse campo. A quarta parte trata, de forma específica, do financiamento do sistema - tema da economia da saúde que esteve mais presente na agenda do gestor do SUS desde sua implementação.

NUNES, André; SANTOS, James Richard Silva; BARATA, Rita Barradas; VIANNA, Sólon Magalhães. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. OPAS-OMS-IPEA, Brasília. 2001.

A pesquisa divulgada neste livro, de iniciativa e patrocínio da Representação da OPAS no Brasil, foi desenvolvida no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA com triplo escopo: desenvolver metodologia de monitoramento das desigualdades em saúde em diferentes dimensões e categorias de análise; avaliar a evolução dessas desigualdades nos primeiros dez anos do processo de construção do Sistema Único de Saúde; e estimular a realização de estudo similar nas esferas estaduais e municipais de governo.

PENTEADO Filho, Paulo de Arruda. O público e o privado nas políticas sociais. In: Melo, Norma Lacerda de; Leal, Suely Ribeiro (org.). **Relação público-privado: do local ao global.** Recife: UFPE, 1996, p. 177-189.

O objetivo deste trabalho é discutir, brevemente, as relações entre o público e o privado no contexto das políticas sociais no Brasil. Para isso, na seção 2 será apresentado um breve histórico dessas políticas, ressaltando as transformações das relações público-privado ao longo do tempo. Na seção 3, será discutida a influência de desigualdades sociais extremadas, como as verificadas no Brasil, sobre essas relações. Em seguida, na seção 4, os efeitos da atual crise do Estado capitalista, no mundo e no Brasil em particular, sobre a delimitação dos espaços públicos e privados será discutida. Finalmente, na seção 5, serão abordadas, rapidamente, perspectivas futuras dessa delimitação.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. 336p.

Este livro é o resultado de uma pesquisa sobre experiências de ensino da integralidade em saúde na formação de profissionais para esse setor e surgiu das inquietações e discussões relativas à produção de conhecimento científico e à formulação de políticas públicas, reunindo um coletivo de profissionais e pesquisadores para refletir sobre as maneiras de ensinar saúde no país. A proposição de investigação, fruto da experienciação desse coletivo com práticas acadêmicas cotidianas, aponta limites, possibilidades e desafios no formar profissionais com o compromisso ético-estético-político de afirmação da vida, capazes de articular saberes e práticas científicas de modo contextualizado, e que tenham ao mesmo tempo a sensação de pertencer à produção de contemporaneidade. O livro revela uma pesquisa exploratória, com um corpo mestiço de saberes e uma diversidade de políticas metodológicas permitindo identificar o potencial inovador das experiências analisadas. A coletânea está dividida em quatro partes. Na primeira, são apresentadas as perspectivas teórico-conceituais, a singularidade das formas da pesquisa e a trajetória de sua operacionalização. Na segunda parte são problematizadas as idéias de ensino, produção de conhecimento, práticas cuidadoras e transdisciplinaridade. Na terceira parte estão as rotas analíticas, como eixos transversais nucleadores dos resultados e evidências da pesquisa, dando vigor a uma dimensão "molecular" das práticas e, por fim, na quarta parte, são apresentadas as experiências "Transformação na Graduação em Enfermagem da UERJ" e "Currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência", que serviram à formulação teórica e metodológica da pesquisa.

PINHO, Diva Benevides; VASCONCELLOS, Marco Antonio (org). **Manual de Economia.** 5ª ed. São Paulo: Saraiva editora, 2005.

Apresenta as principais questões relativas à teoria econômica, seus principais pensadores e metodologia de análise.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólon Magalhães. **Economia da saúde:** conceitos para a gestão da saúde. IPEA, Brasília. (re-impressão – 1ª ed. 1995).

Constitui-se em referência "clássica" para a área de conhecimentos de economia da saúde no Brasil. Aborda conceitos, fundamentos e relações entrem a economia e a saúde, destacando aspectos macro e microeconômicos. Os principais temas tratados são: modelos de financiamento; incentivos econômicos que agem sobre o comportamento dos agentes profissionais de saúde e usuários; tendências do financiamento e da gestão em saúde; bases conceituais sobre demanda e necessidade em saúde; eqüidade e indicadores demográficos no campo da saúde; instrumentos de avaliação econômica.

RANGEL, Elyane. **Cooperativa de trabalho médico**: emergência e bifurcações. Santa Maria: Pallotti, 2006 (136 p.).

Descreve o trabalho das cooperativas de trabalho médico e suas peculiaridades.

RODRIGUEZ, Wlima. Primer seminario taller politicas de salud para el departamento de Chuquisaca bieno 2001-2003. In: **Bolivia Colegio Medico**. Sucre, OPS, abr. 2002. p.12-12, mapas, tab. Informe Seguro Social Básico.

Garantizar el acceso permanente a un conjunto esencial de prestaciones de salud preventivas y curativas, que reduzcan el riesgo, la duracion o la severidad de las

principales causas de enfermedad y muerte, eleven la calidad de vida y se brinden con calidad y adecuacion cultural a un costo sostenible por el pais.

SÉGUIN, Élida. **Plano de saúde.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. 263p.

Quem não teve sorte de nascer rico, preocupa-se com o que pode acontecer em fase de doença própria ou familiar. São conhecidos casos de patologias que consumiram economias de toda uma vida de trabalho. No imaginário da classe médica este é um fantasma que espreita os medos e anseios: uma moléstia a tratar e a falta de recursos financeiros para suportá-la. Os custos da assistência médica, do acesso às novas tecnologias e à nova farmacopéia é proibitivo a pessoas hipossuficientes. A ausência ou precariedade de uma assistência mínima prestada pelo poder público aumenta a procura pelos planos e seguros de saúde. Por estes motivos os planos de saúde extrapolam fronteiras médicas, de gestão hospitalar e de consumo. A necessidade de diversos profissionais manterem uma atualização no tocante ao tema força a que este livro seja uma presença constante nas prateleiras de escritórios de advocacia e consultórios de médicos dentistas. Conceitos novos como a medicina preditiva, home care e hospital dia fazem com que as políticas públicas e agências que regulam a saúde pública necessitem ser conhecidos de todos.

UGARTE, Oscar; MONJE, José Antonio. Equidad y reforma en el sector salud. In: PORTOCARRERO, Felipe. **Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes.** Lima, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 2000. p.571-614.

Analiza la información concluyendo que el principal problema en la situación de salud es la falta de acceso a los servicios, expresado en que la demanda que no acudió a consulta en los años 1995 y 1996 fue 60 por ciento y 55 por ciento, respectivamente y la

principal causa y constante, por la cual la población afectada no consultó ningún servicio de salud fue la falta de recursos económicos.

8.1.4. Trabalhos e Relatórios Técnicos

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA Ana Carolina; NORONHA, Kenya Valéria Micaela de Souza. **Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_FS_06_MViegas_FinanciamentodoSetorSaude.pdf>

O artigo consiste, na primeira parte, de uma discussão sobre alguns problemas que devem ser considerados quando da escolha das formas de financiamento dos gastos com bens e serviços de saúde, assim como dos mecanismos regulatórios a serem implementados de modo a contemplar as particularidades desse mercado. A segunda parte do trabalho consiste fundamentalmente de uma análise empírica sobre o setor de saúde suplementar no Brasil, em particular dando ênfase à forma como este setor se financia.

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. **Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano.** Rio de Janeiro: Fundacäo Getulio Vargas, maio 2000. 31 p. tab, graf. (EPGE. Ensaios Econômicos, 382).

Sistematiza as principais características institucionais do sistema de saúde americano, enfatizando as reformas ocorridas nos anos 70 e os problemas identificados em regulamentar o setor privado de serviços médicos hospitalares. Informa que a análise do caso americano se justifica por dois motivos: por ser a experiência mais consolidada de seguro-saúde privado; por constituir referência para o entendimento das relações contratuais estabelecidas entre os agentes neste mercado. Faz uma caracterização do mercado de serviços de atenção à saúde, dando ênfase às relações contratuais

estabelecidas entre os agentes. Apresenta o sistema tradicional de seguro-saúde privado, predominante na economia americana até a década dos oitenta e o *Managed care.* Aborda a regulamentação americana no que concerne à especificação dos contratos estabelecidos para o provimento dos serviços de atenção à saúde. Compara os dois sistemas sob os aspectos de custo e qualidade. Mostra que a flexibilização dos contratos tem efeito significativo na redução dos custos do seguro-saúde, resultando sobretudo em maior eficiência da regulação por parte do Estado do setor de seguro-privado. Enfatiza que a regulamentação do Estado é fundamental para garantir a sustentabilidade financeira dos seguros.

