

***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)



**MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR EM ALAGOAS: DESAFIOS PARA A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA UNIMED**.

Marcus Antônio de Souza Nobre Filho1

Abraão Gomes de Araújo2

**Resumo**



O comportamento do sistema de atenção à saúde no Brasil, desde os anos 1930, se apresenta a

partir de dois pontos complementares: a influência da estrutura produtiva do país sobre a

conformação do setor de atenção à saúde e o movimento do capital no interior do setor são

considerados em análise ao seu desempenho do sistema de atenção à saúde como ‘*locus’* de

acumulação de capital, de valorização de capital, de transformação técnica e social do processo

de trabalho médico e ainda como local político-ideológico de regulação pelo Estado de uma

dimensão importante da vida das populações. Como objetivo identificou dados analíticos

econômicos; analisou as necessidades de melhorias na gestão da Cooperativa Médica Unimed no

mercado atual alagoano. Como metodologia adotou a pesquisa de cunho hermenêutica

(documental) os recortes dos discursos das falas das opiniões dos teóricos e autores pelo método

da análise do discurso de Pêcheux que analisou acerca do funcionamento da operadora Unimed

no mercado de saúde suplementar em Alagoas, nos aspectos estratégico, econômico e financeiro.

Conclui-se que a ação de sustentabilidade assume outras características, englobando o público

interno e externo, além do investimento da preservação ambiental, mas, não necessariamente,

não privilegiando uma categoria em particular.

**Palavras-Chave:** Mercado de Saúde; Sustentabilidade Econômico-Financeira; Sistema Unimed.



SUPPLEMENTARY HEALTH MARKET IN ALAGOAS: CHALLENGES FOR SUSTAINABILITY OF THE UNIMED SYSTEM.

**Abstract**



The behavior of the health care system in Brazil since the 1930s is based on two complementary points: the influence of the country's productive structure on the conformation of the health care sector and the movement of capital within the sector. are considered in analysis to its performance of the health care system as a 'locus' of capital accumulation, of capital appreciation, of the

1. Egresso do Curso de Graduação em Administração do Cesmac. adm.coor.cesmac@gmail.com
2. Professor Mestre do Curso de Graduação em Administração Cesmac. adm.coor.cesmac@gmail.com



113



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

technical and social transformation of the medical work important dimension of people's lives. The objective was to identify economic analytical data; analyzed the needs for improvements in the management of Unimed Medical Cooperative in the current market in Alagoas. As a methodology, it adopted the hermeneutic research (documentary) the discourse discourses of the speeches of the opinions of theorists and authors by the discourse analysis method of Pêcheux which analyzed about the operation of the operator Unimed in the supplementary health market in Alagoas, in the strategic, economic and financial aspects. It is concluded that the sustainability action assumes other characteristics, including the internal and external public, besides the investment of environmental preservation, but, not necessarily, not privileging a particular category.

**Keywords:** Health Market; Economic-Financial Sustainability; Unimed System.



**1. INTRODUÇÃO**

O comportamento do sistema de atenção à saúde, no Brasil, desde os anos 30, se dá a partir de dois pontos complementares: A influência da estrutura produtiva do país sobre a conformação do setor de atenção à saúde e o movimento do capital no interior do setor. São considerados em análise, ao seu desempenho do sistema de atenção à saúde, como ‘*locus*’ de acumulação e de valorização de capital, de transformação técnica e social do processo de trabalho médico, e ainda como local político-ideológico de regulação pelo Estado, de uma dimensão importante da vida das populações.

Como objetivo geral analisou acerca do funcionamento da operadora Unimed no mercado de saúde suplementar em Alagoas, nos aspectos mercado de saúde, sustentabilidade e econômico-financeira.

E como objetivos específicos para operacionalizar o campo da pesquisa: analisou as concepções dos teóricos e autores acerca da epistemologia, do processo histórico e do marco regulatório neste campo de estudo; buscou compreender a sua condição ‘estruturante-funcional’ no mercado atual em nível global e em Alagoas e compilou os desafios para sustentabilidade da operadora Unimed.

Como metodologia adotou o método de análise do discurso Pêcheux e Foucault que possibilitou analisar acerca do funcionamento da operadora Unimed,



114



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

no mercado de saúde suplementar em Alagoas, nos aspectos mercado de saúde, sustentabilidade econômico-financeira.

Conclui-se que a ampliação da oferta de serviços de saúde como estratégia para o fortalecimento econômico de empresas assume outras características adesão livre e voluntária; gestão democrática pelos cooperados; participação econômica dos cooperados; autonomia e independência; educação, formação e informação; cooperação entre cooperativas e interesse pela comunidade englobando o público interno e externo, além do investimento na preservação ambiental.

A seguir tem-se o campo da metodologia e do método apontando os resultados e discussão da pesquisa.

**2. METODOLOGIA**

Adotou a pesquisa de cunho hermenêutica (documental) os recortes dos discursos e das falas das opiniões dos teóricos e autores pelo método da análise do discurso de Pêcheux que possibilitou analisar acerca do funcionamento da operadora Unimed, no mercado de saúde suplementar em Alagoas, nos aspectos mercado de saúde, sustentabilidade econômico-financeira.

2.1. **Material e Métodos**

Do ponto de vista da metodologia de análise do discurso aqui encontrou em Pêcheux a maneira de se fazer a leitura, a constituição do *corpus*. Questionou-se: Qual a nova forma de se fazer a leitura? Com a semântica discursiva apropriou-se dos vários conceitos que vão trabalhar o campo teórico, posicionou na estrutura do documento o tópico 3 análise do discurso pelo viés hermenêutico. Pêcheux esclarece os fundamentos de uma teoria materialista do discurso nas transformações das relações de produção.

Para processar a análise do discurso partiu-se do método dos recortes de textos (paráfrases), observando diretamente nele contido a formação discursiva –



115



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

que é o que pode ou não ser dito e nesse movimento chega-se a uma formação ideológica.

Partiu-se, também de um enunciado, este se remeteu a um discurso que possui memória (o que foi dito?) para entender, segundo a posição do sujeito para se conhecer a formação ideológica.

A produção do sentido na análise do discurso aqui partiu de uma formação discursiva (domínio de saber – são determinada formação de enunciação de já dito) – o movimento da repetição/diferença substituição da paráfrase é o próprio movimento do discurso. O sujeito é afetado por estas relações. Os processos discursivos no estudo teve origem nos discursos e falas dos teóricos, mas que se reproduziu no sujeito (Unimed). A ideologia existe para e no sujeito.

**3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os recortes, abaixo relatados, formatam partes do discurso, que se principia para a agregação do valor da análise dos mesmos na fala dos epistemólogos, segundo a vertente de análise de mercado de saúde suplementar em Alagoas, através das categorias de análise: Mercado de Saúde; Sustentabilidade Econômico-Financeira e Sistema Unimed, pois estas se interceptam no discurso que alimenta a análise de forma amadurecida na fala dos teóricos em recortes.

Assim procedeu-se, pelo método dos recortes, identificou no campo epistemológico os teóricos da escola de administração de estratégica que se reportam as categorias de análise citadas para verter concepções entorno do mercado de saúde construindo a relação entre elas, emanado a partir daqui o enunciado da epistemologia: o construto filosófico metodológico do mercado de saúde; sustentabilidade econômico-financeira e sistema Unimed na Cooperativa e Operado de Saúde para propor em forma de contribuição, estratégias de desenvolvimento para o Sistema Unimed como mecanismo de utilização nos processos de reflexão e discussão em seu planejamento sobre o mercado de saúde.



