

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



*“Dinâmica de construção de relações sociais: estudo dos valores sociais
no contexto da saúde suplementar no Brasil”*

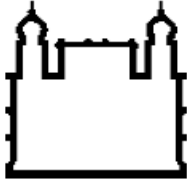
por

Paulo Ferreira Vilarinho

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Rio de Janeiro, novembro de 2009



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

***“Dinâmica de construção de relações sociais: estudo dos valores sociais
no contexto da saúde suplementar no Brasil”***

apresentada por

Paulo Ferreira Vilarinho

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Prof. Dr. Saint Clair dos Santos Gomes Junior

Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domingues Ugá

Prof. Dr. Nilson do Rosario Costa

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro – Orientador

Tese defendida e aprovada em 10 de novembro de 2009.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V697 Vilarinho, Paulo Ferreira
Dinâmica de construção de relações sociais: estudo dos valores
sociais no contexto da saúde suplementar no Brasil. / Paulo Ferreira
Vilarinho. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
xiii,318 f., il., tab., graf., mapas

Orientador: Ribeiro, José Mendes
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1.Instituições Privadas de Saúde. 2.Saúde Suplementar. 3.Planos
de Pré-Pagamento em Saúde . 4. Organizações em Saúde.
5.Desenvolvimento da Comunidade. 6.Envelhecimento da População.
7. Acesso aos Serviços de Saúde. 8.Brasil. I.Título.
CDD - 22.ed. – 362.1042580981

*Dedico esta tese à Tania, Rafael
e Gabriel, pela tranqüila
paciência nas minhas ausências
no decorrer deste trabalho.*

Agradecimentos

São inúmeras as pessoas às quais eu sou grato pela realização desta tese e relacioná-las seria fazer injustiça às inevitáveis falhas da memória. Algumas, porém, sobressaem pela presença certa no tempo certo em momentos de incerteza. Seja na espontânea ajuda pela leitura ciosa de um volumoso texto, apontando melhorias no encadeamento das idéias, ou nas sutis facilitações no trâmite necessário à materialização formal da tese.

Desse modo, agradeço de plano ao meu orientador, professor Mendes Ribeiro, pelo contínuo incentivo e paciência com um aluno obsessivo. Também, aos meus professores da ENSP e das disciplinas cursadas na EBAPE/FGV.

Ênfase especial ao professor Marcelo Milano Falcão Vieira, que integrou a banca de qualificação, pela serena análise das minhas inúmeras falhas, sugestões e forte incentivo para explorar novas dimensões de análise em estudos sociais.

Naturalmente, aos meus entrevistados da pesquisa de campo, pela extrema paciência e tempo de dedicação no preenchimento de questionários bastante complexos, salvando-me de problema certo em uma fase crucial do estudo.

À Maria de Lourdes Gomes Faria, a Lourdinha, pelas correções e inúmeras sugestões para a melhoria do texto. À Maria Emília, do Conselho de Ética, pela compreensão dos problemas de um aluno extremamente focado na tese.

Em suma, devo agradecimentos àqueles que em conversas informais contribuíram para que o problema central da pesquisa fosse delineado por uma direção e um caminho seguro para ser percorrido.

Por último, agradeço especialmente à minha família pela serena compreensão do meu distanciamento nas longas horas de pesquisa, análise e digitação, aceitando com paciência a situação na certeza de que o trabalho chegaria um dia a bom termo e que representaria combater o bom combate !

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a evolução dos fatores históricos que ensejaram a formação do atual desenho do setor de saúde suplementar no Brasil, tendo por principal base teórica a teoria da estruturação de Anthony Giddens. A pesquisa utiliza o método da análise de documentos e entrevistas semi-estruturadas, 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 principais atores que compõem a estrutura do setor e suas relações recíprocas, inferindo sobre os recursos de poder utilizados, procurando mostrar, por meio de uma descrição histórica linear, com cortes em fatos determinantes, a evolução da constituição do setor. Ao final, o estudo mostra que o setor da saúde suplementar se formou a partir de inúmeras ações do Estado, principalmente após a década de setenta, como fruto de uma estratégia alternativa de disseminação de serviços de saúde à população brasileira. O estudo avalia que os fenômenos da crescente longevidade da população brasileira e a conseqüente redução nos postos de trabalho e na renda familiar poderão acarretar uma elitização do setor da saúde suplementar representando um grave problema para o final da próxima década para este sensível segmento da política social do governo brasileiro.

Palavras chave: Instituições Privadas de Saúde. Saúde Suplementar. Planos de Pré-Pagamento em Saúde. Organizações em Saúde. Desenvolvimento da Comunidade. Envelhecimento da População. Acesso aos Serviços de Saúde. Brasil.

ABSTRACT

The aim of the present study is to analyze the evolution of the historical and institutional elements that generate the current design of the private health market in Brazil. Its main theoretical basis is the Theory of Structuration, by Anthony Giddens. The research' data were collected through documents and semi structured interviews involving the qualitative analyze due to understand the field's phenomena under an actors' perspective. The research identifies the several players that integrate the market, and their reciprocal relationship besides of the powers' resources used to reach them. Thus, it tries to show, through a historic linear description, and emphasis in the determinant facts, the evolution of the market's constitution. The study demonstrates that the field had formed from several Estate' actions, basically after the past seventy' decade, as result of a alternative Government' strategy towards a Brazilian population's dissemination plan of health' services that enforced the institutionalization of social structures, with a strong internal interaction. In the end, the study estimates that the crescent longevity' Brazilian's population and the consequent work's dismiss may cause a private health' elitism conforming a future problem in this sensible segment of the social politics of the Brazilian government.

Keywords: Private Health Institutions. Private Health System. Pre-payment Health Plans. Health Organizations. Community Development. Ageing. Health Services' Access. Brazil.

Índice de Diagramas

Diagrama 1	Os valores sociais concorrentes no ambiente de saúde no Brasil	6
Diagrama 2	A interação social segundo o interacionismo simbólico	17
Diagrama 3:	A estrutura da ação social de Parsons	20
Diagrama 4	As principais teorias sociológicas do século XX	22
Diagrama 5	A recursividade no fluxo de relações sociais	25
Diagrama 6	O agente e a agência	26
Diagrama 7	A dualidade da estrutura e a ação dos atores	27
Diagrama 8	Modelo da dinâmica de construção de uma relação social	30
Diagrama 9	As categorias básicas dos atores relevantes	47
Diagrama 10	A tipologia dos atores portadores de interesse	49
Diagrama 11	Uma representação fuzzy	52
Diagrama 12	Valores lingüísticos e numéricos de uma função $f_{(t)}$	52
Diagrama 13	Função lingüística e a representação fuzzy	53
Diagrama 14	Conceitos lingüísticos	54
Diagrama 15	União e Intercessão de conjuntos fuzzy	55
Diagrama 16	Estrutura básica de um sistema lógico fuzzy	56
Diagrama 17	Conceito lingüístico hipotéticos	58
Diagrama 18	Fuzzificação de duas variáveis de entrada	60
Diagrama 19	Arquitetura genérica de um sistema neuro-.uzzy.....	61
Diagrama 20	Defuzzificação	63
Diagrama 21	Conjuntos fuzzy da variável de saída	64
Diagrama 22	A técnica prospectiva – visão geral	68
Diagrama 23	Técnicas e métodos da prospectiva	69
Diagrama 24	O esquema de operações	80
Diagrama 25	A estrutura sistêmica do DEL nº 200	89
Diagrama 26	O sistema de saúde brasileiro nos anos 1970	94
Diagrama 27	As bases estruturais da gênese do setor privado de saúde no Brasil.....	100
Diagrama 28	O eixo das ações estratégicas condutoras do SUS	105
Diagrama 29	Os modelos de gestão no contexto do SUS	106
Diagrama 30	Fundamentos da Reforma do Estado – 1998	115
Diagrama 31	O arcabouço legal regulatório da ANS	117
Diagrama 32	A partição de serviços de saúde no Brasil	118
Diagrama 33	A trajetória do sistema público-privado de saúde no Brasil	119

Diagrama 34 O modelo misto de saúde no Brasil	120
Diagrama 35 Evolução do PSF/SUS	122
Diagrama 36 Composição do número de estabelecimentos com internação por tipo de convênio e número de leitos SUS e Não- SUS	122
Diagrama 37 Curva ABC da distribuição dos beneficiários entre operadoras	128
Diagrama 38 Distribuição percentual das operadoras ativas por modalidade	140
Diagrama 39 Evolução dos registros de operadoras	141
Diagrama 40 Receita de contraprestações das operadoras	141
Diagrama 41 Taxa de sinistralidade das operadoras	142
Diagrama 42 Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial	145
Diagrama 43 Taxa de cobertura dos planos de saúde por municípios	146
Diagrama 44 Cobertura de planos de saúde por renda	147
Diagrama 45 Percentual de beneficiários de planos por época de contratação	147
Diagrama 46 Distribuição de beneficiários por época de contratação e etária	148
Diagrama 47 Percentual de beneficiários idosos por cobertura assistencial	148
Diagrama 48 Evolução dos beneficiários de planos antigos	150
Diagrama 49 Evolução dos beneficiários dos planos coletivos	150
Diagrama 50 Percentual de beneficiários por tipo de contratação e cobertura	151
Diagrama 51 O financiamento integral de planos por empregadores	152
Diagrama 52 Evolução de demandas judiciais e produção normativa da ANS	156
Diagrama 53 Mecanismos institucionais de salvaguarda de direitos	160
Diagrama 54 Doações a políticos e o faturamento das operadoras	161
Diagrama 55 As interações sociais na estrutura da saúde suplementar	162
Diagrama 56 O esquema de operações de campo – visão geral	170
Diagrama 57 Comparações entre média e mediana	170
Diagrama 58 Distribuição de convites aos peritos	171
Diagrama 59 Participação na pesquisa dos recursos de poder	172
Diagrama 60 Participação na pesquisa dos cenários	172
Diagrama 61 Participação na pesquisa da matriz de impactos cruzados	172
Diagrama 62 As variáveis de pesquisa	173
Diagrama 63 Rede das variáveis de recursos de poder	175
Diagrama 64 Tratamento da rede utilizada na pesquisa	176
Diagrama 65 Recursos de poder dos atores da saúde suplementar	185
Diagrama 66 Desdobramentos entre os eventos futuros	196
Diagrama 67 Comparação entre níveis de efetividade de gastos com saúde	208

Índice de Quadros

Quadro 1	Projeção preliminar da população – 2000/2020	3
Quadro 2	Varição do rendimento médio de categorias selecionadas 1993/2001....	3
Quadro 3	Proporção de pessoas com declaração de doença crônica	4
Quadro 4	Comparações entre as abordagens quantitativas e qualitativas	35
Quadro 5	Conjuntos de variáveis fuzzy	54
Quadro 6	Quadro de regras fuzzy	62
Quadro 7	Efeito de eventos cruzados e sua probabilidade de ocorrências	73
Quadro 8	O perfil da estrutura do SUS	121
Quadro 9	Gasto público com saúde segundo origem de recursos	123
Quadro 10	A distribuição dos COFINS, CSLL e CPMF	124
Quadro 11	Receita e despesa com seguridade social	124
Quadro 12	Evolução da arrecadação de multas pela ANS	126
Quadro 13	Perfil da estrutura da Medicina de Grupo	129
Quadro 14	Perfil das Cooperativas Médicas – UNIMED	132
Quadro 15	Perfil das Autogestões	134
Quadro 16	A rentabilidade do segmento do Seguro Saúde	137
Quadro 17	Progressão dos beneficiários do sistema de saúde suplementar	149
Quadro 18	Número de acórdãos no TJ-SP 1999-2004	154
Quadro 19	Reclamações contra operadoras de planos de saúde em São Paulo	155
Quadro 20	Os atores sociais da estrutura da saúde suplementar no Brasil	163
Quadro 21	Perfil das respostas aos questionários	169
Quadro 22	Composição das variáveis de poder	174
Quadro 23	Perguntas do levantamento das variáveis de poder.....	177
Quadro 24	Lista de eventos futuros	180
Quadro 25	Tabela de probabilidades de ocorrência de evento	181
Quadro 26	Tabela do grau de pertinência do evento	182
Quadro 27	Tabela de auto-avaliação do perito	182
Quadro 28	Tabela de influências cruzadas	183
Quadro 29	Matriz de impactos cruzados	184
Quadro 30	As hipóteses pertinentes com o estudo	188
Quadro 31	Os eventos mais pertinentes com o estudo	189
Quadro 32	Cálculo das probabilidades e auto-avaliação	190
Quadro 33	Probabilidades e eventos selecionados	190

Quadro 34	Probabilidades dos eventos pertinentes com o estudo	191
Quadro 35	Eventos definitivos	191
Quadro 36	Impactos entre hipóteses	192
Quadro 37	Impactos cruzados entre eventos pertinentes prováveis	193
Quadro 38	Matriz de impactos medianos	194
Quadro 39	Quadrantes da motricidade e da dependência	195
Quadro 40	Cenário social projetado para 2020	196
Quadro 41	Gasto público e privado nos EUA	205
Quadro 42	Comparação entre gastos público-privado com saúde	205