ANDREAZZI, Marco Antônio Ratsch de; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; PINHEIRO, Márcia Cristina Chagas Macedo; SICSÚ, Bernardo. **Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_MI_04_MFatimaAndreazzi_MercadoSaudeSuplementar.pdf>

Este trabalho aponta as interfaces entre os modelos de teoria econômica na perspectiva da regulação e suas principais características.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Comprador coletivo (formas alternativas de compra).** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_7_MFatima_CompradorColetivo.pdf>

Por comprador coletivo, se entenderá, aqui, formas de organização de compradores de seguros, serviços ou bens relacionados à atenção à saúde, que impliquem um aumento do poder de negociação dos consumidores vis-à-vis os ofertantes. A discussão insere-se

num contexto de contraposição à tendências inflacionárias do setor saúde, pelo lado da oferta de insumos e determinados serviços, cuja concentração dos produtores recomenda movimentos semelhantes pelo lado da demanda, com o intuito de manter um certo equilíbrio do poder econômico no mercado.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Relatório do 1º semestre de 2006.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/relatorio_ouvidoria_1_sem_2006.pdf>

A ouvidoria da ANS é uma ouvidoria setorizada, traço característico da evolução da Ouvidoria Pública no Brasil, segundo João Elias de Oliveira, Presidente da Associação Brasileira de Ouvidores e ex-Ouvidor-Geral do Estado do Paraná. É um canal de diálogo com a população, dedicado a escutar reivindicações, reclamações e elogios, representando valiosa fonte de recomendações para a melhoria do serviço público. A Ouvidoria da ANS possui a missão de acompanhar a atuação da agência, zelando pelo eficiente funcionamento e correto cumprimento das funções institucionais. O presente relatório contém informações sobre as atividades realizadas pela Ouvidoria, contendo dados estatísticos das demandas registradas no último semestre, e apresentando novos projetos, que são o foco da atual administração.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Gestão: os primeiros 30 meses.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_Relatorio%20de%20Gestao%20-%2030%20meses.pdf>

Relatório dos 30 meses de gestão da ANS, no período de janeiro 2000 a junho 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Qualificação da saúde suplementar: nova perspectiva no processo de regulação.** Rio de Janeiro: ANS. 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf>

Este documento estruturou-se para fazer uma contextualização com apresentação de alguns dados do setor de saúde suplementar, uma descrição de cada um dos dois componentes, iniciando-se com o da qualidade das operadoras e suas dimensões, seguido do componente de qualidade institucional. Na seqüência é apresentada a metodologia utilizada para a avaliação, as ferramentas que serão utilizadas para o seu monitoramento e, finalmente, as referências utilizadas para as reflexões constantes no decorrer do processo de elaboração do programa de qualificação. As fichas técnicas dos indicadores utilizados para cada uma das dimensões constam como anexos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde: textos de referência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (Série D. Reuniões e Conferências; n. 14).

O Simpósio sobre a Regulamentação dos Planos de Saúde, iniciativa conjunta do Congresso Nacional e do Conselho Nacional de Saúde, pretende avançar proposições de aprimoramento da legislação e das práticas de regulação da assistência médica suplementar e reafirmar os compromissos em torno da necessidade da normatização de coberturas e monitoramento das operadoras. Objetiva-se, portanto, reunir representantes dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços, das entidades de defesa dos consumidores e usuários, dos conselhos de saúde e pesquisadores de notório saber sobre o tema para refletir sobre o

impacto e perspectivas do atual arcabouço regulatório, três anos após a aprovação da Lei 9656/ 98.

BRASIL. **ANS – Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde (2001: Brasília).** Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/suplementar/pdf/anais_simposio.pdf>

A publicação dos anais do Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde, em 2003, dois anos após sua realização, é bastante oportuna, pois soma-se aos debates do Fórum de Saúde Suplementar, convocado pelo Ministério da Saúde, e às conclusões da CPI dos Planos de Saúde, instalada pela Câmara dos Deputados. Iniciativa conjunta do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Congresso Nacional, com o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Ministério da Saúde, o Simpósio já antecipava, em 2001, a necessidade de aperfeiçoamento da legislação e das práticas de regulação do setor de saúde suplementar. Representantes dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços, das entidades de defesa dos consumidores e usuários, dos conselhos de saúde e pesquisadores de notório saber sobre o tema tiveram, na ocasião, a oportunidade de refletir sobre o impacto e as perspectivas do arcabouço regulatório construído desde a lei 9.656/98. A defesa de uma regulamentação que trate o sistema de saúde como um todo; a busca do equilíbrio entre a garantia do direito à saúde e os aspectos econômicofinanceiros; o norteamento pelos marcos doutrinários e de relevância pública do Sistema Único de Saúde; a convivência democrática entre os legítimos interesses envolvidos, viabilizando-os minima e negociadamente, nortearam as discussões do Simpósio. Com isso, o CNS reafirmou a continuidade do exercício de suas atribuições de Controle Social, ao mesmo tempo em que reiterou seu apoio à competência reguladora do Ministério da Saúde e da ANS. Esta publicação representa uma significativa contribuição para os debates comprometidos com o aprimoramento do

setor de saúde suplementar e com a melhoria das condições de saúde e de vida do povo brasileiro.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>

No ano de 2007, a publicação periódica de informações sobre beneficiários, operadoras e planos privados de assistência à saúde completa quatro anos, e reflete o objetivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de ampliar a divulgação de informações sobre este setor que integra o sistema de saúde brasileiro. A partir desta edição, o Caderno de Informação da Saúde Suplementar inclui alterações importantes com relação ao conteúdo e à forma de apresentação. A seção Nota Técnica esclarece os procedimentos metodológicos adotados na apuração e construção das diversas informações. Novas análises enriquecem o conhecimento sobre o setor de Saúde Suplementar e aperfeiçoam a visão de características dos beneficiários e das operadoras de planos privados de assistência à saúde. A publicação mantém a periodicidade trimestral e destina-se aos técnicos, gestores públicos e privados de saúde, aos segmentos interessados em seu estudo e pesquisa e ao público em geral. Apresenta o perfil dos beneficiários, dos planos e das operadoras de planos privados de assistência à saúde, consolidado por meio de variáveis demográficas, geográficas e econômicas, que possibilitam melhor conhecimento do setor e contribuem para o dimensionamento da relação público/privado existente no sistema de saúde brasileiro.

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Regionalização em saúde e mix público-privado.** Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf>

Este artigo debate a questão da possível complementaridade da saúde suplementar em relação aos vazios de oferta de serviços de complexidade que dificultam no setor público o alcance da integralidade como base para a resolubilidade geral do sistema. Apresenta a proposta de regionalização em saúde no Brasil, tendo em vista os complexos problemas que o planejamento estratégico ajuda a identificar no que diz respeito à possibilidade concreta de realização dessa estratégia. O objetivo é ajudar a discernir operações/ações que possam ocasionar algum impacto nessa problemática, com a finalidade de criar viabilidade à proposta. Conceitua regionalização de maneira clássica, estabelecendo algumas restrições ao enquadramento tradicional, e a seguir analisa a proposta brasileira e introduz parte da experiência dos autores em planejamento vinculado à estratégia. O trabalho também sugere metodologias de gestão estratégica e formas de atenção gerenciada que podem ajudar significativamente a racionalizar e pensar formas de integração de serviços de diferentes complexidades, no setor público estatal e no privado, indistintamente.

BALZAN, Márcio Vinícius. **Entidades de direito público que operam planos de saúde.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_9_MVinicius_EntidadesDireitoPublico.pdf>

Identificar no sistema supletivo de saúde, empresas de direito público que operem planos de saúde, nas mais variadas formas de administração. Trazer informações sobre as atividades destas Entidades, seu relacionamento com a ANS e possível processo regulatório a ser implantado.

BARBOSA, Gilda Maria Sales. **Obrigatoriedade da Odontologia nos Planos de Referência. (Ampliação da Oferta?).** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_18_GMariaSalesBarbosa_ObrigatoriedadeDaOdontologia.pdf>

Este trabalho discute a oferta de serviços de odontologia pelo setor de saúde suplementar e avalia a importância ou não da obrigatoriedade da odontologia nos planos de referência, e se os mesmos devem ou não ampliar a oferta.

BARROS, Elizabeth. **Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto.** Série Técnica do Projeto de desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003. Série Técnica do Projeto de desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde/ Organização Pan Americana da Saúde. Brasília, 2003.

Texto recupera pontos fundamentais do financiamento do sistema de saúde de forma clara e breve, constituindo-se numa excelente fonte sobre os aspectos mais importantes do SUS. Faz análise critica deste financiamento principalmente de seu período mais recente.

BOLIVIA. Defensor del Pueblo. **Seguro médico grautito de vejez: derechos y privilegios de las personas adultas mayores.** Bolivia. La Paz; Defensor del Pueblo; 2003. 47 p. ilus.