116



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

Considerando a ordem das categorias que se sucedem numa lógica proposital para apreender, compreender e entender a temática: ‘Mercado de saúde suplementar em Alagoas: desafios para a sustentabilidade do Sistema Unimed’ têm-se os recortes abaixo, na formatação hermenêutica buscando apreender o discurso formal, a fala e as opiniões dos teóricos, neste campo de estudo, sucedendo a análise das confluências e contradições dos mesmos em sua postura no discurso, na fala e nas opiniões.

Quanto a **categoria 1 de análise Mercado de Saúde Suplementar** o estudo recortou no discurso dos teóricos envolvidos nas obras que retratam a categoria citada acima.

Neste cenário epistemológico da teoria crítica Sestelo (2013: 39) em sua obra ‘Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre articulação público/privada na assistência à saúde’ nos recortes de 1 a 5 abaixo afirma

R1 [...] Nessa perspectiva, Braga & Paula avaliaram o comportamento do sistema de atenção à saúde no Brasil, desde os anos 1930, a partir de dois pontos complementares: a influência da estrutura produtiva do país sobre a conformação do setor de atenção à saúde, e o movimento do capital no interior do setor. Eles consideraram, em sua análise, “o desempenho do sistema de atenção à saúde como ‘*locus’* de acumulação de capital, de valorização de capital, de transformação técnica e social do processo de trabalho médico e ainda como local político-ideológico de regulação pelo Estado de uma dimensão importante da vida das populações”

R2 [...] A articulação entre os elementos públicos e privados na assistência

* saúde é um tema estratégico para o sistema de saúde no Brasil. Diversos autores têm elaborado contribuições relevantes para a sua abordagem na atual conjuntura estabelecendo, no campo acadêmico, com base em diferentes referenciais teóricos, uma interessante discussão sobre as características e as especificidades do esquema assistencial em voga com destaque para o papel dos planos e seguros de saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

R3 [...] De forma convergente, Cordeiro, utilizando o conceito de “complexo médico-empresarial da saúde”, examinou o aumento da afluência do capital industrial e financeiro para o setor, a concentração empresarial dos meios de trabalho médico e a transformação da prática autônoma em trabalho assalariado.

R4 [...] A função estatal de proteção do interesse público frente às estratégias econômicas dos agentes privados foi transferida, no Brasil, em parte, para agências regulatórias, com base na concepção de um Estado regulador, mas não necessariamente provedor de serviços.



117



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

R5 [...] Embora a ANS (Agência Nacional de Saúde) esteja na esfera do Ministério da Saúde, a sua atuação guarda com o SUS uma interlocução precária, que se refere, principalmente, ao ressarcimento de despesas geradas por clientes de planos e seguros de saúde em hospitais da rede pública. Tal mecanismo de ressarcimento, em si mesmo estritamente econômico, além de não prover compensações pecuniárias efetivas é, como salienta Menicucci, um potente indicador da precariedade da regulação assistencial.

Observando os recortes 1 a 5 acima a criação, evidenciam um cenário histórico de evolução no Brasil, do SUS entre as décadas de 1980 e 1990, ocorreu em um cenário de viés ideológico neoliberal que propugnava a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços, inclusive relativos à saúde, e uma redução no papel do Estado como provedor direto destes serviços. A visão tradicional da dicotomia Estado vs. Mercado foi substituído pela de mescla (mix) público/privada, acompanhada por mudanças micropolíticas, como a introdução de contratos de gestão dentro de organizações públicas.

Adentrando a esta concepção dos recortes procedidos na primeira categoria de análise, observa-se, que o discurso neles apontado sob a ótica de Michel Pêcheux, ainda é e será para o objeto de uma busca infinita sem cessar. Respalda esta observação como análise desta instância que é no discurso, precisamente, que se concentra se intrinca e se confunde, como um verdadeiro nó, as questões relativas à língua, à história e ao sujeito. E é, também, onde se cruzam as reflexões de Pêcheux sobre a história das ciências e sobre a história dos homens. O discurso constitui-se, assim, no verdadeiro ponto de partida de uma “aventura teórica”.

A função estatal de proteção do interesse público frente às estratégias econômicas dos agentes privados foi transferida, no Brasil, em parte, para agências regulatórias, com base na concepção de um Estado regulador, mas não necessariamente provedor de serviços.

Essas agências, dotadas de maior autonomia administrativa e constituídas por um quadro estável de burocratas especializados, supostamente, tenderiam a exercer a função regulatória com maior eficiência normativa e independência



118



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

política, assumindo o formato de autarquias sob regime especial. Na área da saúde, foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ANS.

Para que essa mudança aconteça à ênfase na regulação econômico-financeira guarda relação com as peculiaridades encontradas no processo de estruturação desse órgão. Ao contrário de outras agências criadas para atuar sobre novos mercados (telecomunicações e energia elétrica, por exemplo) surgidos com o processo de privatização de empresas públicas, a ANS encontrou um setor já estruturado, em crescimento e com fortes ligações com o mercado financeiro.

A atual saúde suplementar é um objeto que ainda requer investigação, em especial, sobre os conceitos utilizados na sua construção e sobre os referenciais teóricos utilizados em sua abordagem, no sentido de explorar a extensa interface público/privada que articula a estrutura social e econômica às políticas de Estado na área da saúde.

A opção pela não problematização da questão fundamental da compra e venda de serviços acaba contribuindo para a sua naturalização, o que, em última instância, pode representar o abandono do projeto de um sistema único de saúde, público e com acesso universal.

Neste sentido, todos se interessam pelas questões discursivas e, por alguma razão, serão tocados por elas, serão instigados a aventuras por esse caminho, nunca plano, nem acabado, mas, ao contrário, sempre tortuoso e deslizante, um verdadeiro “processo sem início e nem fim” (parafraseando Althusser).

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



119



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

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

O foco no desenvolvimento econômico e na padronização de estruturas de cooperação que possibilitem o intercâmbio de mercadorias e serviços entre os países membros define o viés dos elementos conceituais veiculados por essa organização.

O conceito de mescla (mix) público/privada, por exemplo, carrega uma visão que toma sem distinções qualitativas os elementos públicos e os privados do sistema de serviços de saúde para compor um cenário, onde cada país elabora um esquema próprio para a sua população.

O argumento é de que a expansão da oferta de planos de saúde ambulatoriais a preços populares e o compartilhamento dos riscos financeiros do uso de serviços de alto custo com o Estado seriam elementos necessários para o fortalecimento das pequenas e médias empresas do setor e gerariam aumento da oferta de empregos e de arrecadação para o Estado.

Se estabeleceria um ciclo virtuoso de benefícios econômicos, coroado com a prestação de serviços de saúde de qualidade diferenciada, característica dos prestadores privados, e ainda com o alívio da demanda sobre o sistema público.



120



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

A falácia desse argumento se revela apesar da habitual estratégia de dissimulação baseada em uma retórica conceitualmente convergente ao sistema público, na disputa prática e feroz pelas fontes públicas de financiamento.