SUMÁRIO

Resumo	V
Abstract	VI
1 INTRODUÇÃO	1
A motivação pessoal para a pesquisa	1
1.1 Problema de pesquisa	7
1.1.1 Objetivos: geral e parciais	11
1.1.2 Estrutura do trabalho	11
1.1.3 Relevância do estudo	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: JUSTIFICATIVAS, ESTRUTURAÇÃO, INTERESSES E MODELO DE ANÁLISE	13
2.1 Justificações	13
2.2 A dualidade da estrutura social	24
2.3 Dialética do controle em sistemas sociais: modelo de análise	29
3 METODOLOGIA	
3.1 Considerações iniciais	31
3.2 Sobre a metodologia	33
3.2.1 Hipóteses: Geral e Singular	33
3.3 Perguntas de pesquisa	34
3.4 Caracterização da pesquisa	34
3.5 Delineamento da pesquisa	36
3.6 Definição de categorias de análise – constitucional e operacional	37
3.7 A delimitação da pesquisa	40
3.8 A base empírica	41
3.9 O perfil dos entrevistados	42
3.10 Os instrumentos de coleta de dados	43
3.11 Os instrumentos e técnicas de análise de dados	44
3.11.1 O modelo heurístico	44
3.11.2 Os atores relevantes	45
3.11.3 A identificação da relevância dos atores.....	50
3.11.3.1 A análise de conteúdo.....	50
3.11.3.2 A lógica fuzzy	51
3.11.4 A técnica dos cenários futuros	65
3.11.4.1 A ciência prospectiva	65

3.11.4.2	Os métodos e as técnicas da prospectiva.....	69
3.11.4.3	Os métodos da prospectiva	70
3.11.4.4	As técnicas prospectivas aplicadas no projeto	70
3.11.4.4.1	A técnica Delphi	70
3.11.4.4.2	A técnica dos impactos cruzados	72
3.11.4.4.3	A técnica dos cenários	73
3.11.4.4.5	As etapas da prospectiva no âmbito da pesquisa	76
4	A ESTRUTURA SOCIAL DA SAÚDE NO BRASIL	81
4.1	A constituição da proteção social no âmbito da saúde	81
5	MAPEAMENTO DAS RELAÇÕES SOCIAIS DO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR	120
5.1	Identificação e análise dos atores relevantes	120
5.1.1	Os atores de natureza pública	121
5.1.2	Os atores privados do sistema de saúde	127
5.1.2.1	As medicinas de grupo	127
5.1.2.2	As cooperativas de trabalho médico	129
5.1.2.3	As autogestões	132
5.1.2.4	As seguradores de serviços de saúde	135
5.1.2.5	As entidades filantrópicas	138
5.1.2.6	Análise do ator operadoras de planos de saúde	140
5.1.2.7	Os prestadores de serviços de saúde	142
5.1.2.8	Os consumidores de planos de saúde	145
5.2	As interações sociais no contexto da saúde suplementar	162
5.3	A análise dos atores em face do modelo teórico	167
6	A PESQUISA DE CAMPO	168
6.1	A logística da construção da base empírica	168
6.2	Adaptações na metodologia	169
6.3	Escolha das variáveis de pesquisa	173
6.4	Formulação das hipóteses prospectivas	179
6.4.1	Instruções do questionário das hipóteses futuras	181
6.4.2	Instruções para o questionário da matriz de impactos cruzados	183
6.5	Resultados da pesquisa dos recursos de poder	185
6.5.1	Análise dos atributos de poder dos atores	186
6.6	Resultados das hipóteses futuras	188
6.7	Resultados da matriz de impactos cruzados	192

6.8	Análise dos cenários projetados para 2020	197
7	RELAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL	199
7.1	O ambiente europeu	199
7.2	As relações sociais no ambiente europeu	202
7.3	O modelo de saúde norte-americano	204
7.4	O contexto da saúde na América Latina	206
7.5	Efetividade de modelos de saúde entre países da OCDE e emergentes....	208
8	CONSIDERAÇÃO FINAIS	209
8.1	Quanto à pesquisa	209
8.2	Quanto à tese em si	217
9.	NOTAS	220
10.	REFERÊNCIAS	233
	ANEXOS	236
	Anexo 1 – Certificado de aprovação de pesquisa pelo CEP/ENSP	246
	Anexo 2 – Roteiro de entrevistas	247
	Anexo 3 – Questionários de pesquisa de campo	248
3.1	Consentimento livre e esclarecido	248
3.2	Formulário dos recursos de poder	249
3.3	Questionário dos cenários prospectivos	253
3.4	Questionário dos impactos cruzados	256
	Anexo 4 - Memorial de cálculo da rede neuro fuzzy	259

1. INTRODUÇÃO

A motivação pessoal para a pesquisa

Tem sido freqüente, na imprensa em geral e principalmente nos periódicos especializados do meio jurídico, a veiculação de matérias focalizando conflitos de interesse na área da saúde entre as organizações privadas prestadoras de serviços e os usuários do sistema de planos de saúde, os quais invariavelmente deságuam em onerosas lides na esfera judicante.

As situações são variadas e envolvem níveis diferentes de risco, sejam na ótica econômica ou humanitária: limitação de permanência em UTI, limitação no número de consultas e exames diagnóstico-terapêuticos, cobranças indevidas e um sem número de recusas: no pagamento de próteses, em certos procedimentos médicos e no tratamento de doentes crônicos acometidos de câncer e AIDS, por exemplo, preços de planos diferenciados por faixa etária, afora outros casos gravosos à cidadania e ao princípio do valor social das organizações econômicas.

Porém, chama a atenção a freqüência dos casos, a natureza dos direitos confrontados e principalmente a lógica dos argumentos utilizados. Se, por um lado, as organizações privadas de saúde detêm o legítimo direito de garantir a solvência de suas carteiras, evoluindo com um negócio de risco em um mercado competitivo, mas não muito, adequando-se continuamente a tecnologias e processos médicos de vanguarda, na outra ponta há o indivíduo, o detentor do direito a uma existência saudável e digna, mas que consome volumes crescentes de recursos.

Há pouco tempo, a natureza dos conceitos proferidos durante um seminário sobre o tema da saúde (I), em uma conceituada instituição de ensino, sinalizou a dimensão do confronto entre valores sociais no ambiente do mercado de serviços de saúde e o nível da vulnerabilidade de alguns segmentos da população brasileira quanto à garantia de direitos fundamentais.

Sintetizando, uma prestigiosa pesquisadora acadêmica declarou: “[...] dizem que saúde não tem preço e que a vida humana não pode ser medida em valores econômicos, mas estes mesmos se esquecem de dizer também que medicina tem custo”.

Mais adiante, a indignação do principal executivo da associação de empresas de saúde, contra o “equivocado entendimento dos juízes de direito”, que aplicam o recurso da força policial para forçá-los a “gastar” quantias vultosas sem garantias de retorno financeiro, como na exigência de colocação de uma prótese de R\$ 90 mil na coluna de uma senhora de 90 anos, “uma pessoa já numa fase terminal da vida”.

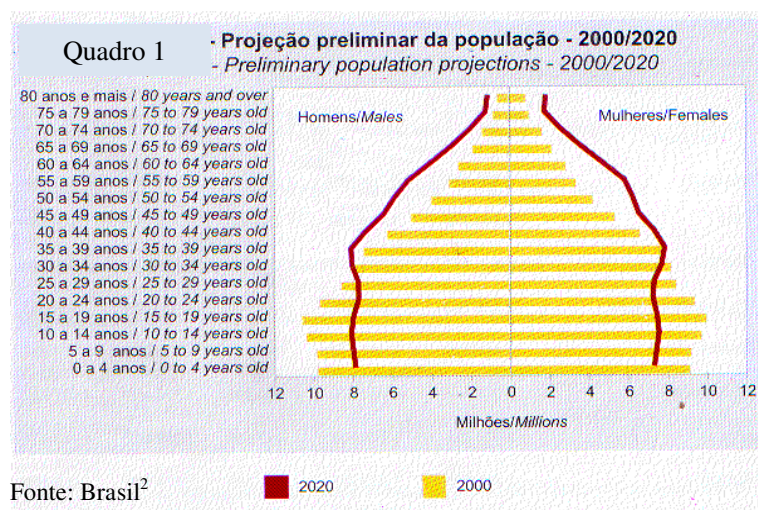
Em seguida, um diretor técnico conta como foi “forçado pelos juízes, sob pena de prisão, a custear uma cirurgia de US\$ 250 mil a um cliente em Nova York, afetando o equilíbrio da carteira”. Outro executivo, ao sugerir mudanças na regulação do setor, lamentou a rigidez da lei 9.656 quanto à proibição de extinção de planos deficitários, exemplificando com uma falha estratégica da sua organização, que modelou um produto para a jovem população de alta renda da Barra da Tijuca, porém comercializado em Copacabana, bairro com alta concentração de idosos e, conseqüentemente, pela sua condição, consumidores de vulto de serviços de saúde.

Ou seja, quando executivos maduros e com sólida formação acadêmica qualificam o uso de tecnologias de ponta em idosos ou doentes crônicos como desperdícios “[...] que os juízes não conseguem entender, de tão emersos em seu universo jurídico que perdem a sensibilidade dos investimentos envolvidos”, proferindo conceitos eivados com uma robusta lógica utilitarista, pode-se imaginar se algum dia serão produzidas industrialmente pastilhas de *solient green* (II).

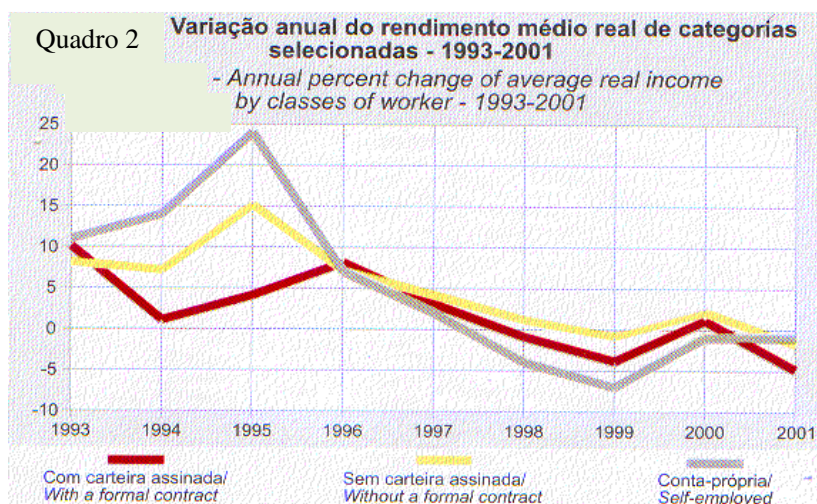
Retornando à realidade, temos contatado um movimento cada vez mais forte das empresas de saúde em se posicionarem em bases puramente econômicas, levando-nos à indagação das possíveis conseqüências desta atitude na sociedade no longo prazo.

A compreensão da dinâmica das relações sociais no setor privado de saúde é a motivação deste trabalho, que se filia ao entendimento do fenômeno observado como parte de um deslocamento do capitalismo, por arranjos estruturais, que confronta o ideário do bem estar social com os de segmentos setoriais da economia. Com esta perspectiva, o estudo busca investigar a construção dos interesses econômicos gerados no âmbito de um setor de relevante valor social, as justificações e operações no contexto da saúde no Brasil.

O Brasil já faz parte do grupo de países nos quais a taxa de fecundidade atingiu níveis inferiores ao da reposição demográfica (III), fenômeno que associado ao prolongamento da expectativa de vida contribui para elevar o crescimento da população idosa, haja vista que as projeções demográficas para o ano de 2020 sinalizam um contingente de 207 milhões de pessoas, das quais 19 milhões, cerca de 8%, contará com mais de 65 anos de idade, como ilustrado no quadro 1.

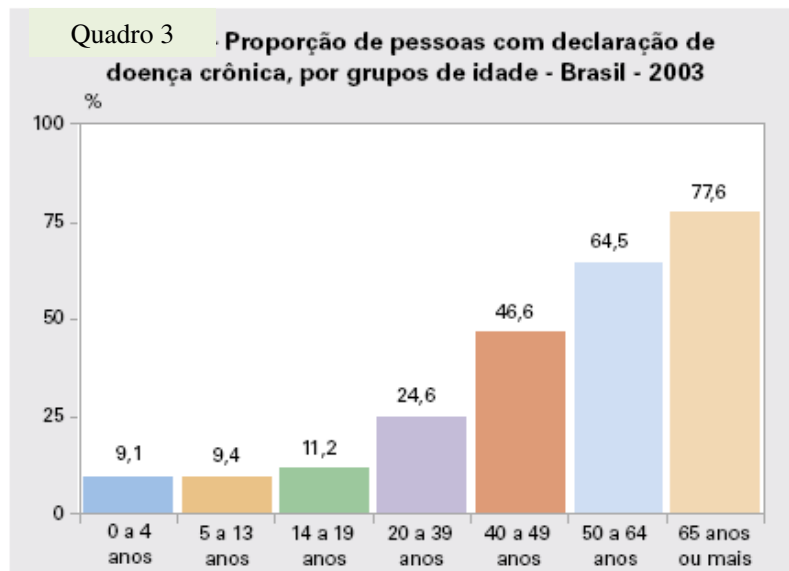


Por outro lado, sobre este contingente de idosos se avoluma uma soma de fatores que fragilizam a sua segurança social, como a redução dos postos de trabalho em função da idade haja vista que entre os grupos de faixas etárias de 30-39 anos e o grupo superior a 60 anos há uma queda de 70% na oferta de emprego, agravado pela redução em 25% na renda, também por fator da idade² como mostra a tendência no período 1993 – 2001, no quadro 2.