El objetivo del presente trabajo es conocer las condiciones de acceso, utilización y calidad de la atención de los diversos tipos de servicios de salud existentes en México desde una perspectiva comunitaria. Utilizamos metodología cualitativa. Trabajamos con

24 grupos focales de madres de familia, en zonas rurales y urbanas de tres estados de México que elegimos como representativos de acuerdo a sus condiciones de desarrollo socio-económico. Resultados: aumento de la cobertura de la población sin seguridad social por medio, principalmente del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); práctica inaccesibilidad de la población rural a atención de segundo o tercer nivel; un aumento en el uso del seguro social de capas medias de ciudadanos debido a la crisis económica de 1994/1995. Dentro de la medicina privada, un aumento del uso de medicinas alternativas, así como quejas del funcionamiento de los seguros privados. La buena calidad de la atención se suele asociar al buen trato, los buenos resultados en salud y el diagnóstico correcto. La mala calidad de la atención se relaciona con: el mal trato o la denegación del servicio, los nulos resultados en salud, los casos de iatrogenia, la falta de higiene, la discriminación social, la carencia de medicamentos.

BOLIVIA. Instituto Nacional de Seguros de Salud. **Los seguros de salud en cifras 2001.** La Paz; INASES; 2001. 102 p.

Los seguros de salud en cifras,con el objeto de aportar un mejor conocimiento sobre los seguros de salud en Bolivia a través de la información estadística.La utilidad de este documento reside en el hecho de que las instituciones gestoras de los seguros de salud,asi como los investigadores y estudiosos de la seguridad social boliviana,cuenten con parámetros para poder medir los límites de cumplimiento sobre los derechos y obligaciones que tienen los trabajadores.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Previsión Social Reforma de Salud. Seguro Básico de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. **Guías técnicas del seguro básico de salud.** UNICEF. La Paz; MSPS; 2001. 143 p.

Siendo una de las tareas complementarias al Seguro Básico de Salud, promocionar mejores normas y procedimientos, el Ministerio de Salud y Previsión Social en un proceso profundo de revisión y actualización ha elaborado con la creación de la Escuela Boliviana de Normas en Salud, guías técnicas de atención a las prestaciones del Seguro Básico de Salud. Las guías, son un documento complementario a las normas y protocolos a la atención integral al menor de cinco años, a la mujer y al recién nacido.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Previsión Social. **Evaluación del seguro básico de salud.** La Paz; s.n; abr. 2000. 64 p.

El presente diagnóstico tiene como objetivo general el analizar la articulacion y coherencia entre metas, resultados y procesos en el Seguro Básico de Salud, pero sobre todos los problemas operativos de un implantación, incluyendo alternativas de solución.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Previsión Social. **Proyecto de reforma de salud informe de gestion 1997-2002.** La Paz; MSPS; 2002. 50 p.

El proceso de la reforma de salud nace con el objetivo de coadyuvar a la reduccion de la mortalidad materna e infantil a traves del incremento de la cobertura y calidad de los servicios de salud, el empoderamiento de las comunidades para lograr una mejora en su nivel de salud y el fortalecimiento de la capacidad local de respuesta a las necesidades de salud.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Previsión Social. Reforma de la Salud. Defensoría de la Salud. Dirección General de Salud Ambiental. **Guía operativa de las defensorías de la salud.** La Paz; MSPS; 2002. 23 p.

La guía de operaciones del defensor de la salud es un resumen de algunos de los procedimientos e instrumentos del trabajo cotidiano del Defensor de la Salud, destinado a mejorar las condiciones de salud de la población y la calidad de los servicios de salud. Los procedimientos que se decriben a continuación tienen el propósito de facilitar el cumplimiento de las tareas mencionadas.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Previsión Social. Instituto Nacional de Seguros de Salud. **Los seguros de salud en cifras: gestión – 1999.** La Paz; Instituto Nacional de Seguros de Salud; mayo 2000. 35 p.

Este documento posibilita tener un acceso fácil a la realidad en la que se desemvuelven los seguros de salud en Bolivia, determinando una serie de indicadores presenatdos por departamentos e instituciones. Datos que permitirán visualizar la realidad en la que se encuentran cada una de las entidades que conforman las entidades. También señala indicadores de resultados del sistema de seguros de salud desde la gestión 1994 hasta 1999, aspecto que permitirá realizar estudios comparativos por año.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Previsión Social. Instituto Nacional de Seguros de Salud. **Normas estandarizadas de atención odontológica en las entidades gestoras de seguros de salud.** La Paz; Bolivia. Instituto Nacional de Seguros de Salud; mar. 2001. 10 p.

El presente documento es un instrumento normativo que fué elaborado de manera participativa, reflexiva y ajustado a la realidad de nuestras instituciones, que entre sus aspectos centrales, establece los contenidos del paquete mínimo básico de atención, equipos y materiales, registro de actividades y disposiciones generales sobre la atención odontológica. Además este documento recoge y sistematiza las espectativas de trabajo

de los profesionales odotólogos que a partir de la misma desarrollarán una nueva forma y cultura de trabajo, acorde a los nuevos avances de la ciencia y la tecnología. A nivel institucional se traducirá en el cumplimiento del rol institucional de las Cajas y Seguros de Salud de ofrecer a la población protegida, servicios de atención ododntológica integral y de calidad reconocida, situación que generará entre los usuarios la satisfación por las prestaciones recibidas.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Previsión Social. Unidad de Reforma de Salud. **Compromisos de gestión 2000: Bolivia 1997-2002.** La Paz; Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social; 2000. 80 p.

El presente documento es un conjunto de compromisos del Gobierno por medio del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social con los diferentes departamentos que componen Bolivia, estos compromisos estan ligados principalmente a la salud, como ser: asumen la responsabilidad social de mejorar las condiciones de vida de la población, que la salud es un derecho garantizado por el Estado, que es prioridad del Gobierno desarrollar una lucha contra la pobreza, que el Seguro básico de salud busca reducir la morbi-mortalidad, se ha buscado donaciones, préstamos y asistencia técnica, se busca mayor acceso a la salud de la población, que es necesaria la descentralización de los servicios de salud y que es necesario fortalecer la evaluación de resultados.

CATA PRETA, Horácio L.N. **Atuação dos corretores.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_8_HCataPreta_AtuacaoDosCorretores.pdf>

A atividade de corretagem é usual nas práticas comerciais de todas as atividades econômicas, não sendo estranha às operações dos planos e seguros de saúde, desde os

seus primórdios. Aliás, pode-se afirmar que graças a ela o setor de saúde suplementar experimentou um crescimento significativo, especialmente nos anos em que a economia apresentou piques de crescimento no PIB.

CATA PRETA, Horácio L.N. **Análise da política de reajuste para planos individuais e coletivos implementada pela ANS.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_FS_01_HCataPreta_AnalisePol%C3%ADticaDeReajuste.pdf>

Este trabalho apresenta uma retrospectiva sobre a legislação proposta anteriormente a criação da ANS sobre a regulamentação dos preços cobrados pelas operadoras de planos de saúde e apresenta também a regulamentação posterior a criação da ANS.

CAVALCANTI, Carlos Eduardo Gonçalves. **Preço por Faixa Etária: Impasses e Alternativas de Mudança.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_FS_CarlosECavalcantiPrecoporFaixaEtaria.pdf>

Este trabalho apresenta uma discussão sobre a regulamentação da relação entre beneficiários e operadoras de planos de saúde no que se refere a cobrança de preços por faixa etária dos beneficiários, pontuando as principais características deste tema.

COHEN, Miriam Miranda. **Análise do modelo de fiscalização: a efetividade do atual padrão sancionador da ANS sobre a situação das operadoras.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_MI_%2001_MCohen_AnaliseModelo.pdf>

A autora estuda o modelo de fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), analisando seu padrão sancionador e tendo como parâmetro a legislação específica. O modelo de fiscalização é discutido de forma ampla, no contexto das práticas regulatórias. Discute-se a origem das agências reguladoras vis a vis ao processo de reforma do Estado e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a relação público-privado. Enquanto, o modelo de regulação é analisado a partir da agregação dos conceitos de avaliação e gerência de risco, além dos de transparência e responsabilidade. O estudo apresenta ainda sistematização das infrações e sanções associadas conforme os instrumentos de regulação disponíveis à ANS.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde.** Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/03_O%20Financiamento%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>

A questão da saúde, particularmente no que diz respeito ao financiamento de suas ações e serviços, tem despertado atenção e preocupação crescentes nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira. Seja pela importância social da questão em si mesma, seja pela participação, cada vez maior, do setor não só na economia como um todo, mas em particular nas contas públicas e nos orçamentos das famílias. Este livro trata do financiamento setorial com foco no setor público.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde.** Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/10_Regula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>

O CONASS, desde 2003, vem debatendo este tema e reconhece que a Regulação é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelo gestor estadual. Com este objetivo o CONASS elaborou este livro para aprofundar esta discussão, estabelecendo consensos, contribuindo para o fortalecimento da gestão estadual, incentivando a incorporação de atividades e ações de regulação, na garantia do direito á saúde, da universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar.** Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/11_Sa%C3%BAde%20Suplementar.pdf>

A coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS apresenta um volume dedicado exclusivamente à Saúde Suplementar, isto é, ao setor de planos e seguros de saúde no Brasil. Foram necessários dez anos, desde a promulgação da Constituição Federal até a aprovação da Lei n. 9.656 de 1998, para iniciar-se a regulamentação deste setor que, à partir desta publicação, passa a fazer parte da pauta de discussões dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/12_Legisla%C3%A7%C3%A3o%20Estruturante%20do%20SUS.pdf>

Uma síntese da trajetória histórica do sistema de Saúde, brasileiro desde 1930 até os dias atuais contextualizando as principais leis e atos normativos é o objeto da primeira parte deste livro. Na segunda parte apresentamos na íntegra estes textos.