Neste interim da análise do discurso outro teórico Salvatori (2011) em sua obra ‘A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: Onze anos de Regulação dos Planos de Saúde’ nos recortes de 6 a 11 abaixo afirma

R6 [...] É por meio de atos normativos que a ANS regula o sistema de saúde suplementar. Entretanto, a despeito do quantitativo elevado de normas, cabe refletir sobre o desempenho da ANS, uma vez que o excesso da regulamentação editada pode não ter se traduzido em equilíbrio do mercado.

R7 [...] criação de um órgão com independência administrativa, financeira, patrimonial e de recursos humanos, ausência de subordinação hierárquica, sob o modelo de agência reguladora, tinha o principal objetivo de afastar a interferência política das decisões técnicas oriundas desses órgãos, mediante decisões tomadas por um colegiado de cinco diretores com mandatos fixos e não coincidentes.

R8 [...] Cabe elucidar que, justamente, pela composição da direção das agências reguladoras não serem fruto de um processo democrático de eleição de seus representantes, todo ato normativo emanado por uma agência reguladora, para ser válido, deve passar por um processo de consulta pública.

R9 [...] as agências reguladoras buscam a resolução do conflito pelo consenso entre as partes, monitorando o processo de negociação, sem que uma das partes (o administrado) tenha de cumprir uma determinada decisão. Entretanto, quando essa mediação fracassa, diante de uma situação em que haja lesão a algum direito ou a alguma norma setorial, a agência reguladora, obrigatoriamente, deve posicionar-se no sentido de aplicar a sanção correspondente, de acordo com os regramentos setoriais vigentes.

R10[...] A atuação da ANS veio de encontro a algumas práticas abusivas, procurando garantir, mediante um arcabouço normativo, o desenvolvimento de contratos que ofertassem um rol mínimo assistencial, sem limites de consultas médicas e de internação, reajustes financeiros controlados e seguindo critérios predeterminados, acesso igualitário a portadores de doenças preexistentes, uma qualidade mínima nos serviços de saúde prestados, dentre outros avanços.

R11[...] A ANS vem empreendendo esforços na direção de um acompanhamento proativo das condutas das operadoras, podendo, inclusive, utilizar-se de dispositivos legais, como termos de ajustamento de conduta e regimes especiais de direção, para atingir o fim último da garantia do interesse público na assistência suplementar à saúde.



121



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

Em atenção aos recortes 6 ao 11 a voz de Foucault observando as prerrogativas da análise do discurso aos recortes citados acima, este aponta que as condições de produção, as formações ideológicas e discursivas por si só não respondem a análise do discurso. É necessário separar o que é do discurso da autoria e o que é do outro [da ANS, grifo nosso]. O assujeitamento é o aprisionamento do sujeito à ordem jurídica da [ANS... grifo nosso].

Observa-se, nos recortes pela lógica de Foucault, resignificando – efeitos do discurso. O discurso da imagem [das proposições políticas da ANS...grifo nosso] inserido no discurso dos teóricos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que pensa ser adotadas pelas organizações. Como o discurso destas políticas é produzido? Onde? E de que forma se materializa? Aqui, no estudo, neste intervalo de análise da segunda categoria de análise, o discurso nasce da base histórica (relações histórica-filosófica-epistêmica – materialismo histórico – história e ideologia da ANS), se materializa nas condições de produção e volta à análise do discurso. Na análise do discurso o sujeito é da ideologia – contradição teórica.

Nesta confluência na cadência discursiva sobre o mercado de saúde suplementar no cunho histórico temporal adentra a este cenário Moraes (2002), a origem das Agências Reguladoras é inglesa, por meio da criação pelo Parlamento, em 1834, de diversos organismos autônomos, com o objetivo de aplicação dos textos legais. Mais tarde, os Estados Unidos implementaram um modelo administrativo estatal baseado no modelo de agências reguladoras.

De acordo com os estudos de Ventura (2004), a base jurídico-administrativa dos Estados Unidos foi estruturada, desde o seu início, pelo intervencionismo indireto do Estado por meio da atuação do poder normativo, mediador e fiscalizatório das agências reguladoras, com o objetivo de mediar interesses do setor, propor diretrizes públicas, tutelar e proteger interesses dos segmentos hipossuficientes.



122



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

O modelo institucional regulatório brasileiro foi fortemente influenciado pelo modelo norte-americano, com inspiração, também, na experiência britânica pós-privatização (MASHAW, 1997), em formato e operacionalização que permitissem um sistema de procedimentos destinados a garantir sua transparência e a possibilidade de de ampla manifestação e defesa das partes atingidas.

A regulação compreende o ato de sujeitar-se a regras, aproximando-se do sentido de normatizar (VENTURA, 2004). De acordo Salomão Filho (2001), o termo regulação refere-se à intervenção do Estado na atividade econômica, por meio da concessão do serviço público ou do exercício do poder de polícia. Portanto, a regulação está ligada à ideia de atividade intervencionista do Estado e, no Brasil, tal modelo se justificou em um momento no qual o Estado poderia perder o poder de interferir na prestação de determinados serviços.

Em 1995, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado diagnosticou uma crise fiscal, decorrente da perda de crédito estatal, do esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado e da forma político-burocrática da administração pública. Esses três elementos foram apontados como os principais problemas do Estado Brasileiro (NUNES; RIBEIRO; PEIXOTO, 2007)

Segundo Ventura (2004), preservar-se-ia a estabilidade dos dirigentes, a autonomia na gestão administrativa do órgão regulador, fontes próprias de recurso e a não vinculação hierárquica da agência a qualquer instância do governo. Entretanto, deve ser salientado que a escolha desses membros da Diretoria Colegiada obedece a critérios político-partidários, o que pode comprometer profundamente o processo regulatório, com recorrentes possibilidades de captura1 do órgão regulador por parte de agentes econômicos com a exclusiva intenção de subverter os princípios do mercado a favor de interesses particulares.

Esse movimento de reforma regulatória tinha o objetivo de produzir eficiência macroeconômica pela indução e regulação da concorrência em áreas de monopólios e criar mecanismos, conforme aponta Costa (2008), para implementar



123



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

políticas no contexto da pós-reforma do Estado, buscando estimular a concorrência e diminuir a regulação formal e burocrática. Esse modelo de organismo público açambarcava o exercício de amplos poderes normativos, fiscalizatórios e conciliatórios, atuando na regulação dos monopólios, na regulação da competição e na regulação social (VENTURA, 2004)

Dessa forma, as Agências Reguladoras e, nesta seara, a ANS, foram instituídas para combater as falhas de mercado, como a seleção adversa2, o risco moral3, a assimetria de informação4 entre agentes econômicos e as externalidades negativas5 provenientes das relações econômicas entre agentes e, por conseguinte, assegurar a competitividade de setores da economia, universalizar serviços e promover interesses dos consumidores (PELTZMAN, 2004; POSNER, 2004)

A atuação das Agências como quase legislativo e quase judiciário é criticada por especialistas da área do direito, uma vez que consideram que as agências não atuam sob um marco regulatório adequado que defina, claramente, suas atribuições, e que isso configura uma evidente invasão aos campos de atuação exclusiva de outras instituições (WALD; MORAES, 1999).