Fonte: Brasil²

Na perspectiva da saúde, pelos próprios efeitos da longevidade os idosos demandam um nível mais intenso e diversificado de atenção, como ressaltam os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios-PNAD de 2003, transcritos no quadro 3.



Fonte: Brasil ³

Neste aspecto, embora a pesquisa e a evolução de tecnologias e procedimentos tenham expandido a abrangência da atuação e a segurança dos serviços médicos, os seus custos tem se elevado em escala exponencial.

Um bisturi convencional, de US\$ 20, deu lugar ao tipo *Cauterizador*, de US\$ 12.000, e este ao *Harmônico*, de US\$30.000. Uma instalação básica de Radiografia, de US\$ 175.000, tem sido substituída por um *Scanner CAT*, de US\$1.000.000, e este, por sua vez, por um com *PET*, com imageamento por pósitrons, de US\$ 2.300.000⁴.

Este quadro naturalmente gera efeitos no mercado de saúde e as organizações privadas que o integram aparentam minimizar seus custos pela via da segmentação dos seus clientes, aplicando estratégias que induzem à paulatina filtragem dos segmentos de alto risco, que é definido pelo estado de saúde que leva a uma elevada probabilidade de adoecimento, característica normalmente presente na população idosa e de baixa renda somada à dos portadores de doenças crônicas.

Desse modo, para fazer frente aos crescentes custos da tecnologia e dos procedimentos médicos sem perder, entretanto, a competitividade entre si as empresas privadas operadoras de planos de saúde procuram diluir seus riscos por uma massa mais ampla de segurados, estimulando a expansão dos planos coletivos, modalidade de contrato livremente negociado com entidades e associações de empregados das grandes e médias empresas.

Na outra ponta, pela redução da oferta a par da elevação dos preços para novos produtos, as operadoras inibem o crescimento dos planos de saúde individuais e familiares, segmento pulverizado juridicamente entendido como relação de consumo cujos produtos e preços sujeitam-se a legislação própria. Assim, os planos coletivos somaram 25 milhões de pessoas⁵ em 2006, das quais 18% tiveram no ano de 2003 seus custos integralmente pagos pelo empregador³.

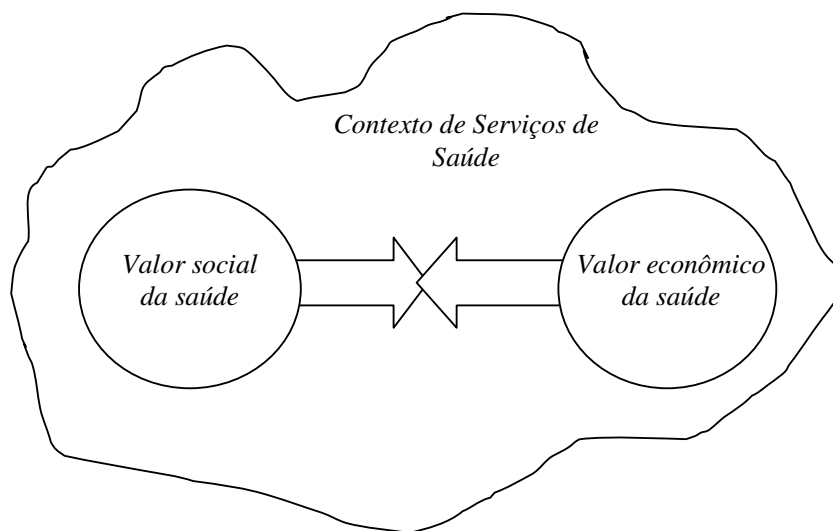
Nesta situação, é razoável imaginar-se um sombrio cenário para o contingente de 19 milhões de idosos projetado para 2020. Uma população provavelmente já aposentada e não mais classificável como de renda média, que afastada do mercado de trabalho e das relações com antigos empregadores estará desligada do sistema dos planos de saúde. Naturalmente, sem poder de custeio acorrerá ao sistema público de saúde, agregando-se ao volumoso conjunto que nos dias atuais já soma 73 milhões de pessoas³.

Ou seja, um cenário que identifica um quadro de exclusão social e forte elitização do sistema privado de saúde.

Uma visão assemelhada à imagem de uma *tempestade perfeita* (IV) na qual o valor social da saúde poderá ser confrontado com a sua dimensão econômica, sendo a justiça social ponderada pela força da lógica utilitarista que robustece a visão de que “medicina tem custo” e, por conseqüência, a saúde tem preço e, assim também, por extensão, o próprio valor da vida humana.

A preocupação neste estudo, quanto ao choque de valores no ambiente do mercado de serviços de saúde, encontra-se ilustrada no diagrama 1.

Diagrama 1: os valores sociais concorrentes no ambiente de serviços de saúde no Brasil



Neste entendimento, com esta perspectiva, a compreensão da dinâmica das relações entre os elementos sociais que integram o contexto dos planos privados de saúde no Brasil e a análise dos condicionantes estruturais que possam permitir a viabilização e a consolidação de um processo pelo qual o valor social da saúde seja relativizado pelo seu custo, concretizando o pessimista cenário de exclusão e elitização do setor imaginado para o ano de 2020, é o objetivo deste estudo.

1.1 Problema de pesquisa

No horizonte das ciências sociais existem inúmeras e diversificadas correntes de pensamento, por vezes conflitantes, configurando modelos teóricos assentados em um *continuum* de valores sociais que buscam definir claramente o conceito de *política social* e para quem se voltam, efetivamente, as políticas de bem estar social. Richard Titmuss⁶ salienta que conforme o sistema político vigente em uma dada sociedade, um dado modelo de política de melhoria social, acobertado por uma aparente aura de altruísmo e solidariedade, pode levar a arbitrariedades e graves crimes contra a humanidade (V), fazendo com que, em nome desta, o *bem estar* de alguns grupos represente o *mal estar* de outros (VI).

Ou seja, as relações do homem na sociedade não são cabíveis de modelagem *ex-ante*, posto que estas transcendem critérios econômicos, arquiteturas organicistas auto-ajustáveis e as regras de um pretenso progresso moral que estruturam sistemas implementados, via de regra, de modo impositivo por muitos governos que se propõem a promover políticas sociais modernizadoras.

No Brasil, no curso do longo processo de estruturação de uma política social, a percepção sobre as oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde iniciou nos anos 1930, fortalecendo-se ao final da década de 1950, quando o país promoveu a sua industrialização e os hospitais privados consolidaram-se como os principais prestadores de serviços médicos a uma nascente classe média. O Estado financiou programas voltados à centralização das ações de saúde visando organizar uma assistência indiferenciada à população, como forma de afastar os deletérios efeitos sociais gerados por uma estratificação econômica no campo da assistência à saúde.

A trajetória das mudanças estruturais do sistema de saúde brasileiro resultou em um modelo formado pela associação de um subsistema público com outro de mercado que, no conjunto, se complementam para realizar a função redistributiva da universalização do direito social à saúde. Entretanto, o poder público optou por atuar em prol dos segmentos menos favorecidos e sem organização social, sinalizando às classes de renda mais elevadas os sistemas de mercado, desenhando uma heterodoxa orientação política

de inclusão social a partir do distanciamento da classe média, como avaliam Paulo Faveret e Pedro Jorge de Oliveira⁷.

Para tal, o Estado fomentou, em diferentes ocasiões, o próprio surgimento e a expansão do setor privado prestador de serviços de saúde, seja pela contratação das emergentes empresas médicas ou pela abertura de sucessivas linhas de financiamento fortemente subsidiado direcionado ao seu crescimento estrutural.

Desde então, a par do desenvolvimento econômico, o segmento privado de assistência à saúde tem sistematicamente integrado profissionais médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios e fornecedores de insumos, consolidando prestígio, posição econômica e um elevado padrão de serviços especializados, configurando, entretanto, um sistema que contraditoriamente associa altos custos com baixo impacto na saúde coletiva, tendo-se concentrado nos densos centros urbanos das regiões Sul e Sudeste, detentoras da maior parcela da renda nacional, além de outras regiões historicamente fortes na determinação política, como na Bahia.

Embora a intenção política originária tenha sido institucionalizar a universalização do direito à saúde, contingências político-econômicas forçaram o sistema para a estrutura do mercado e residualmente no Estado, resultando que o modelo de saúde apresente um crescente desnível na qualidade entre os dois subsistemas, motivo pelo qual os segmentos de baixa renda, paradoxalmente, mostram uma propensão ao consumo de planos de saúde individuais com cobertura ambulatorial quando percebem ganhos de renda nas situações favoráveis da economia, ignorando a gratuidade dos serviços públicos, uma indiferença que pode ser explicada pela rejeição à limitação na oferta de serviços, à lentidão no atendimento e à falta de orientação sobre a correta utilização da rede prestadora de serviços, como avaliam Nilson do Rosário Costa e Antonio Werneck de Castro⁸.

Por outro lado, 25,7 milhões de pessoas buscaram atendimento de saúde nos quinze dias que precederam à pesquisa da PNAD³ em 2003. Deste total, 57,2 % foi financiado pelo sistema público, 26,0 % pela via da participação integral ou parcial de planos de saúde e 14,8% pelo desembolso direto. Quanto à qualidade, os atendimentos no geral foram avaliados de modo favorável em 86% dos casos, o que aponta uma boa aceitação pela população dos serviços do sistema de saúde, como um todo.

Neste contexto, o mercado de saúde suplementar sinaliza uma espécie econômica de exploração lucrativa, aderindo à definição de Max Weber⁹, pois é fundada em uma estrutura heterogênea, complexa e com dimensão nacional, na qual interagem atores com interesses diferenciados e recursos desiguais de poder (VII).

O assunto remete a questão para a esfera dos processos da vida social e à análise dos princípios estruturais que norteiam a evolução deste complexo setor e o desenvolvimento das relações entre os seus agentes sociais.

Segundo Anthony Giddens¹⁰, a estrutura social reúne um conjunto de interações e princípios organizacionais que têm existência quando há continuidade na reprodução social no tempo e espaço, por ações reflexivas dos atores situados, gerando um leque de conseqüências intencionais, ou não intencionais, razão pela qual os elementos estruturais não podem ser descritos por teorias fundadas apenas na análise da consciência dos atores, pois a coerção social sobre estes provém do caráter objetivo das propriedades estruturais que, por sua vez, advêm do contexto da ação e não podem ser modificados por um ator singular.

No caso, alinhamo-nos ao entendimento que os sistemas sociais detêm mecanismos que organizam as suas regras de modo estruturado e recursivo, reproduzindo as relações entre os atores, ou coletividades organizadas, segundo práticas regulares, resultando com que as instituições reflitam as propriedades estruturais dos sistemas sociais nos quais estão inseridas.

Considerando a natureza e as características das relações consolidadas no processo de estruturação do ambiente dos serviços privados de saúde no Brasil, construído sob um intenso relacionamento entre inúmeros atores institucionais e cujas influências recíprocas resultaram em conseqüências premeditadas, e inúmeras não, elegemos, como principal base teórica do presente trabalho, o conceito de dualidade da estrutura social, contida na teoria da estruturação de Anthony Giddens, por avaliar que esta oferece subsídios para uma compreensão mais ampla dos fenômenos que contribuíram na configuração da estrutura em estudo, ajustando-se à evolução dos fatos e à conduta dos atores envolvidos, agentes que atuaram não só intervindo como alterando o curso dos acontecimentos.

Por outro lado, acompanhando a sociologia compreensiva de Max Weber⁹, pela qual não há determinantes para o capitalismo, e sim condições que habilitam a sua formação - fenômeno não explicável pelas ciências sociais embora seja factível de compreensão – pois nestas situações não existe uma relação direta entre causa e efeito, buscamos compreender a dinâmica da estrutura do mercado de serviços de saúde e não uma explicação causal para o fenômeno.

Com esta ressalva, tendo em mente os objetivos do estudo, a seguir expostos, não visamos discutir o papel das organizações privadas de saúde na sociedade brasileira, seja questionando ou defendendo o sistema, mas centrando a análise na realidade presente, que, por sua vez, fornece subsídios para a construção de cenários futuros, conforme as tendências das variáveis sociais identificadas na dinâmica da estrutura, visando avaliar as possíveis conseqüências sociais derivadas das trajetórias de condutas dos atores e seus reflexos na estrutura do setor.

Neste entendimento, considerando que a constituição da sociedade, sua produção e reprodução derivam da criação de atores sociais, em conformidade ao modelo de análise social proposto por Anthony Giddens quanto à dualidade da estrutura social, pretendemos responder à seguinte questão de pesquisa:

Quais são os condicionantes estruturais no Brasil que permitem que o valor social da saúde seja relativizado pelo seu componente econômico ?

Objetivos: geral e parciais

O **objetivo geral** da pesquisa é identificar os condicionantes do sistema de saúde brasileiro que permitem que o setor da saúde se afaste dos seus originários objetivos sociais em função do custo dos seus procedimentos.