ARGENTINA. Confederacion Medica de la Republica Argentina. **Documento de trabajo para la elaboracion de una propuesta de legislacion del regimen de atencion medica en la Seguridad Social.** LILACS, ID: 84870. 28 p.

Los temas tratados durante la jornada fueron: "Evaluacion e intercambio de experiencias entre los sistemas de prepago" "Evaluacion de la Red de Prepago medico gremial" "Sistema de promocion de los prepagos medicos gremiales" "Seguro Nacional de salud y prepago medico gremial". Conclusiones al finalde cada tema y conclusiones finales.

COLÔMBIA. Consultoria para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. **Derecho a la salud, desplazamiento y conflicto.** Bogotá, D.C; CODHES; 2000. 46 p. (OPS). (CODHES).

El derecho a la salud ha sido consagrado como derecho fundamental en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales a través del Pacto Internacional del que es firmante el Estado colombiano por lo que de allí se desprenden una serie de responsabilidades de obligatorio cumplimiento para garantizar el acceso a todos sus ciudadanos. En desarrollo de estas obligaciones el Estado formula la Ley 100 de 1993 como mecanismo para garantizar el acceso universal a los servicios de salud ya sea a través del régimen contributivo o del subsidiado. Es importante reiterar que la modalidad de vinculados tiene un carácter transitorio ya que el acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud sólo es posible por la vía del aseguramiento. La democratización del acceso a los servicios básicos de atención en salud para la totalidad de la población, permitiría evitar la tensión entre política social y las políticas específicas frente a las poblaciones desplazadas, sin desconocer la especificidad de estas últimas, asi como la discriminación entre la persona desplazada y la persona pobre que

vive en los lugares de llegada, para acceder a este tipo de servicios. La situación real es que está lejana la democratización del acceso a los servicios básicos en salud, por esto se propone una identificación de las regiones más vulnerables en función de los sitios de mayor llegada de desplazados para concentrar allí esfuerzos que permitan a las poblaciones tener acceso a los servicios de salud.

CZERESNIA, Dina. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_02_DCzeresnia_AcoesPromocaoSaude.pdf>

Discute o papel da ANS nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e o regime regulatório e o incentivo a projetos em promoção da saúde e prevenção de doenças.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Atores, Cenários, Regulação: Notas Sobre a Atenção em Urgência e Emergência no Setor de Saúde Suplementar.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_Tema2Helena%20David.pdf>

Identifica alguns possíveis eixos para a perspectiva da regulação: os cenários epidemiológicos, a relação entre atores, os limites conceituais, a forma como a atenção se organiza, as brechas existentes nos instrumentos de regulação existentes. Evidenciar o olhar de usuários, órgãos de defesa do consumidor, entidades de representação da classe médica, empresas de planos e cooperativas de saúde e suas representações nos pareceu a melhor estratégia para identificar os principais pontos de conflito.

DERENGOWSKI, Maria da Graça; FONSECA, João Francisco. **Nota Introdutória sobre Estrutura de Mercado, Concentração e Mercados Relevantes.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_RM_10_MGracaDerengowski_%20EstruturadeMercado.pdf>

Este trabalho estabelece um mapeamento da estrutura de mercado no setor suplementar.

D'ORSI, Eleonora. **Doenças ou lesões preexistentes e alta complexidade: situação atual e papel da ANS.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_12_EDorsi_DoencasOuLesoesPreexistentes.pdf>

Esse artigo tem como objetivo apresentar a situação atual e o papel da ANS em relação à questão das doenças ou lesões preexistentes e a alta complexidade. O artigo está divido nos seguintes tópicos: legislação atual sobre doenças e lesões preexistentes e alta complexidade, resultados dos programas de fiscalização da ANS, deficiências na legislação atual, a saúde na Constituição Federal Brasileira e o papel da ANS.

Farias, Luís Otávio. **Estabelecimentos de saúde privados no Brasil: questões acerca da distribuição geográfica e do financiamento da demanda.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_07_LOtavioFarias_EstabelecimentosSaude.pdf>

Este artigo analisa a distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde privados no Brasil e o papel desempenhado pelas Empresas Operadoras de Planos de Saúde enquanto agentes de financiamento da demanda que viabilizam o mercado consumidor

para os serviços produzidos nestes estabelecimentos. As principais fontes de dados utilizadas são as Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária realizadas pelo Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – nos anos de 1999 e 2002. O estudo é de natureza fundamentalmente descritiva e visa apresenta um quadro sintético sobre a dimensão do setor privado na assistência à saúde nas diversas regiões do país, destacando particularmente a rede de prestadores credenciados pelas operadoras de planos de saúde.

FERNANDES, Elton (coord.). **Mercado Operador da saúde suplementar.** Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/portal/upload/bib lioteca/TT_RM_02_EFernandes_MercadoOperadorDaSaude.pdf>

Este artigo discute questões relativas ao mercado das operadoras do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil, tendo como base o Estudo de Eficiência Econômico financeira das Operadoras do Sistema de Saúde Suplementar feito pela Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS). Os dados utilizados no artigo são, exclusivamente, aqueles cedidos pela ANS e de fontes oficiais e públicas.

FREIRE, Sérgio Miranda. **Sigilo das informações.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_19_SMirandaFreire_SigiloInformacoes.pdf>

A moderna sociedade da informação utiliza um conjunto muito amplo de informações de indivíduos e instituições para propiciar atendimento à saúde de pacientes, planejar a alocação de recursos, regular as ações de operadoras de planos de saúde, planejar a gestão de serviços de saúde, etc. Estas informações são obtidas a partir de formulários

em papel, bancos de dados isolados e por meio de vínculos entre bancos de da dos pertencentes a instituições diferentes. Por outro lado, esta ampla disponibilidade de dados propicia o risco de acesso e uso indevido e de quebra de privacidade de indivíduos e instituições. Este trabalho realiza uma revisão parcial da legislação nacional e internacional sobre o tema de sigilo das informações na área de saúde. A legislação brasileira tem refletido, especialmente nos último anos, uma preocupação com esta questão, o que tem propiciado a publicação de diversos decretos e resoluções, e a criação de um grupo de trabalho para tratar da certificação de sistemas de prontuário eletrônico. Por outro lado é necessário o estabelecimento de uma legislação que consolide as diversas normas publicadas em uma legislação específica para a área da saúde e que leve em conta outros aspectos até então não contemplados ou não claramente definidos. O trabalho apresenta recomendações para o estabelecimento dessa legislação.

HERRERO, Fernando; DURÁN, Fabio. Santiago. **El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica.** CEPAL; abr. 2001. 68 p. tab, graf. (CEPAL. Serie Financiamiento de la Salud, 109). (LC/l.1527-P).

El propósito de este estudio es analizar la participación del sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, a la luz del proceso de reforma institucional que se encuentra en marcha. El estudio analiza el papel del sector privado desde cuatro perspectivas complementarias: (1) los patrones de utilización de servicios públicos y privados (con base en las Encuestas de Hogares de la última década); (2) los flujos de gasto entre entes financieros, compradores y proveedores del sistema, a través de la construcción de un juego de Cuentas Nacionales de Salud para el año 1998; (3) los resultados obtenidos en las experiencias de contratación de servicios privados a través del Seguro Nacional de Salud; y (4) las características del marco regulatorio y de rectoría del sistema.

BIASOTO Jr., Geraldo. Portabilidade: avaliação exploratória das principais potencialidades e dificuldades. In: MONTONE, Januário e CASTRO, Antônio Joaquim Werneck de (org.). **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, v. 3, p. 53-78. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_OS_01_GBiasoto_PortabilidadeAvaliacao.pdf>

Embora relegada a um segundo plano, na discussão sobre o sistema de saúde suplementar a questão da portabilidade é elemento mais essencial na estruturação do sistema, dado que enfeixa uma série de questões e potencialidades. A tarefa a que este texto se propõe é a de identificar as potencialidades que a implantação de um sistema dotado de ampla portabilidade e mobilidade para os segurados, ao mesmo tempo em que a magnitude dos entraves envolvidos.