Todavia, o poder normativo de uma agência reguladora é oriundo de sua atividade regulatória, uma vez que, no cumprimento legal de editar regras para o setor regulado, o faz por meio de normativos setoriais (resoluções e instruções normativas). Sobre essa situação específica, Menezello (2002), Ventura (2004), Nunes, Ribeiro e Peixoto (2007) entendem que o poder regulador é proveniente da delegação de competências do Poder Legislativo e Executivo às agências reguladoras, para que possam, de fato, cumprir seu papel de agente regulador, atendendo às necessidades do setor específico, de acordo com os princípios jurídicos vigentes.

Ventura (2004, p. 144) expõe, também, que “esse poder legislativo das Agências é uma forma de aprofundamento da função normativa do Estado, visto que apenas leis gerais são insuficientes para defender e regular o interesse



124



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

público”. Nessa perspectiva e exatamente por esses motivos, ambiente em constante mudança e ineficácia de leis gerais para a garantia do interesse público no mercado regulado pelas agências reguladoras, é que se torna justificável uma atuação normativa delegada pelo legislador que cria e estipula os limites da atuação das agências reguladoras. Logo, pode-se dizer que a agência reguladora

* um braço do poder legislativo, atuando nos limites da Lei que a criou, com a finalidade de gerar políticas e instrumentos normativos para o setor de sua competência, pautando-se nos princípios de eficiência, celeridade e robustez técnica de suas decisões.

Outro teórico, em contribuição a narrativa discursiva acerca da categoria de análise primeira já citada, Costa (2007) em sua obra ‘O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil’ nos recortes de 12 a 13 abaixo afirma

R12 [...] O regime regulatórios de mercados competitivos ou cartelizados (como a indústria de medicamentos) registra a dificuldade de desenvolvimento de capacidade institucional para projetar, implantar e manter um controle efetivo de qualidade de serviços e produtos.

R13 [...] O regime regulatórios de mercados competitivos ou cartelizados (como a indústria de medicamentos) registra a dificuldade de desenvolvimento de capacidade institucional para projetar, implantar e manter um controle efetivo de qualidade de serviços e produtos.

A ANS, ao contrário, surge em função das falhas observadas entre as empresas e os consumidores. Suas funções se orientam à correção dos desequilíbrios nas relações entre empresas, prestadores e clientes. Esta correção exigirá, ainda assim, uma maior definição do padrão de competitividade proposto para o setor, que tem sido a base da ação das demais agências da indústria de serviços de utilidade pública.

O arranjo organizacional de regulação da prestação de serviços de saúde pelo desenho de agência delegada não teve paralelo na experiência setorial da saúde brasileira, ainda que o processo de descentralização da prestação de saúde e da vigilância em saúde tenha dado ao Ministério da Saúde poderes quase legislativos, como identifica a literatura para outros contextos. O desenho de um modelo regulatório que gere eficiência das empresas, responsabilidade



125



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

social e qualidade na atenção à saúde constituem-se, de fato, em um desafio, pelo aprendizado que pode trazer para a gestão pública na saúde.

A orientação de um regime regulatório define, em grande medida, o que é aceitável para a interação entre Estado e o setor privado. As preferências dos agentes estatais influenciam nas interpretações sobre as tendências do mercado, nas aplicações das lições de outros países e no modo que a nova regulação é colocada em prática.

Em razão do forte poder de intervenção sobre o mercado de planos de saúde, o problema da delegação de poder à agência reguladora e da estabilidade das regras e normas instituídas ao setor regulado assume uma importância crucial para a credibilidade do regime regulatório e perspectivas futuras do setor.

A legitimidade da regulação no campo da atenção à saúde traz, de fato, um problema teórico adicional, tendo em vista que as experiências bem-sucedidas no setor são aquelas em que o governo regula as condições sistêmicas de financiamento e provisão de bens públicos e serviços de saúde. Os modelos de regulação sistêmicos privilegiam a decisão do governo na alocação e no uso dos recursos. A experiência de regulação da “indústria de seguro de saúde” é característica do arranjo institucional do sistema de saúde dos Estados Unidos, embora a Europa venha se defrontando com o tema em função da presença dos planos de saúde voluntários em muitas economias nacionais. O padrão de regulação pontual observado nos Estados Unidos tem ampliado a fragmentação, inibiu a universalização, não controlou a expansão dos gastos e nem a alocação ineficiente de recursos. Este é certamente o desafio para o futuro do regime de regulação dos planos de saúde no Brasil.

A integralidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado interessante debate na tentativa de transformá-la em conceito(s) operacional(ais) que sirva(m) à avaliação dos progressos assistenciais do Sistema de Saúde.



126



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

Junior (2007) em sua obra ‘Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade’ no recorte de 14 abaixo se posiciona

R14 [...] A integralidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado interessante debate na tentativa de transformá-la em conceito(s) operacional(ais) que sirva(m) à avaliação dos progressos assistenciais do Sistema de Saúde.

Se pensarmos o processo de mudança de modelo tecnoassistencial pretendido pelo SUS (ANS inclusa), no âmbito público e suplementar, como uma reestruturação produtiva na saúde com transição tecnológica (do predomínio das tecnologias duras ao predomínio das leves), os conceitos e abordagens avaliativas que ajudem a perceber a integralidade atuarão como verificadores da direcionalidade pretendida.

Acolhimento, vínculo-responsabilização, processo de trabalho, qualidade da atenção, coordenação do cuidado, percepção da qualidade da atenção pelos usuários e trabalhadores, estrutura, articulação da rede, intersetorialidade, sistema de informação para o cuidado, equidade e mecanismo de controle de acesso, gestão participativa, processo avaliativo como dispositivo de controle pela sociedade possibilitam novos olhares e perspectivas de avaliação dos serviços de saúde, onde a integralidade é vista como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Os sentidos da integralidade encontrada na literatura internacional apresentam desde atributos como acesso, capacidade dos profissionais de perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, articulação da equipe multiprofissional nos serviços até oferta de serviços que compreendam desde a promoção da saúde à reabilitação de sequelas e a possibilidade de articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica para resolução dos problemas da população.

Stivali (2011) em sua obra ‘Regulação da Saúde Suplementar e Estrutura Etária dos Beneficiários’ nos recortes de 15 a 16 abaixo afirma



127



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

R15 [...] A intensificação da mudança na estrutura etária da população brasileira apresenta uma série de desafios para a saúde suplementar, assim como para os outros sistemas de proteção social do País. As edições de 1998 e de 2003 do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (Pnad-IBGE) coincidem com mudanças importantes na regulação dos planos de saúde, a saber, a Lei no 9.656/981 e a Lei no 10.741/032 (Estatuto do Idoso).

R16 [...] O objetivo dessa regulação é limitar a capacidade das operadoras de discriminar, por idade, o valor das contraprestações pagas pelos beneficiários de planos de saúde, impondo um elemento de equidade ao sistema. Essa regra é relevante para o funcionamento da saúde suplementar, pois, do ponto de vista econômico, os planos de saúde são uma modalidade de seguro, isto é, em caso de adoecimento, a operadora de planos garante assistência à saúde ao segurado (beneficiário), tendo como contrapartida o pagamento contínuo de prêmios (contraprestações).

Para que o financiamento saúde suplementar funcione adequadamente é necessário que as operadoras de planos de saúde mantenham seu equilíbrio atuarial, cada operadora deve ter um conjunto de beneficiários – chamado de pool de risco – equilibrado. Se o conjunto de beneficiários for composto apenas por pessoas que usam intensivamente a assistência à saúde, o plano será incapaz de arcar com as despesas.