Para tal é necessário a consecução de **etapas parciais** visando alcançar o objetivo geral.

- Descrever a constituição da estrutura da função social da saúde no Brasil;
- Descrever a constituição do fenômeno da orientação econômica dos serviços de saúde e compreender as justificativas para a sua inserção na política pública social;
- Mapear o setor de prestação de serviços privados de saúde buscando categorizar e analisar as ações efetivadas e a atuação de atores-chaves na estruturação do contexto economicamente orientado que resultaram na atual configuração;
- Identificar e analisar as projeções das mudanças nos arranjos estruturais do setor que podem acarretar modificações na orientação dos seus objetivos sociais.

1.1.2 Estrutura do trabalho

Seguindo-se à introdução, no capítulo 1, que apresenta uma visão do contexto, objetivos e da abrangência da pesquisa, o estudo engloba outros cinco capítulos. No segundo apresentamos o referencial teórico, sua justificativa e o modelo de análise. No capítulo 3, a metodologia utilizada. No quarto, descrevemos a constituição da estrutura social da saúde no Brasil e as bases da formação do setor privado de saúde, a justificativa para a sua inserção no contexto da sociedade e a identificação dos fatores históricos fundamentais para a sua estruturação. No quinto capítulo, buscamos mapear os papéis dos principais atores envolvidos com a dimensão dos serviços no âmbito da saúde suplementar na atual configuração do setor. No sexto apresentamos a pesquisa de campo, com as adaptações das metodologias aos instrumentos de coleta e tratamento dos dados, assim como os resultados alcançados. No sétimo, uma sucinta descrição dos principais modelos de saúde no plano internacional, para efeitos comparativos com o sistema brasileiro e no oitavo, as considerações finais do trabalho.

Nos anexos encontram-se o certificado de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ, os três questionários utilizados na pesquisa de campo e o memorial de cálculo dos dados de entrada dos recursos de poder dos atores.

1.1.3 Relevância do estudo

No Brasil, o mercado da saúde suplementar (VIII) é formado por 2.639 operadoras de planos de saúde, movimenta cerca de R\$ 39,2 bilhões ao ano e presta serviços para 31,6 milhões de pessoas, um conjunto que representa cerca de 25% da população brasileira⁵. Por outro lado, há uma forte correlação entre o acesso a esses serviços e a renda familiar: nas classes com renda inferior a um salário mínimo a cobertura alcança apenas 2,9% das pessoas enquanto nas classes de 20 salários e superior atinge 83,8%, marcando um perfil de forte desigualdade social no acesso ao sistema^{3,11}. O setor apresenta fortes concentrações: 80% dos usuários têm contrato com apenas 12% das operadoras, e 95% se concentram na região Sudeste, basicamente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, que, por si só, movimentam 60% do mercado nacional¹².

A saúde suplementar no Brasil compreende, a par do segmento público, um valioso eixo de políticas sociais embora a eficiência do sistema seja baixa, pelo frágil alinhamento entre as estratégias das empresas prestadoras de serviços com o interesse público, na medida em que segmentos vulneráveis da população têm sido gradativamente excluídos do acesso, sinalizando para a gravidade de um quadro social de crescente longevidade e da redução na renda².

O frágil alinhamento estratégico entre o setor privado de prestação de serviços e a macro-política para a saúde, associado à elevada complexidade da legislação regulatória deste mercado, podem suscitar a formação de processos de captura política de difícil caracterização, que podem gerar um quadro de forte exclusão social de idosos e doentes crônicos ao final da próxima década, no ano de 2020.

No aspecto teórico, a utilização da teoria da estruturação de Giddens não é comum no meio acadêmico embora consideremos ser adequada para análise da formação do setor ao longo da sua evolução histórica. Da mesma forma, entendemos que o uso de métodos prospectivos para a análise de cenários futuros na construção de tendências do setor representa uma metodologia com aplicação de ferramentas não usuais em pesquisas da área de saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: JUSTIFICAÇÕES E RELAÇÕES SOCIAIS

A fundamentação teórica tem por objetivo amparar o desenvolvimento do argumento da pesquisa. Neste capítulo apresentamos as principais correntes teóricas que resultaram na concepção da teoria da dualidade da estrutura social, que sustenta a tese. O capítulo está organizado em três partes:

1. Justificações e a evolução das principais teorias sociais;
2. A dualidade da estrutura social
3. Dialética do controle em sistemas sociais: modelo de análise

Na primeira parte, descrevemos, de modo esquemático e simplificado, os fundamentos das principais correntes sociais desenvolvidas a partir do século XX, que resultaram na polarização dos conceitos sobre a reprodução do corpo social entre o estruturalismo e o funcionalismo.

Na segunda parte, detalhamos, igualmente de maneira esquemática e sintética, a teoria da dualidade da estrutura social de Anthony Giddens, que, entendemos, explica de modo mais adequado a evolução do sistema de saúde brasileiro a partir das relações entre seus atores.

Na terceira e última parte, consolidamos os conceitos de Anthony Giddens na forma de um modelo de análise, buscando relacionar a teoria da dualidade da estrutura social com a elaboração da tese.

2.1 Justificações

De maneira geral entende-se que só há ciência daquilo que tem existência, o que remete a explicação do que existe para a pesquisa das causas, sejam fenômenos gerais ou singulares, pois não se pode, por exemplo, excluir da análise das causas de uma guerra a decisão singular dos que a quiseram. Tudo o que é produzido gera uma ação e o que é tido sob uma ótica como efeito pode atuar como causa sob outro ângulo e vice e versa.

A ciência varia continuamente com as novas questões nascidas de distintos pontos de vista pelos quais se aborda a realidade, alargando o seu horizonte. Seguindo Julien

Freund¹³, embora “um sábio e sua escola possam ter a impressão de haver apresentado a palavra decisiva sobre um problema, porém outro reformulará toda a questão, pois terá encontrado outra relação com os valores. A ciência é obra de todos os sábios” (I).

“Imaginemos uma árvore representando a evolução e o desenvolvimento das especialidades científicas modernas a partir de suas origens comuns, [...] Uma única linha, traçada desde o tronco até a ponta de algum galho no alto, demarcaria uma sucessão de teorias relacionadas por sua descendência. Se tomássemos quaisquer dessas duas teorias, escolhendo-as em pontos não muito próximos de sua origem, deveria ser fácil organizar uma lista de critérios que permitiriam a um observador independente distinguir, em todos os casos, a teoria mais antiga da teoria mais recente. Entre os critérios mais úteis encontraríamos: a exatidão nas previsões, [...] Se isso pode ser realizado, então o desenvolvimento científico, tal como o biológico, é um processo unidirecional e irreversível. As teorias científicas mais recentes são melhores que as mais antigas, no que toca à resolução de quebra-cabeças nos contextos freqüentemente diferentes aos quais são aplicados. [...] Contudo, se comparada com a concepção de progresso dominante, tanto entre filósofos da ciência como leigos, esta posição revela-se desprovida de um elemento essencial. Em geral uma teoria científica é considerada superior às suas predecessoras [...] porque, de algum modo, apresenta uma visão mais exata do que é realmente a natureza. [...] mas antes à sua ontologia, isto é, ao ajuste entre as entidades com as quais a teoria povoa a natureza e o que “está realmente aí”. Thomas Kuhn¹⁴ (p. 252).

Neste sentido, nas ciências sociais, as indagações sobre os motivos pelos quais vivemos em sociedade ou se há prevalência ou não do indivíduo sobre o meio social imprimem dinamicidade no debate científico, pois embora a diferenciação das partes implique na unidade do conjunto o contrário também é verdadeiro.

Para autores de viés racional, como Hobbes e Locke, por exemplo, o indivíduo seria a célula básica da sociedade, que na busca pela maximização dos seus interesses ensejaria a formação de um acordo em cujas bases se organizaria o corpo social. O Estado seria a entidade emergente desse acordo, para garantir a ordem social, a segurança das pessoas e da propriedade, dos direitos civis e políticos.

Para os que enfatizam o papel do indivíduo no corpo social, as explicações são reduzidas ao seu comportamento conforme o “individualismo metodológico”, como Max Weber, embora outros autores, como John Elster¹⁵, não admitam tal redução ao

entender que as mudanças sociais resultam da simples ação humana e da interação de indivíduos (II).

Dentre os conceitos que considera básicos, Weber define sociologia como a ciência que visa entender e interpretar a ação social, seu desenvolvimento e os efeitos explicando-a de modo causal, razão pela qual entende ação social como uma conduta na qual o sujeito da ação envolve um sentido subjetivo, uma ação cujo sentido, idealizado por um ou mais sujeitos, é referenciada à conduta de outros e orienta o seu desenvolvimento⁹.

Nessa linha, o autor define *comunidade* como uma relação social na qual a ação se inspira em um sentimento subjetivo, afetivo ou por tradição, dos partícipes em constituir *um todo*. Weber associa *sociedade* a uma relação na qual a ação social se inspira em uma compensação de interesses por motivos racionais, de fins ou de valores, ou na união de interesses com igual motivação, podendo de um modo geral assentar-se em um acordo ou pacto racional de uma declaração recíproca, orientando a ação por critérios de valor e méritos, e também por fins, na visão de lealdade da outra parte.

Outras correntes, como a filiada por Raymond Boudon¹⁶, enfatizam as conseqüências não intencionais que advêm da ação intencional dos indivíduos, sejam estas premeditadas ou não, com resultados favoráveis ou não para o sujeito ou à coletividade.

“No terreno da sociologia da educação [...] desde a II Guerra Mundial a lógica da procura individual de educação gerou nas sociedades industriais uma multidão de efeitos coletivos e individuais perversos. Quero dizer que a simples justaposição de ações individuais acarretou efeitos coletivos e individuais não necessariamente indesejáveis, mas em todo caso não incluídos nos objetivos explícitos dos atores. [...] O investimento escolar necessário para atingir um nível qualquer na escala dos status sócio-profissionais é para todos mais elevado hoje do que ontem. É certo que esse aumento do custo individual do status social não se deve senão muito pouco aos efeitos do progresso técnico sobre os níveis de qualificação associados aos empregos. [...] ele é a manifestação de um efeito perverso evidentemente indesejável individualmente, mas também coletivamente, pois contribui para um aumento sem contrapartida do custo do sistema de educação para a coletividade. O mesmo aumento da procura individual de educação talvez tenha provocado outro efeito perverso, contribuindo para o aumento da desigualdade das rendas”. Boudon¹⁶ (p. 10).

Em todo o caso, é improvável se encontrar um individualista metodológico moderno que acredite realmente em um contrato social fundador da sociedade, criado por indivíduos que existiriam previamente a ela, pois seus adeptos freqüentemente inserem estruturas sociais que determinariam, com maior ou menor intensidade, os interesses dos indivíduos afetando o seu comportamento, salienta José Maurício Domingues¹⁷ lembrando, também, que se para os liberais individualistas o Estado emerge como um pacto, para os românticos como Bonald, Maistre e Herder, que acentuaram as características culturais de cada país europeu, a sociedade é entendida como uma ordem cultural e moral, que preexiste ao indivíduo, que por sua vez deriva dela e só toma sentido ao ser por ela formado, cultural e moralmente.

Emile Durkheim acompanha linha similar ao formular conceitos de uma consciência coletiva que advém de um ambiente externo aos indivíduos coagindo-os a agir de determinado modo, e que o sujeito resulta do desenvolvimento das sociedades humanas e especialmente pelo aumento da divisão do trabalho. Por meio de analogias com sistemas biológicos, o autor entende que as práticas sociais e as instituições assumem regras que integram o corpo social assimilando os diversos grupos em um conjunto unificado e que se auto-reproduz por meio dos mecanismos da solidariedade mecânica e da solidariedade orgânica.

Ou seja, foi aberto um eixo fundamental de análise no plano das teorias sociológicas que se convencionou chamar de relação entre *estrutura e ação*, pela qual a causalidade social é avaliada se seria exercida somente pelos indivíduos ou se as coletividades teriam impacto causal sobre seus membros. Se neste processo ocorreria predominância das pessoas ou das coletividades, umas sobre as outras ou apenas entre si, ou, ainda, a existência de um mútuo condicionamento entre a ação individual e a estrutura social.

No bojo desta linha, emerge o conceito de *reflexividade* como a capacidade do homem de avaliar o mundo e mudar a sua interpretação dele. No caso, a noção de interação social foi dominante nas obras de Karl Marx e Friedrich Engels que, rejeitando o individualismo, deslocaram o indivíduo, de *per se*, do centro da vida social em prol da noção dos atores coletivos e da importância das relações sociais na constituição e reprodução da estrutura social, como colocado na obra *A ideologia alemã*¹⁸: “é tão verdade serem as circunstâncias a fazerem os homens como a afirmação contrária” (III).

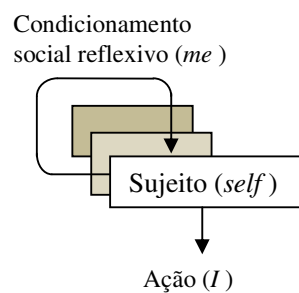
Ou seja, a interação corresponde ao próprio tecido da vida social, pois tanto os processos mais amplos, no caso a própria sociedade, como o indivíduo se formam e reproduzem por meio de processos interativos, que, por sua vez, sofrem a influência das ações dos indivíduos e de processos sociais mais amplos.