LIMA, Carlos Rogério Montenegro de; LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. **A regulação e a fiscalização do consumo de saúde suplementar no Brasil.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_MI_02_CRogerioMLima_RegulacaoFiscaliz.pdf>

Este trabalho apresenta a discussão sobre a regulação do mercado de assistência à saúde, as interfaces entre regulação e a regulamentação do mercado de saúde suplementar no Brasil. Aponta a regulação e a fiscalização em defesa dos interesses do consumidor da saúde suplementar e a crítica dos consumidores ao processo de regulação.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de; OLIVEIRA, Rose Marie Santini de. **Prestadores de serviços no setor de saúde suplementar no Brasil.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_5_CLima_PrestadoresDeServicos.pdf>

As normas reguladoras da relação entre operadoras e prestadores de serviços. As discussões sobre as relações entre operadoras privadas e prestadores de serviços na Câmara de Saúde Suplementar. As proposições para o Fórum Nacional de Saúde Suplementar. Uma agenda de avaliação da qualidade dos prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de; OLIVEIRA, Rose Marie Santini de. **Adaptação de Contratos Antigos entre Operadores Privados e Beneficiários de Planos de Assistência à Saúde.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_OS_04_CLima_AdaptacaoContratosAntigos.pdf>

O artigo apresenta as disposições da Lei e das Medidas Provisórias sobre a adaptação dos contratos. Os conflitos de interesses na adaptação dos contratos anteriores a Lei e a discussão do processo de adaptação de contratos antigos bem como as proposições de operadoras privadas e consumidores para adaptação dos contratos antigos.

LIMA, Regina Célia Montenegro de. **Saúde suplementar; ANS e informação.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_OS_06_RCeliaMLima_%20DifusaoeDivulgacao.pdf>

A interpretação da realidade inclui velhas e novas idéias. Informação afeta o universo cultural, político e econômico provocando mudanças de comportamento. Para traçarem objetivos e realizar atividades é imprescindível saber diretrizes, filosofia e missão da instituição a que se está subordinado e conhecer sistema, ambiente e cliente. Informação deve dar visibilidade, publicidade e transparência a procedimentos, auxiliar no andamento dos trabalhos e propiciar bem estar social atendendo interesses, necessidades e desejos do cidadão. Sugestões de técnicas da ciência da informação apontadas visam otimizar resultados; a organização da informação é vital como recurso de grande poder para se lidar com dados e conhecimentos. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS deve promover o relacionamento efetivo entre os envolvidos e reunir, organizar, consolidar, promover e divulgar informação, multiplicar conhecimento, propiciar visibilidade, garantir direitos e deveres, exercendo sua prerrogativa de órgão regulador e fiscalizador de Saúde Suplementar. O Governo quer dialogar com os setores envolvidos e compartilhar decisões para organizar a oferta de serviços de saúde e reduzir discrepâncias. Para a ANS o importante é corrigir as imperfeições do mercado e a assimetria de informações, equilibrar forças e propiciar condições de acesso à Saúde Suplementar para a população brasileira.

LOUREIRO, Sebastião. **Sistema único de informação em saúde?: Integração dos dados da assistência suplementar à saúde ao sistema SUS.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_OS_02_SLoureiro_IntegracaoDados.pdf>

O presente trabalho refere-se às diversas estratégias e orientações que devem ser consideradas no processo de integração de Sistemas de Informações em Saúde, com enfoque específico na integração de informações geradas no Sistema de Sistema da Assistência Médica Suplementar, ou seja, no setor privado de Planos, Seguros, Cooperativas e Medicina de Grupo e os Sistemas de Informação do Setor Público

coordenados pelo DATASUS. O trabalho apresenta o arcabouço legal que dá competência a ANS para buscar formas de trazer para o âmbito público, informações relevantes sobre uma significativa parcela da população brasileira, as justificativas para iniciar este processo e as estratégias para viabilizá-lo. Discutem-se também as características dos Sistemas de Informação do SUS e a necessidade de maior integração entre informações assistenciais e da vigilância epidemiológica. A ênfase maior do trabalho refere-se a questões estratégicas para a integração sinalizando que as questões de natureza política e de cultura institucional são mais relevantes que as questões técnicas, daí a necessidade de se buscar uma estratégia gradual e incremental na busca de consensos. São propostas algumas linhas de ação para o alcance de consensos e definição de metas operacionais.

MACHADO, William César Alves. **Da criatividade do mercado ao papel da ANS e de outros órgãos reguladores em prol de uma política pública para o setor saúde suplementar.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_2_WMachado_ProdutosCorrelatos.pdf>

O presente estudo tem por objetivo apresentar a descrição de cada um dos produtos correlatos autônomos, opinando sobre o papel a ser cumprido pela ANS, bem assim quanto tecendo considerações acerca do papel complementar de outros órgãos reguladores, com vistas no suprimento de materiais para o Fórum de Debates sobre Saúde Suplementar – ANS 2003.

MALTA, Deborah Carvalho. **Saúde suplementar e modelos assistenciais.** Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_14_DCarvalhoMalta_ModelosAssistenciais.pdf>

Este trabalho aponta o histórico das políticas em Saúde no setor público brasileiro, a expansão da saúde suplementar e suas interfaces com os diferentes modelos assistenciais praticados na saúde suplementar.

MENDES, Aquilas; MARQUES, Rosa Maria. **O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde.** Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília: OPAS - Ministério da saúde, 2003. 71-102.

Apresenta os resultados de seis estudos de caso, organizados pela Organização Pan-Americana da Saúde, através do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil, com o intuito de verificar a reação da gestão municipal, sob diferentes formas de adesão ao SUS, aos incentivos do PAB Variável e às transferências federais destinadas, entre outras, às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

MENDONÇA, Daniela R. Furtado de. **Ajuste de Preço por Agravo.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_FS_05_DFurtadoMendonca_%20AjustePreco.pdf>

Este estudo se propõe a demonstrar que, fatores como a dificuldade de uma metodologia de cálculo apurada e omissão da regulamentação quanto aos mecanismos de proteção às Operadoras, fizeram com que estas considerassem o dispositivo do agravo ofensivo ao equilíbrio econômico – atuarial da empresa. Assim, o objetivo desta pesquisa é levantar informações necessárias ao cálculo do agravo e ainda tecer comentários técnicos acerca

dos possíveis riscos ao equilíbrio que a operadora é exposta ao cobrir doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **O mercado de saúde suplementar no Brasil.** SEAE/MF Documento de Trabalho nº 31.

O trabalho versa sobre o mercado de saúde suplementar no Brasil. A intervenção do Governo Federal nesse mercado e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar para regular o setor associam-se a outras iniciativas institucionais ao longo da década de 1990. O regime por regulação se integra às iniciativas de defesa dos consumidores, buscando compensar as assimetrias existentes entre os agentes do setor e reduzir as falhas relativas ao risco moral, seleção de risco e seleção adversa. As novas regras estabelecidas a partir da Lei nº 9.656/98 deram aos usuários uma série de garantias. As operadoras, por sua vez, preocupam-se com o desequilíbrio econômico-financeiro de suas empresas. O objetivo deste trabalho é apresentar um panorama geral do mercado de saúde suplementar antes e após a regulação do setor.

MIRANDA, Cláudio da Rocha. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_20_ClaudioMiranda_GerenciamentodeCusto.pdf>

Este texto discute técnicas de gerenciamento da assistência à saúde, e suas interfaces com a rede de atendimento, as operadoras e os usuários, e a atual legislação que traça os contornos das inter-relações entre estes agentes.

MOSEGUI, Gabriela Bittencourt González. **Agência Nacional de Saúde Suplementar e assistência farmacêutica: cenário atual e perspectivas.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_10_GMosegui_AssistenciaFarmaceutica.pdf>

O objetivo geral deste estudo é realizar uma breve descrição sobre o atual cenário da assistência farmacêutica no Brasil, tendo como foco o papel regulador da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

NICARAGUA. Fortalecimiento del sistema de salud en Nicaragua. **Monitoreo-supervision-analisis para fortalecer el sistema integrado de servicios de salud.** Managua; Union Europea; jun. 2000. 35 p. (Monitoreo-Evaluacion-Analisis, 3).