O envelhecimento populacional implica justamente na alteração da composição do pool de risco das operadoras e, segundo a previsão teórica dos modelos microeconômicos, isso criaria tensões nas regras de solidariedade intergeracional existentes na regulação do setor.

No caso dos cuidados à saúde, os riscos estão associados a características inerentes dos beneficiários e refletem sua possibilidade de adoecer ou, do ponto de vista da operadora, gerar despesas (ademais, do lado da oferta, pode-se citar a rede de prestadores vinculada à operadora como um determinante importante do valor das contraprestações).

As principais formas de incorporar o risco na determinação das contraprestações de planos de saúde são: (1) Community rating: Sistema de fixação dos prêmios que exige que todos os segurados (de uma mesma região, de uma mesma empresa, de um mesmo plano) paguem valores iguais pelo



128



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

mesmo plano. O valor do prêmio depende então do risco médio do grupo (pool de risco), há compartilhamento total de risco. (2) Modified Community rating: É como o community rating puro, mas é permitida alguma variação nos prêmios segundo um critério pré-estabelecido (idade e/ou sexo, por exemplo). O valor do prêmio depende então do risco médio de cada subgrupo e de quanto um subgrupo subsidia o outro, há compartilhamento parcial de risco. (3) Experience rating: Sistema de fixação dos prêmios que se baseia no uso do seguro pelo consumidor (isto é, quanto mais o plano for utilizado maior será seu custo nos períodos seguintes).

No modelo de referência para a análise microeconômica de seguro-saúde3,4, que condensa os conceitos descritos acima, há permanentemente um trade-off entre a eficiência do mercado e a equidade, determinado pela capacidade de discriminação dos beneficiários segundo seus riscos pelas operadoras. Sendo um dos resultados possíveis o colapso do mercado (devido a uma “espiral de seleção adversa”) no caso da imposição de um mesmo valor de contraprestações (mensalidade) para todos os beneficiários de planos.

No caso da saúde suplementar no Brasil, a regulação impede a discriminação entre os segurados por parte das operadoras, sendo possível cobrar prêmios diferentes por um mesmo produto apenas entre grupos etários diferentes. Essa regulação tem como marcos a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Lei no 9.9611, de 28 de janeiro de 2000. Nos anos seguintes essas leis foram alteradas por uma série de medidas provisórias, alcançando relativa estabilidade após o ano 2000.

Quanto às variações do valor das contraprestações, a regulação do setor estabelece que elas possam ser ocasionadas por três diferentes motivos: variação por faixa etária, reajuste por variação de custo e reequilíbrio econômico financeiro do contrato. Devido ao primeiro motivo, o financiamento na saúde suplementar brasileira é chamado de mutualismo com solidariedade



129



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

intergeracional (que corresponde ao modified community rating). Por mutualismo entende-se que, dentro de cada faixa etária, o prêmio é igual para todos os membros daquele plano e é determinado pelo risco médio daquele grupo.

Ou seja, os indivíduos mais saudáveis (de menor risco) subsidiam aqueles menos saudáveis (de maior risco), dentro da mesma faixa etária. Por solidariedade intergeracional, entende-se que os segurados das faixas etárias mais jovens (de menor risco) subsidiam os indivíduos mais idosos (de maior risco). Além disso, na regulação da saúde suplementar há uma limitação no quanto os prêmios podem ser diferentes entre as faixas etárias de um mesmo plano.

O envelhecimento populacional estaria justamente modificando o peso relativo dos diferentes grupos de risco, no caso, determinado pelas faixas etárias, na carteira das operadoras. A sustentabilidade do esquema de financiamento dependeria então da tolerância dos consumidores mais jovens ao nível de subsídio cruzado imposto pela regulação, e do quanto o peso desses grupos, idosos e jovens, será diferente.

A variação das mensalidades (contraprestações) dos planos de saúde segundo as faixas etárias dos beneficiários impõe um elemento de solidariedade ao financiamento da saúde suplementar. No gradiente possível entre eficiência plena (discriminação total de risco) e equidade plena (community rating puro) as faixas representam uma escolha intermediária que permite o acesso a cuidados à saúde para várias pessoas, que em outro esquema de financiamento estariam excluídas por serem incapazes de pagarem pelo serviço, sem expulsar do sistema os beneficiários mais saudáveis.

A mudança da estrutura etária da população brasileira, passando a uma situação com maior predominância de idosos nos próximos anos, apresenta um desafio para a manutenção dessa regra. O envelhecimento populacional significa que o grupo com maiores despesas no sistema aumentará sua participação, exigindo um subsídio maior dos mais jovens.



130



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

* comum que os beneficiários de planos de saúde percebam o reajuste por faixas etárias como um mecanismo prejudicial aos idosos e não o contrário. Por outro lado, também é comum que as operadoras de planos fiquem insatisfeitas com a regulação que a proíbe de cobrar mais dos beneficiários que estão associados a maiores custos.

Outro teórico vem à baila a este cenário discursivo, Duarte (2001) em sua obra ‘UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil’ no recorte de 17 abaixo diz categoricamente

R17 [...] As cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por vinte participantes no mínimo, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas. As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos coopera dos responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não há alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso. A Cooperativa de Trabalho Médico UNIMED corresponde praticamente à totalidade deste segmento.

E nestas prerrogativas acima recortadas além de caracterizar uma organização profissional na concepção de Mintzberg, a UNIMED é uma empresa cooperativa, com modelo organizacional específico e diferenciado em relação às empresas tradicionais. Os principais traços que distinguem uma cooperativa são a participação dos cooperados nos processos decisórios – cada trabalhador, um voto – e a divisão do lucro conforme o trabalho e não conforme o capital (Pinho, 1982, 1987; Schneider, 1998). A combinação de características desses dois modelos de organização imprime à UNIMED uma história e um desenho peculiares, os quais expressam os caminhos percorridos por dirigentes da categoria médica para conformar uma organização capaz de otimizar as possibilidades de ocupação do mercado de trabalho e fugir da submissão salarial a empresas médicas, adotando o discurso do exercício liberal, ético e socialmente comprometido da profissão.



131



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

As cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por vinte participantes no m í n i m o, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas. As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos coopera dos responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não há alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso.

A Cooperativa de Trabalho Médico UNIMED corresponde praticamente à totalidade deste segmento.

Pietrobon (2008) em sua obra ‘Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor’ nos recortes de 18 a 19 abaixo afirma

R18 [...] O atual sistema de saúde no Brasil está sedimentado na premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa à saúde como um direito de todos os brasileiros, cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas. Esse sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (BRASIL, 2007).

R19 [...] O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é um sistema universal de saúde com financiamento público e participação das esferas da federação, gestão pública, única, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência, através de serviços de rede própria de municípios, estados e União, de serviços públicos de outras áreas de governo e de serviços privados contratados ou conveniados (BRASIL, 2007).

O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público (BAHIA, 2001). Por outro lado,



132



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público - neste caso, o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços.

O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público (BAHIA, 2001). Por outro lado, poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público - neste caso, o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços.