Nesta linha, toma vulto a teoria do *interacionismo simbólico* por Herbert Blumer e George Herbert Mead¹⁹, auto-definido como um behaviorista social por reconhecer a necessidade de adaptação dos seres humanos, concretizada por linguagem simbólica, palavras e gestos construídos reflexivamente e por ensaios na imaginação, gerando símbolos pelos quais o indivíduo poderia assumir o papel de outro e permutar expectativas, além de ensaiar o seu comportamento frente aos demais no plano da imaginação, dando curso à criatividade e exigindo uma contínua interpretação, pois os símbolos são mutáveis.

“In a situation where persons are all trying to save someone from drowning, here is a sense of common effort in which one is stimulated by the others to do the same thing they are doing. In those situations one has a sense of being identified with all because the reaction is essentially an identical reaction. In the case of the team work, there is an identification of the individual with the group; but in that case one is doing something different from the others, even though what the others do determine what he is to do”¹⁹ (p. 146).

A visão de Mead encontra-se ilustrada no diagrama 2.

Diagrama 2: a interação social segundo o interacionismo simbólico



Fonte: com base em Domingues¹⁷

O sujeito é fortemente reflexivo na visão de Mead, o que gerou uma nova opção à polarização entre ação e estrutura, pois nem uma nem a outra detinha a palavra decisiva e sim a interação entre indivíduos e coletividades, sendo esta, entre si, a responsável pela produção e reprodução da vida social, o que retorna à dialética de Marx, pela qual os indivíduos, por meio de sucessivas interações e processos de interpretação, se conformam a si mesmos e uns aos outros.

Porém, uma questão permanece: como é possível a formação da estrutura social se cada indivíduo persegue seus próprios interesses? No caso, uma variante do interacionismo simbólico é a *fenomenologia*, teoria focada nas estruturas de consciência do indivíduo, que integra o seu mundo cotidiano e pelas quais ele assume uma postura natural frente às normas e rotinas, comportamentos e instituições, afastando os processos reflexivos mais complexos. Um desdobramento desta visão é o *Institucionalismo*, como descrevem Peter Berger e Thomas Luckmann²⁰:

“Toda atividade humana está sujeita ao hábito. [...] A institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. [...] As tipificações das ações habituais que constituem as instituições são sempre partilhadas. São acessíveis a todos os membros do grupo social particular em questão, e a própria instituição tipifica os atores individuais assim como as ações individuais. A instituição pressupõe que ações do tipo X serão executadas por atores do tipo X”²⁰ (p. 77,79).

A visão de uma adesão natural do indivíduo à ordem social reforçou o conceito da *solidariedade orgânica*, na sociologia de Emile Durkheim, e da *solidariedade mecânica* na antropologia de Radcliffe-Brown, as quais, por consequência, contribuíram para a formulação do *funcionalismo*, teoria cujo principal expoente foi Talcott Parsons²¹.

No caso, alguns conceitos do liberalismo, como a “mão invisível” de Adam Smith, que harmoniza e estabiliza as ações das pessoas definindo as expectativas recíprocas, pode ser relacionada ao funcionalismo; assim como Robert Merton e sua visão das funções manifestas e funções latentes: no caso, as primeiras dependeriam dos fins estabelecidos pelos indivíduos e do objetivo de integração do grupo, enquanto as últimas, ao contrário, seriam inconscientes e a sua ação não dependeria do desejo ou da intenção de qualquer dos atores envolvidos (IV).

Entretanto, Parsons centrou as normas sociais como mecanismo de integração do corpo social, com base nos chamados “problema da ação” e o “problema da ordem”, pelos quais questionou o individualismo utilitarista com base na lógica dos sistemas de Vilfredo Pareto, ao analisar os aspectos não lógicos dos sistemas sociais, avaliando que em estudos sociais um elemento separado do todo consistiria em uma mera abstração de raciocínio analítico (V).

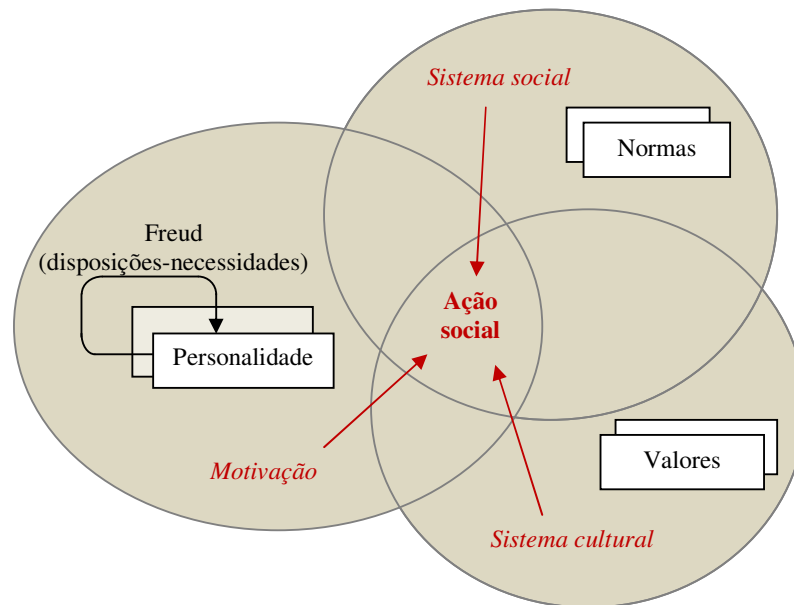
Afastando-se do individualismo comum ao interacionismo simbólico, Parsons adequou o conceito dos atores coletivos de Marx aos mecanismos de interação por meio de sistemas sociais, agregando elementos da personalidade, do sistema cultural e do sistema social. No caso, a integração da personalidade vincula-se com a motivação dos indivíduos; os valores com o sistema cultural e o sistema social, como um todo, responde pela articulação dos indivíduos na tradução dos valores culturais em normas que condicionam a ação social. A mudança social decorreria de desvios no equilíbrio destes três elementos, produzindo disfunções que o controle social seria incapaz de solucionar.

Em todo o caso, o funcionalismo de Parsons recebeu fortes críticas por sua aparente estática social em detrimento da mudança, fortalecendo a noção de automatismo do funcionamento dos sistemas sociais e a redução da importância dos atores nos modelos explicativos, afora uma postura conservadora em relação à ordem social.

Anthony Giddens avalia: “no funcionalismo, o modelo guia de sistema é usualmente o de um organismo, e os autores funcionalistas têm consistentemente visto a biologia como um banco conceitual para ser ‘pilhado’ para seus próprios fins” (VI).

A visão do funcionalismo de Talcott Parsons encontra-se ilustrada no diagrama 3.

Diagrama 3: a estrutura da ação social de Parsons



Fonte: com base em Domingos¹⁷

Ou seja, até então a moderna sociologia tem analisado os fundamentos da dinâmica social a partir de perspectivas focadas na relação entre *sujeito*, o ator humano individual, e *objeto*, a sociedade com as suas estruturas no curso da existência sócio-histórica. Para tal, tem recorrido a um esquema que fragmenta duas unidades de análise: a ação do indivíduo e a coerção da estrutura social, gerando uma dicotomia que estimulou a formulação de inúmeras teorias centradas nestes dois pólos: as correntes explanatórias do *subjetivismo* e as do *objetivismo*, que se diferenciam quanto à visão do nexo de causalidade entre ambos, de modo que cada qual é entendido como variável dependente do outro, e vice versa.

A relação entre indivíduo e sociedade, ou, sob outra denominação sociológica, as dimensões *agência* e *estrutura* são fenômenos conceituados como inter-relacionados e que representam as duas dimensões básicas de uma investigação social. Em termos ontológicos, a análise da vida social a partir da relação *agência-estrutura* encampa a questão do condicionamento do indivíduo frente à sociedade e em quanto a ação estaria pré-condicionada a uma estrutura pré-existente, assim como a força do poder da influência do sujeito humano na construção da ordem social.

No caso, a dimensão *agência* é definida como a ação individual subjetivamente impulsionada por várias espécies de estímulos: a racional-instrumental, os valores, os afetos conscientes ou inconscientes e a experiência cotidiana, abarcando tanto os desejos, intenções e finalidades dos atores como as habilidades envolvidas nas suas condutas. Engloba a soma de recursos cognitivos, práticos e expressivos que capacitam os atores a intervir no mundo social e a imprimir suas marcas, intencionais ou não.

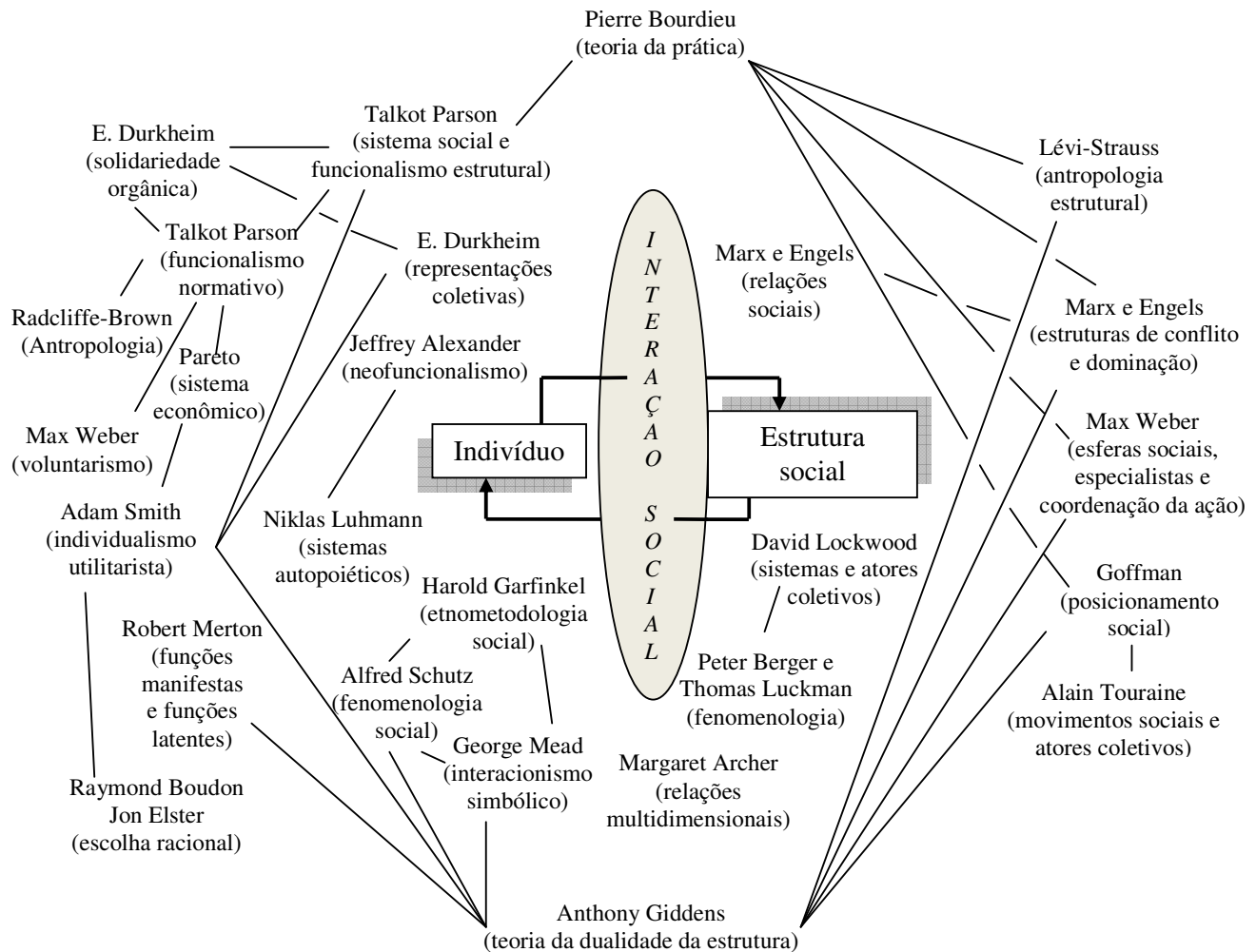
Em contraponto, toda agência individual participa de arranjos sociais historicamente herdados com os quais ela mantém algum tipo de relação, de modo que a *ação* interage com *estruturas* coletivas que, por sua vez, são formadas pelos fenômenos e circunstâncias sociais que exercem alguma influência restritiva ou habilitadora na conduta das pessoas.

Se, por um lado, o *subjetivismo* entende que a ordem social e suas instituições são produtos contínuos, que sofrem mudanças conforme as circunstâncias das condutas intencionais das pessoas com poder criativo e que se mobilizam na produção da *ação* e da *interação* social em um processo constante de estruturação, no outro pólo, o *objetivismo* enfatiza a força de coerção dos arranjos impostos por *estruturas* sociais que atuam à revelia da vontade ou consciência das pessoas exercendo uma forte influência sobre estas.