El presente trabajo tiene por objetivo proponer un proceso de formacion continua que permita establecer un sistema local de monitoreo, supervision y analisis (SILOMSA) para tomar decisiones orientadas a mejorar la integracion de los servicios de salud a nivel local (SILAIS y Municipios) y acerca del mejoramiento de la calidad de la atencion, de la accesibilidad de los servicios, del uso eficiente de los recursos y de la participacion social. Actualmente el Ministerio de Salud, Nicaragua tiene 2 ejes de trabajo relacionados con el presente documento: a) la construccion de un sistema de informacion (SIMINSA) coordinado por la Dirección de Planificacion y el Proyecto Modernizacion del Sector Salud (MINSA-BM-BID) b) la implementacion de un sistema de monitoreo, supervision y evaluacion (SINAMSE) coordinado por la Direccion de Servicios de Salud.

NICARAGUA. Ministerio de Salud. **Cuentas nacionales en salud informe 1997-1999.** Managua; 2001. 66 p.

Las cuentas nacionales en salud son una herramienta para la definición de los planes nacionales y políticas sectoriales que el MINSA coordina, ya que permiten analizar la factibilidad económica y los efectos distributivos, así como las implicaciones normativas de los programas de atención médica, mediante el análisis del financiamiento y el gasto en salud. El presente estudio de las cuentas nacionales se basó en la implementación de una nueva metodología impulsada por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCED), b que permitió tener como resultado, una mayor desagregación de las fuentes y usos se los recursos financieros del sector salud.

NICARAGUA. Ministerio de Salud. Dirección General de Regulación de Establecimientos y Profesionales de la Salud, Medicinas y Alimentos. **Estánderes de habilitación de servicios odontológicos.** Managua; 2002.

Presenta manual donde da a conocer una guía metodológica para el desarrollo del proceso de Habilitación de Establecimientos de Salud públicos y privados del país de acuerdo a su nivel de resolución. Consta de tres Secciones. En la primera se definen: Objetivos, Metodología y Flujograma; en la segunda presenta, el Marco Conceptual y Generalidades y la tercera describe los Procedimientos para el desarrollo de la habilitación, Funciones de la Oficina de Habilitación, Comisón de Habilitación e Implementación de la Habilitación. Se incluyen estandares para equipamiento biomédico que fueron definidos en el año 2000 en concordancia al desarrollo científico y tecnológico existentes en las unidades de salud en Nicaragua.

NICARAGUA. Ministerio de Salud. Dirección General de Regulación de Establecimientos y Profesionales de la Salud, Medicinas y Alimentos. **Éstándares de habilitación de clínicas médicas previsionales.** Managua ; 2000.

Propuesta de la COMRA para la elaboracion de una Legislacion del regimen de atencion medica en la Seguridad Social.

NICARAGUA. Ministerio de Salud. Dirección Primer Nivel de Aención. Departamento de Promoción de la Salud. **Funciones de las parteras del área urbana, Semi urbana y rural accesible.** Managua; s.f. 49 p.

Explora las posibilidades de lograr cambios favorables en los sistemas de atención a la salud de América Latina y el Caribe y de alcanzar una Salud para Todos en el siglo XXI. Contenido: Futuros de la salud: herramientas para una mejor toma de decisiones; Desarrollo económico y social y Salud para Todos; La revolución informativa y la atención a la salud en Chile; El futuro de terapéutica; Tendencias futuras de la vacunología; La genómica: promesas y las precauciones a tomar en la aceleración de la calidad de la prevención; el diagnóstico, el tratamiento y la curación; El futuro de los fármacos y de su regulación en América Latina; Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro; El futuro de la atención gerenciada en América Latina; Salud para Todos en las Américas: el escenario preferido; ¿Qué significa todo esto? El sector privado, el sector público y Salud para Todos.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cooperação técnica em sistemas e serviços de saúde: publicações.** Organização Pan-Americana da Saúde. Cooperação técnica em sistemas e serviços de saúde: publicações = Cooperación técnica en sistemas y servicios de salud: publicaciones [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 1 CD-ROM.

A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, dedicada a apoiar sistemas de saúde democráticos, integrais e equânimes, entende que a concretização desta ação, no Brasil,

passa pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, a missão da OPAS no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo de gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde. Assim, a Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS apresenta as publicações lançadas no período de outubro de 2002 a março de 2006 como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção do SUS. Estas publicações têm como proposta divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da eqüidade. Esperamos que o conteúdo deste CD possibilite a conformação de um espaço vivo de discussão sobre sistemas de saúde universais e eqüitativos e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da OPAS.

PADILLA, Karen; McNAUGHTON, Luz; GÓMEZ M., Roberto. **Un diagnóstico nacional de la atención post aborto: Nicaragua 2003.** Managua; IPAS; 2003. 43 p.

Presenta la propuesta del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Este documento esboza las líneas generales sobre una transformación de caracter sectorial con relación a la atención, forma de prestación, toma de decisiones y finaciamiento necesario para su implantación y desarrollo, esta iniciativa surgida y auspiciada por el Ministerio de salud. El documento contiene en su primera parte la justificación del porqué se sugiere un cambio en el sector salud de Nicaragua, cuales son los principales preceptos jurídicos que obligan al Ministerio de Salud asumir el liderazgo en la formulación de la iniciativa. Luego se expone la definición y principios del MAIS para

finalmente describir el núcleo de la propuesta en sus tres componentes: 1: provisión de servicios; 2:gestión; y, 3: finaciamiento.

PEI, Peter C. L; CAREAGA, Rogelio. **Evolución del presupuesto público: 1998 al 2000.** Asunción; Centro Paraguayo para la Promoción de la Libertad Económica y de la Justicia Social; 2000. 57 p.

Presenta manual de Estándares de Habilitación de Clínicas Médicas Previsionales, el cual servirá de guía para el desarrollo de los establecimientos de salud públicos y privados del país de acuerdo a su nivel de resolución y consta de tres secciones. En la primera se definen los conceptos de Habilitación, sus objetivos y la metodología; en la segunda presenta el marco conceptual del proceso de habilitación y sobre la comisión de habilitación y la tercera describe los procedimientos para el desarrollo de la habilitación. Incluye anexos de los estandares de requerimientos de habilitación de consultorios y/o dispensarios médicos, Centros de Salud, Policlínicos, Clínica médica previsionales, Hospitales, Servicios optométricos, Laboratorios Clínicos, Clínicas Odontológicas; Centros Especializados de Imagenología y Centros Especializados de Oftalmología.

PEREIRA, Carlos. **O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_1_CPereira_%20MarcoRegulatorio.pdf>

Este artigo pretende fazer uma contextualização e apontar perspectivas sobre o marco regulatório do setor saúde suplementar no Brasil se concentrando em duas questões fundamentais: Primeira, por que a regulação no setor saúde suplementar se faz

necessária? A segunda questão: por que a regulação do setor de saúde suplementar tomou a forma de uma regulação via agências regulatórias independentes?

PERÚ. Instituto Nacional de Estadística e Informática. **Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú (ENAHO).** Lima; INEI; 2000. 153 p. tab, graf. (Resultados de la Encuesta Nacional de Hogares 1997-1998, 13).

Identifica los determinantes del acceso y no acceso a los servicios de salud y plantea alternativas de política de salud para mejorar las condiciones de acceso a estos servicios.

PERÚ. Ministerio de Salud. **Guía para el análisis de la respuesta social a los problemas de salud (con énfasis enlos servicios).** Lima; Proyecto Vigía; 2002. 109 p.

La guía busca aproximarse al análisis de la respuesta social, con énfasis en la respuesta directa, a través del análisis de la oferta de servicios. Desde dos aspectos: descriptivo y optimización.

PINTO, Luiz Felipe. **O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_01_LFelipePinto_CoberturaEAcesso.pdf>

Este artigo tem como objetivo central traçar o perfil do acesso e cobertura dos serviços de saúde suplementar. Para isso, considera seus três componentes que, juntos, compõem seu perfil: as operadoras, os prestadores de serviço (unidades de saúde) e os

beneficiários, incorporando aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE, 1998), duas outras bases: AMS/IBGE (2002) e tabulações especiais do Cadastro de Operadoras, Prestadores e Beneficiários da ANS.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. **Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_03_MPortela_DiretrizesClinicas.pdf>

O texto apresenta definições para Medicina Baseada em Evidência e Diretrizes Clínicas, de modo a propiciar ao leitor o entendimento adequado da terminologia empregada. Em seguida, focaliza a questão da Qualidade da Assistência à Saúde, estabelecendo-se uma conexão entre diretrizes clínicas e a abordagem clássica, que considera Qualidade em termos da estrutura, processo e resultados produzidos por serviços de saúde (Donabedian, 1980). Também discute outros papéis potenciais que podem ser desempenhados pelas diretrizes clínicas, seja na redução de custos, seja na definição de parâmetros de "boa prática". Ressalta ainda a importância dos planos de assistência gerenciada de saúde (*managed care*), importante cenário para o desenvolvimento e utilização de diretrizes clínicas no âmbito da Saúde Suplementar e, por fim, reporta a experiência brasileira no desenvolvimento de diretrizes clínicas e discute o papel potencial da ANS no que tange à sua implementação por planos de saúde no Brasil.