Vieira (2005) em sua obra ‘O Campo da Saúde Suplementar no Brasil’ no recorte 20 abaixo afirma

R20 [...] Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que tem o papel de regular o campo, com base nos recursos de poder auferidos pela legislação, a estrutura operacional de fiscalização com abrangência nacional, a independência administrativa e financeira, propiciada pelo sistema de mandato dos seus diretores e a captação de taxa das operadoras de planos de saúde, para suporte às suas atividades.

As operadoras de planos privados de saúde, que têm o papel de estruturar a prestação sistêmica dos serviços de saúde, contratando redes de assistência para o atendimento aos seus clientes, contratantes destes serviços. O poder deste ator reside na estrutura organizacional de que dispõem amplas e presente em toda a federação, assim como no poderio econômico que viabiliza a eficácia de ações de lobby no Poder Legislativo.

Os prestadores de serviço de assistência à saúde, que englobam a classe médica, as clínicas e hospitais de diagnóstico-terapêuticos, efetivando a prestação dos atendimentos aos detentores de planos de saúde, posteriormente remunerados pelas operadoras. Os recursos de poder deste ator estão na sua organização, na forma de conselhos e associações; na bancada formada por donos de clínicas e hospitais no Poder legislativo; e nos códigos de caráter ético, que brandem contra as operadoras e médicos contratados por estas.



133



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

A teoria econômica clássica tradicionalmente analisa o fenômeno da competitividade entre as organizações com fundamento na lógica instrumental da eficiência, derivada da escolha racional dos recursos requeridos pelo sistema produtivo, no raciocínio de que estas conformariam espaços atomizados de unidades coletivas de ação no mercado, o qual, por sua vez, atuaria como regulador do sistema (FERGUSON, 1989).

Os consumidores de planos de saúde, que contratam e utilizam os serviços de saúde, os quais, na defesa dos seus interesses, ainda não se estruturaram em sociedades civis para enfrentamento de questões lesivas aos seus direitos, mas que contam com recursos de poder advindos de entidades externas, como o Poder Judiciário, o Poder Executivo - na figura dos PROCON - e sociedades civis, de caráter privado, como o IDEC, que atuam cada qual na sua esfera de competência, no sentido de salvaguardar direitos prescritos no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos privados de saúde.

A classe médica, que percebendo a inexorabilidade da instituição das empresas prestadoras de serviços médicos, inúmeras provenientes do setor financeiro, que restringiu a atividade liberal dos médicos, soube se organizar tanto na forma de operadoras de planos de saúde, como no caso das UNIMED, concorrendo no mercado em igualdade de condições, mas também no aperfeiçoamento de seus recursos de poder, contidos no fortalecimento da sua estrutura normativa e de representação, ou seja, das normas de conduta e da contratação do trabalho médico e os CFM e AMB, dentre outras (BAHIA, 2001).

A segmentação das operadoras obedece a seguinte tipologia: as medicinas de grupo; as cooperativas médicas; as autogestões e as seguradoras, cada qual com regras específicas de organização e funcionamento, sendo que algumas, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia, podem ter fins lucrativos ou não (BRASIL, 2002).

A segmentação das operadoras obedece a seguinte tipologia: as medicinas de grupo; as cooperativas médicas; as autogestões e as seguradoras, cada qual



134



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

com regras específicas de organização e funcionamento, sendo que algumas, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia, podem ter fins lucrativos ou não (BRASIL, 2002).

Pode-se concluir com esta primeira categoria de análise que a Saúde suplementar no Brasil vislumbra sobre a égide da crítica ao atual modelo de regulação da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde encontrada no material revisado, reafirma a concepção de que o esforço regulatório mais efetivo seria aquele voltado à revisão das interferências indesejáveis da dinâmica de compra e venda de planos de saúde sobre o conjunto do sistema.

Adentrando a análise, desta feita, na conformidade da análise no que tange a categoria 2, **Sustentabilidade Econômico-Financeira** esta se fundamenta pela lógica da narrativa discursiva e a sua formação expressa, o estudo recortou 21 e 23 no discurso dos teóricos nas obras

Considerando o termo sustentabilidade Philippi (2001) diz

R21[...] é a capacidade de se auto sustentar, de se auto manter. Uma atividade sustentável qualquer é aquela que pode ser mantida por um longo período indeterminado de tempo, ou seja, para sempre, de forma a não se esgotar nunca, apesar dos imprevistos que podem vir a ocorrer durante este período. Pode-se ampliar o conceito de sustentabilidade, em se tratando de uma sociedade sustentável, que não coloca em risco os recursos naturais como o ar, a água, o solo e a vida vegetal e animal dos quais a vida (da sociedade) depende.

R22[...] Apesar de apresentarem similaridades torna-se comum relacionar desenvolvimento sustentável a políticas públicas e sustentabilidade as demais ações. A partir desta explanação o termo a ser utilizado neste trabalho será sustentabilidade, pois relaciona o termo com as empresas e organizações.

Altenfelder (2004) cita

R23[...] Na área empresarial a preocupação com a sustentabilidade tem se generalizado, e um grupo mais envolvido com esta inquietação criou uma entidade voltada à sustentabilidade empresarial, ligada ao movimento internacional de empresários com este foco.

O objetivo fundamental de qualquer organização é obter o maior retorno possível sobre o capital investido. Para tanto, utiliza-se de ferramentas



135



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

disponíveis para estar à frente dos concorrentes, obtendo maiores margens e fatias de mercado.

No entanto, com as mudanças em sentido global, além dos fatores econômicos e estruturais, outros começam a fazer parte da responsabilidade das empresas, que são as questões do meio ambiente natural e as questões sociais. Para que as organizações [nosso caso cooperativas de saúde] possam contribuir para a sustentabilidade devem modificar seus processos produtivos, quando for necessário, para se tornarem ecologicamente sustentáveis.

Coral (2002) se posiciona categoricamente

R24[...] Isto implica em construir sistemas de produção que não causem impactos negativos e mesmo estejam contribuindo para a recuperação de áreas degradadas ou oferecendo produtos e serviços que contribuam para a melhoria da performance ambiental dos consumidores e clientes de uma indústria.

Neste interim do discurso na narrativa que trata da Sustentabilidade Econômico-Financeira, Dum et al. (1998) citado por Fachini (2005) diz

R25[...] ocorre quando uma organização cobre todos os seus custos, inclusive os de oportunidade e custo de transação, e ainda consegue permanecer no mercado em longo prazo. Este conceito é aceito por este artigo e traz a ideia de sustentabilidade financeira relacionando um período determinado à continuidade das operações, que são subsidiadas por recursos financeiros, cujo devem ser eficientemente geridos para a efetiva sustentabilidade empresarial, não apenas financeira, mas todo o conjunto relacionado no triple-bottom line.

Os recortes 24 e 25 acima apontados retratam que as finanças de empresas sustentáveis estão inseridas na dimensão econômica. Dessa forma, como critério de empresa sustentável no âmbito econômico, ela deve ter suas finanças também sustentáveis, o que pode ser visto de inúmeras formas, mas que, de modo geral, é creditado a empresas financeiramente sólidas, pois acredita-se que elas podem manter suas operações por mais tempo devido a uma possível folga financeira para absorver imprevistos e crises financeiras, como no caso da “crise de 2008”.