Nesse contexto, o ressurgimento do interesse sociológico no marxismo, no final dos anos 1970, fragmentou o consenso até então consolidado em torno do subjetivismo e do estruturalismo, dando lugar a uma miríade de teorias fortemente influenciadas pela noção de interação social, sempre presente em Marx e Engels, fortalecendo um movimento de síntese visando superar a polarização entre as dimensões da *ação* e *estrutura* no sentido de associá-las entre si, e, dentre as principais abordagens surgidas destacam-se a *teoria da prática social* de Pierre Bourdieu e a *teoria da estruturação* de Anthony Giddens.

As principais escolas sociológicas do século XX, sinteticamente posicionadas em hipotéticas distâncias aos pólos da relação indivíduo-estrutura (VII) com as respectivas malhas de influências entre si encontram-se ilustradas no diagrama 4.

Diagrama 4: As principais teorias sociológicas do século XX



Fonte: elaborado com base em Domingues¹⁷, Giddens¹⁰ e Bourdieu²²

Em Bourdieu, a sociedade é formada por espaços sociais que reúnem *campos* especialistas assentados em relações de poder e que se associam ao indivíduo por meio do *habitus*, um mecanismo social que responde pelas regras da ação. Ao buscar transcender a polarização entre agência e estrutura, Bourdieu confronta escolas centradas nestes dois pólos, divergindo da ênfase na liberdade total da fenomenologia, do individualismo da escolha racional de Jon Elster, e do estruturalismo, avaliado como excessivamente rígido além de desconsiderar a importância da ação dos atores.

A sua noção de campo assemelha à de Weber nos “círculos de pessoas privilegiadas que monopolizam a disposição sobre os bens, obrigações e posições na vida” (VIII). Na *teoria da prática*, o autor ²³ entende que o corpo social configura espaços de posições sociais e campos de poder, como o campo político, econômico, jurídico ou cultural, nos quais as relações entre os indivíduos são estabelecidas de modo relacional, conforme o *quantum* de poder, ou *capital*, detido por estes, fator que lhes confere maior ou menor legitimidade às suas idéias, posturas, comportamentos e valores (IX).

A seu turno, o *habitus*, responsável pela mediação entre agência e estrutura e fornece as regras práticas para a ação, é definida como uma forma de “estrutura estruturada e estruturante” que reproduz as estruturas sociais pelo efeito da memória social das pessoas (X) agregando mudanças incrementais no próprio *habitus* (XI).

Desse modo, entendemos que as estruturas de posição dos campos detêm poder forte o bastante para influenciar os *habitus* constituídos nos indivíduos que neles se encontram, os quais se relacionam entre si apenas em conformidade às posições de poder que ocupam no campo.

Por este motivo, alinhamo-nos à percepção de Domingues¹⁷ para quem na teoria da prática não fica claro como ocorre o mecanismo de interação entre as pessoas e destas para com a própria estrutura social, na medida em que a ação depende da memória e da criatividade dos indivíduos, o que faz deduzir que, mesmo na visão de interação social de Bourdieu, o pólo da estrutura prepondera no controle da construção da ordem social.

A segunda escola de relevo com foco na interação social é a *teoria da estruturação* do sociólogo de Cambridge Anthony Giddens. Com base na perspectiva de uma dualidade da estrutura social, este autor procura articular os pólos do subjetivismo e do objetivismo associando inúmeras e distintas influências fundadas nestas duas dimensões.

Embora reconheça a pluralidade de correntes teóricas como um testemunho da vitalidade da teoria social, este autor busca reconstruir a fragmentação das mesmas pela mediação e integração, ao menos parcialmente, de distintas teorias, como, por exemplo, a dimensão da consciência prática como o repertório subjetivo de conhecimentos e crenças tácitas, regularmente aplicadas na geração das práticas dos atores sociais,

conceito ausente no funcionalismo estrutural, pois Parsons centrava a interação nas normas sociais, em uma íntima relação entre a epistemologia naturalista e um modelo associado ao objetivismo.

Aceitando que o funcionalismo tivesse êxito em associar uma plêiade de fenômenos no mundo social, Giddens rejeita, porém, a explicação baseada na mecânica de funcionamento dos sistemas biológicos, ou sua adaptação, por meio de mecanismos de adaptação.

2.2 A dualidade da estrutura social

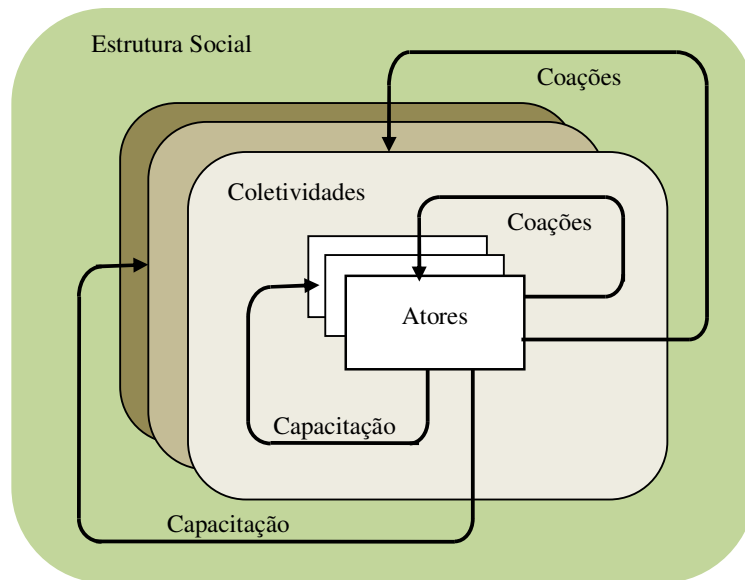
No caso, embora tanto funcionalistas como estruturalistas concordem com uma prevalência da estrutura sobre a ação, os primeiros a definem como ‘propriedades emergentes’ de um todo que separa suas características daquelas dos seus membros enquanto exerce influencia sobre estes, um conceito que Giddens²⁴ não aceita como plausível pela ótica de inúmeras teorias (XII), rejeitando a visão de que “o comportamento humano é o resultado de forças que os atores não controlam nem compreendem” (XVII).

Entretanto, em ambas as correntes, funcionalismo e estruturalismo, o componente restritivo da estrutura é fortemente acentuado. Porém, semelhantemente a alguns itens auto-reprodutores da própria natureza, as atividades sociais humanas apresentam características recursivas, na medida em que elas não são apenas criadas por atores sociais, mas continuamente recriadas por eles através dos próprios meios pelos quais eles se expressam como atores.

Nesse entendimento, o autor constrói uma teoria visando superar tanto o *determinismo*, que reduz as práticas dos agentes à operação coercitiva de mecanismos societários, tidos como autônomos em relação àqueles, como se a reprodução social resultasse de processos mecânicos, assim como o *voluntarismo*, que ignora o papel dos contextos estruturais nos quais as práticas ocorrem, pois avaliam a reprodução social apenas pela agência humana, desconsiderando a formação e capacitação de tais indivíduos como agentes sociais.

Giddens elabora um retrato dinâmico da vida social pressupondo que qualquer modalidade de organização societária só existe historicamente enquanto reproduzida por meio das atividades cotidianas dos atores individuais. A partir do conceito de *dualidade de estrutura*, os pólos do subjetivismo e do objetivismo podem ser articulados graças à capacidade reflexiva dos atores e ao condicionamento de estruturas prévias. A noção da recursividade do fluxo social pelos atores encontra-se ilustrada no diagrama 5.

Diagrama 5: A recursividade no fluxo de relações sociais



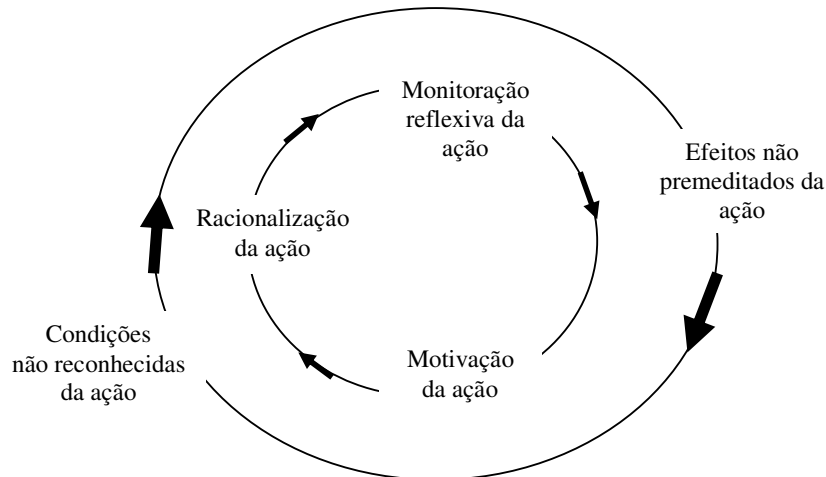
Fonte: com base em Giddens¹⁰

Giddens²⁴ assinala que o poder em sistemas sociais, que mantém uma continuidade no tempo e no espaço, pressupõe relações regularizadas de autonomia e dependência entre atores ou coletividades no contexto de interação social, na medida em que todas as formas de dependências oferecem recursos por meio dos quais aqueles que são subordinados podem influenciar as atividades de seus superiores. É o que o autor denomina dialética do controle em sistemas sociais.

Ou seja, os atores são sempre reflexivos e podem alterar o seu comportamento a qualquer momento em um fluxo constante de mudança social, embora nunca a partir do nada, reproduzindo, contínua e interativamente, as condições de suas atividades pelo envolvimento reflexivo em tais ações, recriando as propriedades estruturais de seus

contextos de atuação. A estrutura recursiva das práticas pressupõe o monitoramento reflexivo da conduta, como ilustra o diagrama 6.

Diagrama 6: O agente e a agência



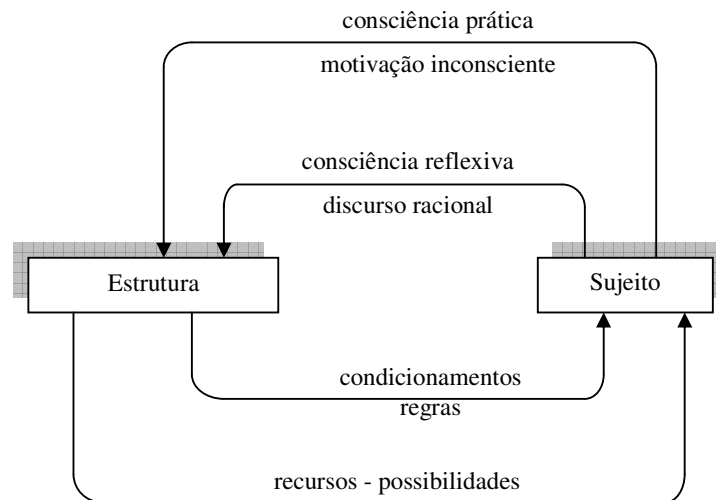
Fonte: a partir de Giddens²⁴ (p.6)

No caso, a *motivação da ação* diz respeito aos desejos, vontades e finalidades que induzem o ator a perseguir determinadas atividades, segundo planos e projetos pessoais formulados de modo consciente. A *racionalização da ação* refere-se às habilidades necessárias à produção da vida cotidiana, abrangendo os meios pelos quais os indivíduos monitoram a correspondência entre as suas ações e os efeitos decorrentes de suas práticas, necessários à explicação dos motivos e razões de sua conduta. As *condições não reconhecidas da ação*, dizem respeito aos aspectos dos ambientes sociais não percebidos pelos agentes, como os fatores externos que propiciam os *efeitos não premeditados da ação*, dimensão que demonstra a insuficiência de qualquer análise centrada apenas no agente individual.

Neste aspecto, Giddens distingue a ação da racionalidade, separando a consciência do agente em prática e discursiva. No caso, a *consciência prática* se assemelha à noção do *habitus* de Pierre Bourdieu, sendo todos os recursos cognitivos que o ator mobiliza nas situações interativas no cotidiano da vida social, a sua e a dos outros, permitindo seguir as regras e mudá-las sem analisar o seu significado.

Giddens apresenta a *consciência discursiva* como o repositório de conhecimentos sobre os ambientes sociais de atuação, sendo capaz de cumprir a função racional da ação dos atores, possibilitando dar explicações e formulação de projetos definidos. O conceito do fluxo de interação dos atores encontra-se ilustrado no diagrama 7.

Diagrama 7: A dualidade da estrutura e a ação dos atores



Fonte: com base em Giddens²⁴

Giddens avalia que os atos têm conseqüências impremeditadas, que podem realimentar-se sistematicamente para constituírem as condições não reconhecidas de novos atos.

“Assim, uma das conseqüências normais de eu falar ou escrever de um modo correto em inglês é contribuir para a reprodução da língua inglesa como um todo. O fato de eu falar inglês corretamente é intencional; a contribuição que dou para a reprodução da língua não é”²⁴ (p.9).

Assim, a agência não deve, necessariamente, ser definida em termos de intenções, pois para ser uma ação, seria preciso que o agente tivesse a intenção de gerá-la. A agência refere-se à capacidade de realização das pessoas, “diz respeito a eventos dos quais o indivíduo é o perpetrador, no sentido de que ele poderia, em qualquer fase de uma dada seqüência de conduta, ter atuado de modo diferente. O que quer que tenha acontecido não o teria se esse indivíduo não tivesse interferido”²⁴ (p.10) (XIII).