RIBEIRO, José Mendes. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as políticas de saúde mental direcionadas para portadores de enfermidades mentais severas.** Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_09_JMendes_SaudeMental.pdf>

Propõe-se especificamente em discutir e formular algumas questões cruciais referentes à atenção ao conjunto de portadores do que foi convencionado chamar transtornos psiquiátricos severos e persistentes. Esta discussão tem relação com outros grupos de pacientes portadores de moléstias que evoluem com quadros de longa duração e que estiveram fora do escopo principal dos contratos dos planos e seguros de saúde suplementar durante muito tempo. Pretende utilizar como eixo de sua análise o descompasso entre as Políticas Públicas formuladas pelo Sistema Único de Saúde e a regulamentação ora em vigência para o segmento de saúde suplementar no país.

RIBEIRO, José Mendes. **Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_OS_JoseMRibeiroSaudeSuplementarEFalhasDeInform.pdf>

Este trabalho debate a regulação da saúde suplementar na perspectiva do caráter informacional, do caráter transacional e do caráter administrativo e político da regulação.

RODRIGUES, Paulo Henrique. **Responsabilidade dos gestores públicos de serviços de saúde.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_4_PHenrique_ResponsabilidadeDosGestores.pdf>

O objetivo deste artigo é discutir a responsabilidade dos gestores públicos de serviços de saúde, incluindo a descrição das possíveis funções a serem desempenhadas por esses dirigentes, além de opinar sobre papel a ser cumprido pela ANS e apresentar uma proposta em relação ao formato do processo regulatório.

ROSA, Roger dos Santos. **Configurações e características da Agência Nacional de Saúde Suplementar.** UFRGS – biblioteca – MED FOLHE 213 2001.

Apostila para a disciplina "Reforma do Estado e Saúde Suplementar" do Curso de Especialização de Gestão em Saúde.

ROSA, Roger dos Santos. **Tópicos da lei sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.** UFRGS – biblioteca – MED FOLHE 214 2001.

Apostila para a disciplina "Reforma do Estado e Saúde Suplementar" do Curso de Especialização de Gestão em Saúde.

SALAZAR, Andrea; RODRIGUES, Karina; SILVER, Lynn; DOLCI, Maria Inês R. Landini. **Planos de saúde: guia do consumidor.** São Paulo; IDEC; 2000. 226 p.

Relata que a Lei 9.656/98 é confusa e cheia de brechas introduzidas pela própria Lei ou por Medidas Provisórias. Faz uma análise completa de todos os tipos de planos e indica o que vale também para os planos anteriores à Lei. Analisa treze contratos de planos-referência de empresas de planos e seguros de saúde lançados no mercado em 2000. Encontra abusos tão injustificáveis quanto os que havia nos antigos. Traz textos completos da Lei 9.656/98, com as alterações produzidas por Medida Provisória, que

vem sendo reeditada há dois anos, por vinte e quatro resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CONSU) e mais de trinta resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e portarias do Ministério da Justiça. Traz trinta modelos de cartas para o consumidor reclamar quando se sentir prejudicado, além dos endereços a que deve se dirigir para fazer reclamações.

SANTOS, Isabela Soares. **O setor de planos e seguros de saúde e a saúde do trabalhador: que rumo devemos seguir?** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_3_ISoaresSantos_SetorPlanosSeguros.pdf>

A encomenda deste trabalho o integra no tema "Objeto da Regulação" e tem por objetivo descrever o campo da saúde do trabalhador e o seguro acidente do trabalho, resgatando o processo histórico na saúde suplementar, bem como desenvolver a opinião da autora acerca do papel a ser cumprido pela ANS que, sendo positiva, deve apresentar o formato do modelo regulatório.

SILVA, Alceu Alves da. **Relação Entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_6_AAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf>

Estuda a relação entre as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço.

SILVA, Letícia Krauss. **Metodologias e diretrizes para a incorporação de tecnologias (revisão do rol) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).**

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_Tema2Leticia%20Krauss.pdf >

O trabalho, inicialmente, introduz conceitos de ATS e os objetivos, requerimentos e limitações das principais metodologias usadas para a elaboração de uma avaliação tecnológica: a revisão sistemática (meta-análise), a análise de decisão e a análise de custo efetividade. A seguir, apresenta os mecanismos regulatórios recomendados quanto à incorporação de tecnologias e discute o modo como vem sendo utilizados no país pelo MS e pela ANS, em particular, focalizando a inclusão/exclusão do rol de procedimentos da Agência. Paralelamente, são encaminhadas sugestões para a melhoria do processo de incorporação de tecnologias por parte do MS e da ANS, em especial.

UDLER C., Ricardo; TORREZ Y., Zenón. **Normas de diagnóstico y tratamiento médico: para las entidades gestoras de los seguros de salud.** La Paz; Bolivia. Instituto Nacional de Seguros de Salud; 2001. 583 p.

Las Normas de diagnóstico y tratamiento médico de los Seguros de Salud se las ha trabajado en base a las cuatro especialidades básicas, y es un instrumento importante en la atención médica de los asegurados y beneficiarios en las distintas entidades de salud que atienden el Régimen a corto plazo de la Seguridad Social en Bolivia, estas normas surgen de una necesidad de mejorar la calidad del tratamiento médico por medio de este instrumento normativo que permita la unificación de conductas terapeúticas y el seguimiento de los pacientes brindando un tratamiento adecuado y oportuno, y permitir a las entidades aseguradoras construir indicadores de rendimiento institucional.

UGÁ, Maria Alice Dominguez; PORTELA, Margareth Crisóstomo; VASCONCELLOS, Miguel Murat; BARBOSA, Pedro Ribeiro; LEMOS, Sheyla Maria; GERSCHMANN, Sílvia. **Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Rel_Dimensionamento%20dos%20Planos...pdf>

A pesquisa teve por propósito a caracterização geral do segmento de operadoras filantrópicas ofertantes de planos próprios de saúde. Trata-se de segmento com peso no mercado bastante reduzido, cobrindo apenas cerca de 3,6% dos beneficiários do setor (ANS, 2004). No entanto, ganha relevância o segmento e naturalmente o estudo, em decorrência da importância do próprio setor hospitalar filantrópico para as políticas públicas de saúde, uma vez que se trata do maior setor prestador de serviços hospitalares no âmbito do SUS. Essa condição de maior prestador de serviços ao SUS é com certeza um importante condicionante das análises do segmento, mesmo na sua condição de operadoras de planos de saúde. Esta tripla condição do setor – de prestador público de serviços, através do SUS, de prestador e de operador privado de planos - confere ao segmento uma condição bastante diferenciada, tanto em termos de estratégias e práticas do próprio setor, quanto na perspectiva de políticas públicas para os dois setores de atenção, o SUS e a saúde suplementar.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; SANTOS, Isabela Soares. **Uma Análise da Equidade do Financiamento do Sistema de saúde brasileiro.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Rel_Uma%20an%E1lise%20da%20equidade%20no%20financiamento%20Setor%20Sa%FAde%20Brasileiro.pdf>

Esta pesquisa foi concebida na busca de um método alternativo ao proposto pela Organização Mundial da Saúde em 2000, sintetizado no indicador “Justiça no

Financiamento" (*fairness of financial contribution*) proposto pela OMS no seu World Health Report de 2000 (WHO, 2000). O termo "justiça" é pautado por juízos de valor. Assim, por exemplo, a concepção de justiça que permeia o indicador "*fairness of financial contribution*", proposto naquele momento pela OMS, considera justo um sistema de financiamento proporcional, no qual a contribuição para o financiamento do setor saúde é proporcional à renda dos indivíduos. Sob essa perspectiva da OMS, são igualmente indesejáveis situações que se afastem da proporcionalidade à renda: assim, uma situação na qual aqueles que podem mais contribuam mais do que proporcionalmente à sua renda para o sistema de saúde é tão indesejável quanto aquela situação na qual os indivíduos com menor renda contribuam para o sistema de saúde mais que proporcionalmente à sua renda. Diferentemente, consideramos que o desejável é que o financiamento setorial seja um sistema pautado pela progressividade, isto é, que penalize mais do que proporcionalmente àqueles que mais tem ou, em outras palavras, que o ônus do financiamento do setor saúde seja inversamente proporcional à renda das pessoas. Nesta pesquisa, mensuramos a equidade no financiamento setorial a partir do grau de progressividade desse sistema de financiamento. Com esse pressuposto, recorremos à proposta metodológica elaborada por A. Wagstaff e van Doorslaer et al (1993, 1999 e 2001), aplicada em vários países da OCDE, além de Bangladesh, Vietnã, Bangladesh, Sri Lanka e Chile, entre outros. Essa metodologia analisa o grau de progressividade (ou regressividade) do financiamento de um sistema de saúde, a partir do impacto deste último sobre a distribuição de renda da sociedade, como será explicitado no Capítulo III. Assim, um sistema de financiamento setorial progressivo terá um impacto redistributivo sobre a estrutura de renda da sociedade; enquanto um sistema de financiamento regressivo tornará a renda da sociedade mais concentrada depois de realizados os pagamentos concernentes a gastos privados em saúde e a tributos que financiam o sistema público de saúde.