136



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

Assim os termos liquidez e sustentabilidade em termos de amplitude temporal, trata-se de um raciocínio correto relacionar sustentabilidade em longo prazo, no entanto deve-se ter cautela nas associações, pois uma vez que existe um “longo caminho” até o longo prazo, o curto prazo também deve ser considerado/lembrado, e aqui se inclui as operações do dia-a-dia, custos, estratégias, ambiente e políticas econômicas, entre outros fatores que podem influenciar a condição financeira futura de uma organização.

Dessa maneira, o momento atual, ou curto prazo, influencia muito na sustentabilidade de empresas. As decisões de hoje causam impacto no futuro. Decisões sempre são tomadas esperando o melhor resultado dentro de um determinado período, que normalmente abrange também o longo prazo. Assim, podemos afirmar que, em termos de sustentabilidade, o curto prazo se torna tão importante quanto o longo prazo, pois um leva ao outro, se tratando de um “caminho”, um pré-requisito. Devemos ainda ressaltar que toda organização é conceitualmente aceita como sistema aberto, isto é, interage com o meio o qual está inserida.

Desse modo, sua saúde financeira está exposta a solavancos e crises econômico-financeiras, como o caso da “crise de 2008”, onde empresas que não tinham situação saudável no curto prazo e, consequentemente, preparadas para o longo prazo, em termos financeiros, não puderam resistir à catástrofe econômica e se provaram não sustentáveis.

Além de possuir balanços com capital de giro positivo, temos os índices de liquidez que podem servir de termômetro na qualificação do mencionado curto e longo prazo de empresas. Pois em termos gerais, liquidez é fator essencial para se vencer crises e permanecer no mercado com planos sustentáveis. Se antes empresas com altos índices de liquidez eram criticadas por ociosidade de capital ou subutilização do mesmo (conservadorismo ou má gestão), durante o estouro da “crise de 2008” elas se tornaram mais valorizadas por transmitir maior segurança ao investidor. Quanto ao nível ideal



137



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

de liquidez, temos um trade-off entre níveis que preservem o caixa contra eventuais dessincronismos e níveis mais baixos que visam ao desempenho alavancado. No entanto, será o setor de atuação da empresa o principal determinante dos níveis de liquidez. Assim, em áreas que se tem um menor desvio nas previsões de caixa (maior sincronismo/eficiência) predominam níveis menores de liquidez.

Assim, essa análise setorial de níveis não é alvo deste estudo, cabendo apenas uma análise em torno dos níveis praticados em setores distintos com relação à iminência de crises econômico-financeiras. Dessa forma, permanece o trade-off entre manter ou não folga financeira através de índices de liquidez mais elevados quando crises são sempre imprevisíveis.

Quanto a **categoria 3 de análise Sistema Unimed** o estudo recortou no discurso dos teóricos nas obras o que fundamenta a evolução do Cooperativismo no Brasil.

O histórico e a evolução do cooperativismo no Brasil, com projeção para o futuro, apontam para a necessidade de melhorias organizacionais, considerando a fragmentação, desarticulação organizacional e estratégia de funcionamento do sistema em diversas cooperativas do mesmo ramo de atividade, fato que já sinaliza a necessidade de uma firme e saudável discussão sobre a possibilidade de aglutinação entre elas.

Gawlak e Turra (2001) se posicionam

R26 [...] soma-se a isso a própria lei número 5.764/71 das cooperativas que já se encontra totalmente ultrapassada diante das dificuldades que o mercado impõe a esses tipos de empresas, principalmente em decorrência do marco regulatório que surgiu a partir dos anos 90 com a criação das agências reguladoras que, no caso da área de saúde é a ANS (Agência Nacional de Saúde), que não considera as cooperativas de trabalho médico, sobretudo as Unimeds, do jeito que elas esperam, mas como operadoras de planos de saúde semelhantes às demais concorrentes do mercado.

Parte da ação de regulação e fiscalização da ANS causa uma crise de identidade nessas cooperativas Unimeds, que também são operadoras de planos



138



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

de saúde, mas esperam ser consideradas, na maioria das vezes, somente como cooperativas, motivo pelo qual a própria lei cooperativista precisa ser revista. Por outro lado, as próprias cooperativas de trabalho médico do Sistema Unimed também precisam repensar seus modelos de atuações em forma de sociedades pulverizadas, visando a uma melhor orientação e objetivos para o mercado.

A discussão sobre cooperativismo e mercado capitalista tem levantando questionamentos a respeito dos princípios que norteiam o sistema cooperativista no ambiente competitivo. A pressão que as cooperativas sofrem por parte das forças do mercado faz com que elas alterem duas condutas para poderem sobreviver no mercado competitivo.

Gawlak e Turra (2001) diz

R27 [...] as bases do cooperativismo surgiram no século XVIII em decorrência da Revolução Industrial. A primeira cooperativa foi fundada na Inglaterra, em 1844, quando 28 tecelões da cidade de Rochdale se uniram com o propósito de libertar os operários das dependências das grandes indústrias. A experiência foi difundida na Europa com a constituição de cooperativas de trabalho na França e de crédito na Alemanha e Itália, depois alcançou o mundo. Em 1881, já existiam 1.000 cooperativas e 550 mil associados no mundo.

Idem e Ibdem (2001) define

R28 [...] cooperativa é uma organização de pessoas unidas pela cooperação e ajuda mútua, gerida de forma democrática e participativa com objetivos econômicos e sociais em comuns a todos, cujos aspectos legais e doutrinários são distintos de outras sociedades. Possui característica própria e se fundamenta nos valores humanos e dignidade social.

Os recortes 27 e 28 vêm tratar de que o cooperativismo é um instrumento que busca a solução de problemas que, de maneira individual, apresentam dificuldades a serem resolvidas. Objetiva viabilizar o cooperado economicamente através de programas de prestação de serviços, desenvolvimento cultural e profissional solidificados numa estrutura administrativa eficiente, qualificada, confiável e respeitável, em busca de resultados.



139



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

No Brasil existem várias Cooperativas de trabalho médico, com destaque para o Sistema Unimed, que possui 360 unidades presente em 85% do território nacional, representando 28% das operadoras de saúde. Tais cooperativas Unimeds também são operadoras de planos de saúde que contam com mais de 110mil médicos cooperados, 3.250 hospitais credenciados, 110 hospitais próprios, além de prontos atendimentos, laboratórios, ambulâncias e outros serviços credenciados para garantir a qualidade da assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar aos seus mais de 19 milhões de clientes e 75 mil empresas credenciadas em todo o país, proporcionando um faturamento de 41,8 bilhões em 2012, respondendo por 37% do mercado nacional de planos de saúde, conforme dados da própria Unimed do Brasil.

A primeira cooperativa de trabalho médico Unimed surgiu em Santos (SP) e foi fundada em 1967, como União dos Médicos de Santos, fato que despertou o interesse da categoria médica pelo cooperativismo.

Em Alagoas a Unimed Maceió é uma Cooperativa de Trabalho Médico que foi criada em 1978 por um grupo de 28 médicos. Em todos esses anos a cooperativa se fortaleceu, cresceu e transformou-se num dos grandes diferenciais de saúde para os profissionais e para a população alagoana. A Unimed Maceió é uma empresa genuinamente alagoana, que integra um sistema de âmbito nacional, garantindo a seus usuários atendimento de qualidade em qualquer Estado do país (PLANO NACIONAL). A geração de empregos e renda, em prol do fortalecimento da economia do Estado, é outro grande diferencial, assim como a rapidez na tomada de decisões, feita por um conselho de administração composto pelos próprios médicos cooperados.