Nesse sentido, um aspecto muito relevante em Giddens é a noção de “conseqüências não intencionais da ação”, que decorrem da ação dos atores sem que essa fosse a sua intenção originária, quer soubessem ou não que esses resultados se produziriam.

“Mas, o que é fazer alguma coisa não intencionalmente? É diferente de provocar conseqüências não intencionalmente? Considere-se o chamado ‘efeito acordeão’ da ação. Um indivíduo aciona um interruptor para iluminar um quarto. Embora seja um ato intencional, o fato de que acender a luz alerta um gatuno não é. Supondo que o gatuno fuja rua abaixo, seja interceptado por um policial e, depois de processado, passe um ano na cadeia para cumprir sentença por arrombamento de domicílio, tudo foi conseqüência não intencional do ato de acionar o interruptor de luz?”²⁴ (p.11).

O autor conceitua ato intencional como aquele que o seu agente sabe, ou acredita, que terá um determinado desfecho e no qual esse conhecimento é utilizado para alcançar esse resultado. Retornando ao exemplo do ladrão, acionar o interruptor de luz foi algo realizado pelo agente, alertar o ladrão também, mas se isto não foi intencional ou se ele ignorava que o ladrão estava na casa ou, ainda, se por alguma razão, soubesse da presença do gatuno, mas não desejou usar esse conhecimento para alertar o ladrão, os atos não foram intencionais.

Na maioria das esferas da vida, e das formas de atividade, o âmbito do poder de controle limita-se aos contextos imediatos de ação ou interação. “As conseqüências do que os atores fazem, intencionalmente ou não, são eventos que não teriam acontecidos se eles tivessem se comportado de modo diferente, mas cuja realização não está no alcance do poder do agente, independentemente de quais eram as suas intenções” (p.12).

Nesse sentido, Giddens enfatiza a importância de conectar conseqüências impremeditadas da ação com práticas institucionalizadas, aquelas que estão profundamente enraizadas no tempo e no espaço. “A preocupação é com um conjunto singular de eventos, remontados até as origens e analisados contrafactualmente. O pesquisador pergunta: “O que teria acontecido aos eventos B, C, D, E... se A não tivesse ocorrido?”_ procurando assim identificar o papel de A na cadeia ou seqüência” (24:15).

A noção de efeitos não intencionais tem papel heurístico fundamental na pesquisa de cadeias cumulativas de eventos engatilhados por determinados eventos iniciadores sem os quais o curso posterior dos acontecimentos teria sido provavelmente distinto.

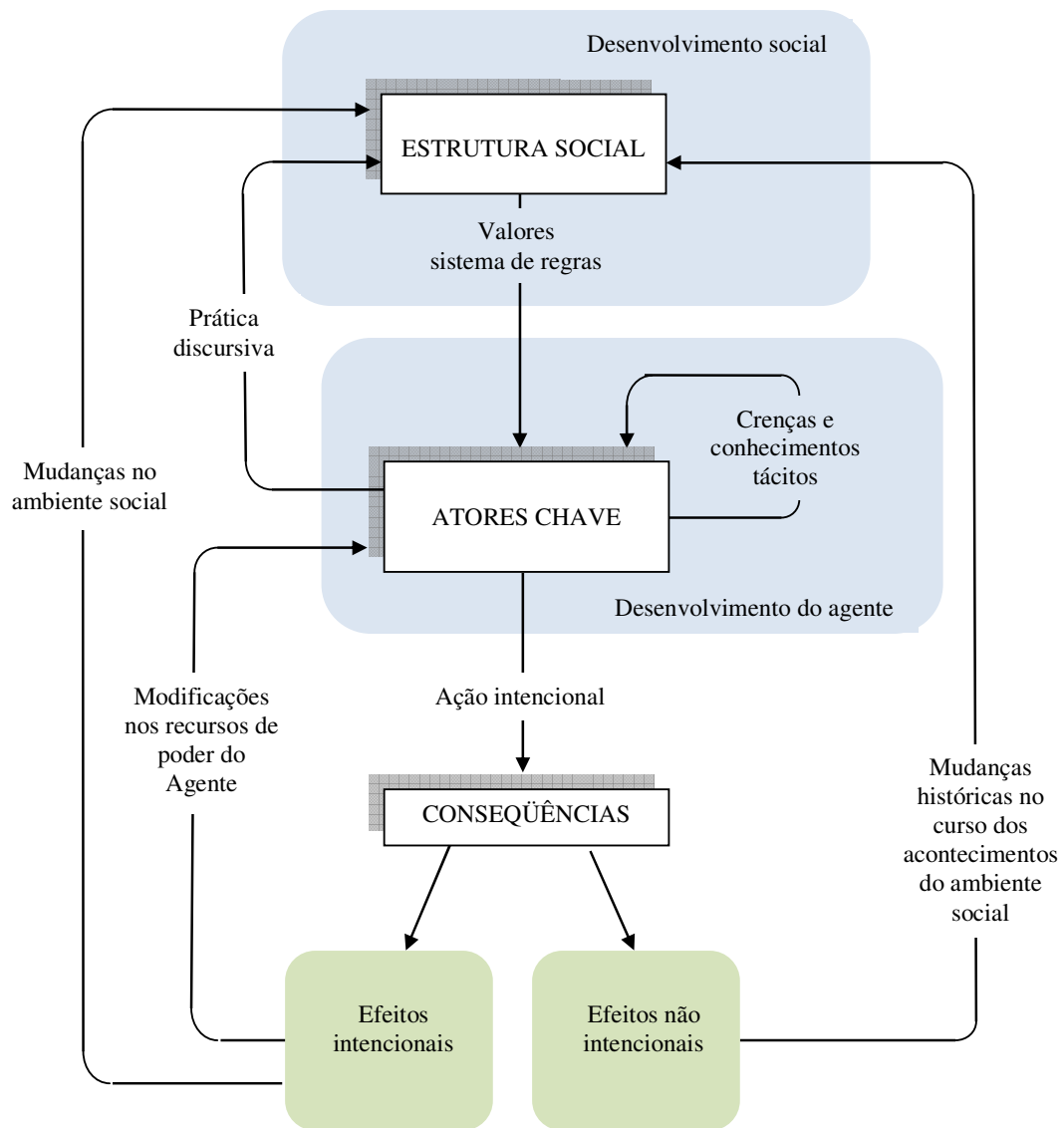
2.3 Dialética da prática em sistemas sociais: modelo de análise

A partir do referencial apresentado, e entendendo que existe um natural jogo de interesses envolvido no processo social, que se configura ao longo de fatos históricos cruciais gerados pela ação de atores engajados, que aplicam recursos de poder com potencial para acarretar efeitos, premeditados ou não, na busca de seus interesses, examinaremos a dialética da prática social no setor social, objeto da presente pesquisa, a partir do modelo representado no diagrama 8, que procura, de modo esquemático, sintetizar os argumentos e entendimentos utilizados.

Em conformidade ao modelo proposto, entendemos que é essencial, para a análise da dinâmica social, conhecer os atores relevantes, os recursos de poder e interesses, manifestos ou não, assim como as conseqüências geradas por suas práticas, episódicas ou cotidianas, tanto no tocante às modificações das suas posições de poder como nos valores e regras do corpo social em estudo.

Desse modo, a reprodução da prática social decorre da combinação da força de interesses sociais, gerados no contexto da própria estrutura social e instrumentalizada por conjuntos de valores e regras voltados à disciplina da ação dos agentes, assim como pelas ações intencionais dos mesmos que buscam, com base em diversificados recursos de poder e na legitimação do discurso, alcançar objetivos específicos, alterando gradativamente o ideário próprio da estrutura social.

Diagrama 8: Modelo da dinâmica de construção de uma relação social



3 METODOLOGIA

Neste capítulo, buscamos retratar um modelo de compreensão do ambiente social e da própria pesquisa científica, razão pela qual procuramos manter, ao longo da pesquisa, uma postura de abertura para novos significados que possam conduzir o estudo a novas interpretações sobre a dinâmica das relações entre os atores presentes no setor da saúde no Brasil.

3.1 Considerações iniciais

Filiamo-nos ao entendimento de Karl Popper²⁵, para quem as teorias científicas compreendem enunciados universais, conforme “redes lançadas para capturar aquilo que denominamos ‘o mundo’, para racionalizá-lo, explicá-lo e dominá-lo. Nossos esforços são no sentido de tornar as malhas da rede mais estreitas” com o recurso de procedimentos estruturados de investigação (p.61).

O que resulta ao fim de uma investigação, conforme Hermano Thiry-Cherques²⁶, é um sistema de relações que possa ser identificado a partir de uma perspectiva singular, pela qual seja possível observar e decompor o objeto em elementos e relações, conceituando-o de modo a elaborar um modelo que permita descrever a estrutura que subjaz àquilo que está diretamente apresentado, tornando inteligível o que não é acessível de imediato.

Desse modo, para Thiry-Cherques²⁷ “o estudo empírico condiciona o acesso à estrutura, mas a prova empírica é meramente um exemplo e uma verificação do que é possível. O fenômeno empírico é um meio no caminho do conhecimento. O modelo é uma estrutura virtual. Relações potenciais de elementos cuja atualização depende do meio. É uma estrutura abstrata homóloga a uma estrutura concreta, ou uma estrutura concreta homóloga a outra estrutura concreta ou a um conjunto de estruturas concretas. É o inteligível, mas ignorado porque oculto pelo aparente e manifesto” (p.32).

Ou seja, a identificação da estrutura intuída do objeto não é evidente, como perceberam os antigos gregos, avaliando que se soubessem exatamente o que procuravam não precisariam mais procurá-lo, pois cada camada de estrutura superficial pode vincular-se a várias estruturas profundas, e cada uma, por sua vez, pode referir-se a diversas outras

estruturas superficiais. Contudo, o autor avalia que “se o número das estruturas superficiais é infinito, o número de estruturas profundas é limitado”, o que facilita a investigação, pois a escolha do campo a ser explorado pertence ao pesquisador ²⁶ (p.50).

A escolha do método implica na visão pessoal do objeto de pesquisa, pois o pesquisador escolhe tipos específicos de metodologias com base em concepções implícitas ou explícitas do que pretende obter na pesquisa. A metodologia une o pesquisador ao objeto, em termos de regras e procedimentos que operacionalizam a rede de premissas incorporada no paradigma do pesquisador, o que favorece a dimensão epistemológica.

Porém, o pesquisador deve libertar-se de pré-concepções por que “somos vítimas da nossa base cultural, da nossa erudição, da nossa familiaridade com o observado. Vemos primeiro – e, muitas vezes, apenas a estrutura superficial, o modelo consciente da vida em sociedade. [...] Interpretar significa olhar com um olhar distinto, o olhar despido dos traços culturais que carregamos, da erudição que armazenamos, da familiaridade que temos com o objeto” ²⁶ (p. 47).

Entretanto, descobrir as estruturas profundas relacionadas com o objeto não é tarefa fácil, pois “as razões produzidas pelos informantes, empresas ou acadêmicos, não devem ser tidas como causas nem como ‘neutras’. Em outras palavras, a tarefa de tentar descobrir mecanismos e estruturas causais [...] não se reduz a conhecer as razões usadas ou referidas pelos agentes, ou a identificar as regularidades ‘empíricas’ correspondentes. [...]. O que se argumenta é que a realidade é em grande parte, mas não exclusivamente, construída por agentes sociais. Agentes sociais conhecem muitos ou alguns dos mecanismos e estruturas causais que estão por trás de ações e de fenômenos observáveis ou não-observáveis. O que se pressupõe é que nem sempre as causas (do que é observável ou não) são conhecidas pelos agentes”, assinala Alexandre Faria ²⁸ (p.56).

Ou seja, o objeto de pesquisa pode ser interpretado sob distintos conceitos, estimulando vários estímulos e entendimentos que não indicam, necessariamente, uma preferência quanto à estratégia de pesquisa, pois todas contribuem na interação do objeto com o pesquisador, que aprende a partir do próprio processo.

Esta posição é a que buscamos manter na pesquisa: aprender com o fenômeno estudado, tendo em conta que a relação do pesquisador com o objeto pode interferir na realidade observada, alterando comportamentos e, por consequência, resultados.

3.2 Sobre a metodologia

São inúmeros os caminhos que podem ser percorridos na construção de uma pesquisa, razão pela qual é fundamental que seja precisamente especificado o que se deseja encontrar e a maneira de fazê-lo. A proposta neste capítulo é mostrar o caminho percorrido.

Karl Popper²⁵ concebe um sistema teórico representativo do mundo real, ou da experiência, como empírico ou científico apenas se ele for passível de comprovação por meio de prova, mas no sentido negativo, na sua falseabilidade, após ter sido intersubjetivamente (I) submetido a teste e ter resistido a essas provas.

Segundo o método dedutivo de Popper, dar uma explicação para certo acontecimento significa deduzir um enunciado que o descreva, tendo como premissas uma ou mais leis universais associadas a certos enunciados singulares. Uma explicação causal completa possui duas partes constitutivas: os enunciados universais, na forma de hipóteses com o caráter de leis naturais, e os enunciados singulares, que se aplicam ao evento específico, e representam as condições iniciais.