VARGAS Q., Yolanda. **Plan quinquenal de salud municipio de Tinguipaya, Bolivia.** Potosí; s.n; 2001. 18 p.

El objetivo general es mejorar la situación de salud de la población del municipio de Tinguipaya, con un enfoque de salud integral, multisectorial, con respecto a la cultura de la población y crear mecanismos de participación comunitaria.

VIANA, João Fernando Moura. **A especificidade do seguro saúde frente ao modelo tradicional de seguro após a nova concepção trazida pelo marco regulatório.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_RM_05_JFernandoViana_EspecificidadeSeguroSaude.pdf>

Discutir a especificidade do seguro saúde frente ao modelo tradicional de seguro, o seguro saúde na classificação geral de seguros, os conceitos básicos de risco, sinistro, incerteza, comparação do seguro saúde com os planos de saúde através da utilização de três campos de exploração: o marco legal e regulatório anterior e posterior à Lei 9656, a própria operação, através da utilização de balanços e comparação de indicadores e por fim a tentativa de estabelecer padrões de definição dos produtos.

VIANNA, Cid Manso de Mello. **O impacto das ações da ANS no mercado operador.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_RM_01_CManso_ImpactoAcoes.pdf>

Este trabalho trata sobre o impacto das ações da ANS no mercado operador, funções de financiamento e alocação de recursos, mercado de regulação e regulação e informação como instrumentos de política.

XAVIER, André Junqueira. **Sistemas de informação em planos de saúde: rede credenciada, usuários e ANS.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_OS_07_%20AJunqueiraXavier_SistemasInformacao.pdf>

Os aspectos escolhidos para estudo foram duas pontas de um sistema de informação automatizado: Em primeiro lugar a interface entre a operadora e sua rede credenciada, e em segundo lugar o contato entre o usuário e a operadora por meio da Internet em seguida são discutidos aspectos éticos e de segurança inerentes a sistemas de informação em saúde. Custos das redes de informação, acessibilidade aos usuários, ética e segurança na manipulação de dados de saúde são importantes para que a ANS possa aprofundar seu papel de regulação das operadoras de saúde.

ZETTEL, Valdir. **Implementação dos regimes especiais (direção técnica, direção fiscal, liquidação extra-judicial).** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_MI_03_VZettel_ImplementacaoRegimes.pdf>

Este trabalho faz uma abordagem das causas que levam as operadoras aos regimes especiais, permite uma visão do atual comportamento do mercado após a publicação da lei 9656/98, as regulações complementares que mais se destacaram para este fim, a comparação com os regimes especiais impostos por outros segmentos da economia que estão sujeitos a estes tipos de intervenções, em especial as previdências privadas, as

seguradoras e instituições financeiras de uma maneira geral. Conclui o presente trabalho com sugestões de acompanhamento pelo órgão regulador que possam minimizar este tipo de ingerência que acaba trazendo conseqüências quase sempre em prejuízo do consumidor.

8.2. Lista de endereços e bibliotecas virtuais

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
http://www.ans.gov.br

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa
http://www.anvisa.gov.br

Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – Aneps
http://www.anepsrj.com

Associação Brasileira de Educação Médica – Abem
http://www.abem-educmed.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem – Aben
http://www.abennacional.org.br

Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – Abenfisio
http://www.abenfisio.com.br

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
http://www.abepss.org.br

Associação Brasileira de Ensino Odontológico – Abeno
http://www.abeno.org.br

Associação Brasileira de Economia da Saúde – Abres
http://www.abres.cict.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco
http://www.abrasco.org.br

Banco Mundial
http://www.worldbank.org

Biblioteca Virtual em Saúde – BVS
http://www.bireme.br/php
Localizador de Informação em Saúde
http:// www.bvs-sp.fsp.usp.br

BVS – Economia da Saúde
http://economia.saude.bvs.br

BVS – Educação e Ciências da Saúde
http://educ.bvs.br

BVS – Integralidade
http://www.bvsintegralidade.cict.fiocruz.br

Cadernos de Saúde Pública
http://www.ensp.fiocruz.br/csp

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – Cedess
http://www.unifesp.br/centros/cedess

Centro de Estudos de Cultura Contemporânea
http://www.cedec.org.br

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário/USP – Cepedisa
http://hygeia.fsp.usp.br/cepedisa/

Conselho Nacional de Saúde – CNS
http://www.conselho.saude.gov.br/

Conselho Nacional de Secretários da Saúde – Conass
http://www.conass.org.br

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Consems
http://www.conasems.org.br

Departamento de Informática do SUS – Datasus
http://www.datasus.gov.br

Departamento de Medicina Preventiva/Unicamp
http://www.fcm.unicamp.br/deptos/preventiva

Departamento de Medicina Social/USP
http://www.fmrp.usp.br/rms/
Economia da Saúde e Avaliação de Tecnologias em Saúde: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Economia, Economia da Saúde, Avaliação de Tecnologias em Saúde.
http://www.Ufrgs.br/ppge/apresentacao.asp
http://www.ppge.Ufrgs.br/ats/clipping.php

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Ensp
http://www.ensp.fiocruz.br/

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV
www.epsjv.fiocruz.br
Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde – Fnepas
http://www.fnepas.org.br

Fundação Nacional de Saúde – Funasa
http://www.funasa.gov.br

Instituto Brasileiro de Direito da Saúde Suplementar
http://www.ibdss.org.br

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
http://www.ibge.gov.br

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – Icict
http://www.cict.fiocruz.br

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva /UFRJ – Nesc
http://www.iesc.ufrj.br/

Instituto de Medicina Social/Uerj – IMS
http://www.ims.uerj.br/

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea
http://www.ipea.gov.br

Instituto de Saúde Coletiva/Ufba – ISC
http://www.isc.ufba.br

Instituto de Saúde da Comunidade/UFF (Laboratório Universitário de Planejamento e Administração em Saúde – Lupa-Saúde)
http://webproplan.uff.br/catalogo/docentes/unidades/cms.htm

Instituto Oswaldo Cruz – IOC
http://www.ioc.fiocruz.br

International Health Economic Association
http://www.healtheconomics.org

Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – Lappis
http://www.lappis.org.br

Laboratório de Políticas Públicas/Uerj
http://www.lpp-uerj.net/

Ministério da Saúde
http://www.saude.gov.br

Núcleo de Assesoria, Treinamento e Estudos em Saúde – Nates
http://www.nates.ufjf.br

Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva/UCS – Nepesc
http://www.ucs.br/ucs/tplCCBS/centro/ccbs/nepesc

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/UFMG – Nescon
http://www.medicina.ufmg.br/nescon

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde/Ufrgs – EducaSaúde
http://www.Ufrgs.br/faced/pesquisa/educasaude

Núcleo de Estudos em Políticas Públicas/Unicamp
http://www.nepp.unicamp.br/

Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde – Nutes
http://www.nutes.ufrj.br

Organização Mundial da Saúde – OMS / World Health Organization – WHO
http://www.who.int

Organização Pan-Americana de Saúde – Opas
http://www.opas.org.br

Physis – Revista de Saúde Coletiva
http://www.ims.uerj.br/publs2.htm

Programa de Desenvolvimento Gerencial em Saúde/Ufrgs – PDG Saúde
http://www.ea.Ufrgs.br/pesquisa/gruposPesq.asp

Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde
http://www.racionalidadesmedicas.pro.br/

Rede Nacional de Informações em Saúde – Rnis
http://www.datasus.gov.br/rnis

Rede UNIDA
http://www.redeunida.org.br

Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional
http://www.fm.usp.br/to/reneto.php

Revista Brasileira de Educação Médica
http://www.abem-educmed.org.br/rbem

Revista Brasileira de Risco e Seguro
http://www.rbrs.com.br

Revista Ciência e Saúde Coletiva
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva

Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação
http://www.interface.org.br

Revista Latino-Americana de Enfermagem
http://ead.eerp.usp.br/rlae/

Scielo – Saúde Pública (Scientific Electronic Library Online)
http://www.scielosp.org

Sistema de Informação em Saúde do Mercosul
http://www.mercosulsaude.org

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
http://www.sbfa.org.br

Superintendência de Seguros Privados

http://www.susep.gov.br/principal.asp

World Health Organization – WHO / Organização Mundial da Saúde – OMS
http://www.who.int