A qualidade do atendimento médico é garantida pelo rigoroso processo de ingresso de cooperados, por treinamentos e reciclagens periódicas. São mais de 1.070 médicos, nas mais diversas especialidades, além de hospital e Centro Diagnóstico próprio e uma ampla rede de serviços (hospitais, clínicas e laboratórios) credenciados.



140



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

A Unimed Maceió encontra-se registrada na Agência Nacional de Saúde - ANS (n.º 32768-9) e seus produtos estão de acordo com a lei n.º 9656/98. O Plano Nacional garante atendimento em todo o Brasil. Essa cobertura abrange urgência, consultas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e internações eletivas, de acordo com a opção contratual.

Abaixo, evidencia o quadro, em que os resultados foram encontrados, segundo variáveis mercado de saúde; sustentabilidade econômico-financeira e sistema Unimed.

**Quadro 1**: Variáveis e resultados pela análise da pesquisa documental adquirida.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **VARIÁVEIS** |  |  |  | **RESULTADO** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |



**Mercado** **de**

**Saúde**

**Sustentabilidade Econômico-Financeira**

Não viabilizou uma maior definição do padrão de competitividade proposto para o setor, que tem sido à base da ação das demais agências reguladoras;

Não fortaleceu as cooperativas Unimeds para conformar uma organização capaz de otimizar as possibilidades de ocupação do mercado de trabalho e fugir da submissão salarial a empresas médicas, adotando o discurso do exercício liberal, ético e socialmente comprometido da profissão;

A pressão que as cooperativas sofrem por parte das forças do mercado faz com que elas alterem suas condutas para poderem sobreviver no mercado competitivo;

* comum que as operadoras de planos fiquem insatisfeitas com a regulação que a proíbe de cobrar mais dos beneficiários que estão associados a maiores custos;

O mercado de saúde suplementar é dotado de maior autonomia administrativa, exerce a função com maior eficiência normativa, dá ênfase na regulação econômico-financeira guarda relação com as peculiaridades, em crescimento e com fortes ligações com o mercado financeiro, mas, dependente politicamente e tecnicamente, da Agência Nacional de Saúde.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sistema Unimed** | Não mobilizou junto a Unimed do Brasil e demais coirmãs, |  |  |
|  |  | uma reestruturação padronizada para o sistema Unimed (modelo de |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



141



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)



Gestão), adequando tecnicamente às regulações da ANS e demais exigências do mercado competitivo atual.

A seguir têm-se as considerações finais como forma de apresentar as deduções pela pesquisa e as contribuições propostas à reflexão e discussão da temática.

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dada à configuração da narrativa do estudo, observou-se, que a ANS não viabilizou uma maior definição do padrão de competitividade proposto para o setor, que tem sido à base da ação das demais agências reguladoras; não fortaleceu as cooperativas Unimeds para conformar uma organização capaz de otimizar as possibilidades de ocupação do mercado de trabalho e fugir da submissão salarial a empresas médicas, adotando o discurso do exercício liberal, ético e socialmente comprometido da profissão; a pressão que as cooperativas sofrem por parte das forças do mercado faz com que elas alterem suas condutas para poderem sobreviver no mercado competitivo; é comum que as operadoras de planos fiquem insatisfeitas com a regulação que a proíbe de cobrar mais dos beneficiários que estão associados a maiores custos.

O mercado de saúde suplementar é dotado de maior autonomia administrativa, exerce a função com maior eficiência normativa, dá ênfase na regulação econômico-financeira guarda relação com as peculiaridades, em crescimento e com fortes ligações com o mercado financeiro, mas, dependente politicamente e tecnicamente, da Agência Nacional de Saúde.

Não mobilizou junto a Unimed do Brasil e demais coirmãs, uma reestruturação padronizada para o sistema Unimed (modelo de Gestão), adequando tecnicamente às regulações da ANS e demais exigências do mercado competitivo atual.



142



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

O desafio para o sistema Unimed é manter-se sustentável economicamente e financeiramente, de conformidade com a regulação da prestação de serviços de saúde pelo desenho da Agência Nacional de Saúde.

Conclui-se que a ampliação da oferta de serviços de saúde como estratégia para o fortalecimento econômico das Cooperativas e empresas assume outras características adesão livre e voluntária; gestão democrática pelos cooperados; participação econômica dos cooperados; autonomia e independência; educação, formação e informação; cooperação entre cooperativas e interesse pela comunidade englobando o público interno e externo, além do investimento na preservação ambiental.

**REFERÊNCIAS**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS – Disponível em www.ans.gov.br.

ARAÚJO, G. C. de. BUENO, M. P. SOUSA, A. A. de. e MENDONÇA, P. S. M.

Sustentabilidade Empresarial: conceitos e indicadores. 2006.

BRAGA, Roberto. Fundamentos e Técnicas de Administração Financeira. São Paulo: Atlas, 1989.

CAVALCANTI, Clóvis, Sustentabilidade: mantra ou escolha moral? Uma abordagem ecológico-econômica, Dez/2011.

COSTA, Nilson do Rosário, O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil, Ago/2007.

DOMINGUES, Ronald. Análise de Liquidez de uma Empresa. 2003.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais, UNIMED: história e características da Cooperativa de trabalho médico no Brasil, Ago/2001.

FACHINI, Cristina. Sustentabilidade Financeira e Custos de Transação em uma Organização de Microcrédito no Brasil. Piracicaba: ESALQ/USP, 2005.

GAWLAK, Albino; TURRA, Fabiane Ratzke. Cooperativismo: filosofia de vida

para um mundo melhor. 5. ed. Curitiba: Linarth, 2001



143



***ISSN 1806-0714, v. 5, ano 2019***

[***http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index***](http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/administracao/index)

GREGOLIN, Maria do Rosário. Foucault e Pêcheux na Construção da análise do discurso: Diálogo e Duelo/ Maria do Rosário Gregolin – São Carlos: Editora Claraluz, 2004, 210 p. :21 cm, Editora Claraluz.

GOMES, Kristina. O Início da Crise Financeira Mundial. 2008.

GUITMAN, Lawrence J. Princípios de Administração Financeira. 7ª Ed. São Paulo:

Harbra, 1997.

JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva, Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade, Nov/2007.

MARTINS, Eliseu; ASSAF NETO, Alexandre. Administração Financeira: as

finanças de empresas sob condições inflacionárias. São Paulo: Atlas, 1986.

NAPOLITANA, Giuliana. O Mundo Aprendeu com 1929. Revista Exame, Edição 929, Ano 42, n° 20, Editora Abril – 22/10/2008.

PIETROBON, Louise, Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor, Ago/2008.

ROMANINI, Vinícius. Portal Exame: o valor da sustentabilidade. 2007.

ROMULO, Murilo. Efeitos e Soluções da Crise Econômica de 2008. 2008.

SALVATORI, Rachel Torres, A agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

Onze anos de Regulação dos Planos de Saúde, Dez/2011.

SESTELO, José Antônio de Freitas, Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde, maio/2013.

STIVALI, Matheus, Regulação da Saúde Suplementar e Estrutura Etária dos Beneficiários, Jun/2011.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão, O Campo da Saúde Suplementar no Brasil, Mar/2005.

UNIBANCO. Conceito de Sustentabilidade.



144