Na presente pesquisa, entendemos que uma explicação causal completa para o fenômeno de exclusão de segmentos populacionais, socialmente vulneráveis, do acesso a serviços privados de saúde, no Brasil, pode ser atendida pelas seguintes hipóteses, no sentido de suposições (II):

Hipótese Geral: Os custos da saúde podem acarretar uma relevante exclusão da população de idosos e doentes crônicos do sistema de saúde suplementar.

Hipótese Singular: A utilização de modelos prospectivos é suficiente para compor a base de tendências do fenômeno estudado.

3.3 Perguntas de pesquisa

Objetivando estruturar a realização do estudo, o problema central da pesquisa foi decomposto segundo as seguintes perguntas:

- a) Quais foram os fatores históricos relevantes para a formação do setor da saúde suplementar no Brasil?
- b) Quais são as organizações que compõem atualmente o setor da saúde suplementar no Brasil?
- c) Quais são os principais atores sociais envolvidos na formação e estruturação do setor da saúde suplementar no Brasil, seus papéis e recursos de poder?
- d) Quais são os arranjos estruturais que podem relativizar o valor social da saúde em função do seu componente econômico?

3.4 Caracterização da pesquisa

Sueli Goulart e Cristina Amélia Carvalho³⁰ avaliam até que ponto questões organizacionais associadas a símbolos e rituais simbólicos seriam cabíveis a métodos quantitativos, e procedimentos estatísticos suficientes para a compreensão da complexidade que envolve estas questões, na medida em que tais pesquisas assumem o pesquisador como um intérprete, que interage com os sujeitos e os objetos pesquisados.

Por outro lado, a subjetividade inerente à abordagem qualitativa se reflete no desenho da pesquisa, mostrando que desde a escolha do tema até a apresentação dos resultados a investigação se relaciona com os valores do pesquisador, permitindo que a clareza, a coerência, a riqueza e os detalhes da descrição dos procedimentos de investigação sinalizem a objetividade do estudo.

A relevância da dimensão subjetiva incorporada na abordagem qualitativa em estudos sociais é ressaltada na comparação dos pressupostos metodológicos da objetividade e a subjetividade, como mostra o quadro 4

Quadro 4: comparações entre as abordagens quantitativas e qualitativas

Pressupostos das abordagens quantitativa e qualitativa de pesquisa			
<i>Pressupostos</i>	<i>Questões</i>	<i>Abordagem quantitativa</i>	<i>Abordagem qualitativa</i>
Ontológicos	Qual é a natureza da realidade?	A realidade é objetiva e singular	A realidade é subjetiva e múltipla
Epistemológicos	Qual é a relação do pesquisador com o objeto ou sujeitos do estudo?	O pesquisador é neutro em relação ao objeto ou aos sujeitos pesquisados	O pesquisador interage com objetos ou sujeitos pesquisados
Axiológicos	Qual é o papel dos valores?	São evitados ou ignorados e excluídos do estudo	São assumidos e compõem o estudo
Retóricos	Qual é a linguagem da pesquisa?	<i>Formal</i> : baseada em conjuntos de definições <i>Voz impessoal</i> : ênfase em termos e expressões quantitativas	<i>Informal</i> : definições emergem no processo <i>Voz pessoal</i> : ênfase em termos e expressões qualitativas
Metodológicos	Qual é o processo da pesquisa?	<i>Processo dedutivo</i> : causa e efeito <i>Descontextualização</i> : generalizações levam à predição, explanação e ao entendimento; Acurácia e consistência mediante validade e confiabilidade	<i>Processo indutivo</i> : inter-relações de fatores <i>Contextualização</i> : padrões e teorias desenvolvidas para o entendimento; Acurácia e consistência mediante verificação e força da argumentação teórica

Fonte: Goulart, Carvalho³⁰ (p.124)

Assim, o trabalho se insere como **pesquisa exploratória**, pelo reduzido conhecimento acumulado e sistematizado neste tema, conforme Sylvia Vergara²⁹, e também pelos instrumentos de análise de dados utilizados, não comuns em estudos na área de saúde.

A pesquisa tem por nível de análise o setor da saúde suplementar no Brasil e por unidade de análise as organizações e os atores que o integram.

Quanto aos procedimentos técnicos, o trabalho utiliza pesquisa bibliográfica, constituída por livros, artigos e material disponibilizado na Internet, além de entrevistas com profissionais do sistema de saúde pública e suplementar com conhecimento acadêmico e experiência prática, o que favorece a compreensão, o desenvolvimento e a modificação de conceitos e idéias sobre a dinâmica do fenômeno social estudado.

Quanto à natureza, o estudo pode ser classificado como uma **pesquisa aplicada**, por apresentar otimização de metodologias já construídas, incorporando às mesmas um novo componente teórico e técnico.

Na abordagem, tem-se uma **pesquisa qualitativa**, conforme William Stevenson³¹, pois se funda em percepções subjetivas de probabilidade de ocorrência de eventos dos quais não se dispõe de dados históricos, pois estes se definem e detalham durante o estudo, no

curso do conhecimento das relações entre os atores e a estrutura do setor da saúde suplementar (III).

3.5 Delineamento da pesquisa

Como objeto de estudo, a área da saúde foi analisada a partir de sua gênese no Brasil, visando compreender a formação da sua estrutura e as relações entre os atores que a integram, assim como as bases das pressões de ordem econômica que envolveram os usuários de serviços de saúde e o próprio Governo. Embora a pesquisa tenha retroagido ao período colonial, até poucos anos após a descoberta do Brasil, a análise centrou no período posterior à década de 1970, especialmente após a instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando o tema da exclusão de segmentos sociais de maior risco às seguradoras do sistema privado de saúde se mostrou particularmente gravoso.

Nesse entendimento, no tocante à perspectiva temporal, o estudo seguiu uma linha histórico-longitudinal, porém com cortes transversais enfatizando os momentos históricos de especial interesse que marcaram a linha evolutiva do fenômeno e que, de alguma forma, possuem relevância para a atual configuração.

A abordagem qualitativa foi utilizada no aprofundamento do conhecimento das relações sociais que conduziram à atual configuração do setor da saúde suplementar, considerando que, na sua fase constitutiva, os atores determinam de modo direto ou indireto, processos e estruturas vigentes em um dado momento histórico.

Desse modo, o estudo envolveu um levantamento histórico da função social da saúde no Brasil, por meio de uma detalhada análise de documentos visando identificar fatos relevantes ocorridos ao longo da evolução e estruturação do setor.

Quanto ao aspecto quantitativo, a pesquisa identificou, por meio de processos de comparação e medidas de associação, os padrões existentes entre as organizações que integram o setor privado de saúde.

3.6 Definição de categorias de análise – constitutiva e operacional

Em conformidade a Marcelo Milano Falcão Vieira³², a definição constitutiva refere-se ao conceito formulado por um autor à categoria ou termo utilizado na pesquisa, sendo oriundo da fundamentação teórica. A definição operacional é a operacionalização da definição constitutiva, e diz respeito à maneira como a referida categoria ou termo é identificado ou medido no mundo real.

Desse modo, tendo em conta que a base epistemológica do estudo é fortemente calcada na teoria da estruturação de Anthony Giddens, as definições dos termos e categorias utilizadas são referenciadas principalmente ao entendimento deste autor. As definições são as seguintes:

Quanto à categoria *Estrutura*, Giddens sintetiza como “regras e recursos, recursivamente implicados na reprodução de sistemas sociais. A estrutura existe somente como traços de memória, a base orgânica da cognoscitividade humana, e como exemplificada na ação”²⁴ (p. 442). A categoria é operacionalizada pela infra-estrutura e os recursos de poder das organizações, público e privadas, relacionadas ao setor da saúde suplementar.

A *Dualidade da Estrutura* é definida como sendo “o meio e o resultado da conduta que ela recursivamente organiza: as propriedades estruturais de sistemas sociais não existem fora da ação, mas estão cronicamente envolvidas em sua produção e reprodução”²⁴ (p.441). É operacionalizada pelo fluxo de relações e pressões recíprocas entre os atores.

Os *Arranjos Estruturais*, que operam a ação no âmbito das estruturas, são definidos como as modalidades de estruturação, pelos atores, na reprodução dos componentes estruturais do sistema de reprodução (X). A operacionalização ocorre nas ações estratégicas voltadas à defesa ou combate à formação de novos arranjos no setor da saúde suplementar.

O conceito de *valores* é definido como “os elementos de caráter endopático, relativos à compreensão social, cuja conexão de sentidos é intelectualmente compreendida apenas sob certas circunstâncias”⁹ (p.6). É operacionalizado pela identificação e seleção dos

diferentes conceitos de natureza psicofísica que, associados ao racionalismo dos atores, constituem as relações da estrutura social.

O *Conflito* é definido como “o esforço concentrado entre os atores ou coletividades expressas como práticas sociais precisas” (VI). É operacionalizado como sendo as situações geradoras de interesses concorrentes entre os atores, motivadas de ações com força para modificar a estrutura e suas relações internas.

Por sua vez, *Sistema Social* é a “a padronização de relações sociais ao longo do espaço-tempo, entendidas como práticas reproduzidas. Os sistemas sociais devem ser considerados amplamente variáveis em termos do grau de ‘sistemidade’ que apresentam e raramente têm o tipo de unidade interna encontrada em sistemas físicos e biológicos”²⁴ (p.444). A operacionalização ocorre nas metas políticas, regras de mercado e na legislação produzida para a regulação do sistema da saúde suplementar.

Os *atores* são definidos no bojo de *sistemas sociais*, estes como campos socialmente estruturados nos quais os indivíduos ocupam posições definidas em relação aos demais, assumindo conjuntos distintos de obrigações e prerrogativas associadas a cada posição no campo (V). A operacionalização se dá nas autoridades públicas, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS e o Ministério da Saúde; também pelas organizações privadas prestadoras de serviços de saúde e respectivas entidades representativas, além de outras entidades atuantes direta e indiretamente no setor, como o Poder Judiciário, os PROCON e o Instituto de Defesa do Consumidor- IDEC.

O termo *Stakeholders*, como referido por Edward Freeman³³, é definido como o ator com particular interesse, normalmente econômico, em uma organização, projeto ou sistema, e com os quais a estabilidade nas relações é de vital importância para a organização, cujos gestores devem incorporar princípios e valores de natureza pessoal na formulação e implementação de planos estratégicos (VII). A operacionalização é dada pelos atores-chave, portadores de interesse no setor de saúde suplementar.

A categoria *Instituições* é definida como os sistemas sociais mais firmemente posicionados em termos de duração histórica, extensão e abrangência das interações oriundas de suas práticas constitutivas (VIII); ou, “a institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores”, resumem

Berger e Luckmann²⁰ (p.79). A categoria é operacionalizada nas corporações privadas de serviços de saúde e nos órgãos do Estado envolvidos, direta ou indiretamente, na formulação e controle de políticas sociais, como o Congresso Nacional, o Ministério da Saúde e a ANS, dentre outros.

A expressão *Análise Institucional* é definida como a “análise social que coloca em suspensão as habilidades e a percepção consciente de atores, tratando as instituições como regras e recursos cronicamente reproduzidos”²⁴ (p. 439). É operacionalizada nas análises das ações de políticas públicas e de gestão empresarial do setor.

Os *fatores histórico-institucionais* são conceituados como os episódios relevantes acontecidos no curso das mudanças sociais, que geram e influenciam o desenvolvimento de um corpo social, conforme Giddens¹⁰. O termo é operacionalizado pela identificação das várias situações político-econômicas e dos fatos históricos marcantes que motivaram a gênese e a evolução do setor da saúde no Brasil.

A expressão *Análise de Conduta Estratégica* é sintetizada como a “análise social que coloca em suspensão as instituições como socialmente reproduzidas, concentrando-se no modo pelo qual os atores sociais monitoram reflexivamente o que fazem; no modo pelo qual os atores se apóiam em regras e recursos na constituição da interação”²⁴ (p.439). A operacionalização ocorre na análise do sentido das estratégias políticas de Governo e dos objetivos, explícitos ou não, contidos nas ações das organizações privadas de saúde.

Da mesma forma, *Recursos autoritários*: “recursos não-materiais envolvidos na geração de poder, derivando da capacidade de tirar proveito das atividades de seres humanos; eles resultam do domínio de alguns atores sobre outros”²⁴ (p.443). A operacionalização advém dos recursos desiguais de poder que modificam a assimetria nas posições dos atores no sistema de saúde suplementar.

Identificamos a expressão *Recursos de Poder* com um significado similar ao empregado por Giddens no item anterior, sendo adotada por inúmeros autores, principalmente os filiados à corrente de Pierre Bourdieu e à teoria institucional. Neste estudo utilizamos ambos. Então, os *Recursos de Poder*, recorrendo a Weber, são “todas as qualidades imagináveis por um homem e toda sorte de meios possíveis que podem colocar alguém

na posição de impor sua vontade em uma dada situação³⁴ (p.43), sendo operacionalizada pela identificação e seleção dos instrumentos normativos e de pressão social, desenvolvidos pelos atores para garantir posições favoráveis aos seus interesses.

3.7 A delimitação da pesquisa

A delimitação do estudo refere-se à moldura que o autor coloca no seu trabalho. É o momento em que se explicitam o que fica dentro e o que fica fora do estudo, cuidando-se apenas de uma parte de uma ampla realidade complexa²⁹.

No caso em questão, o conceito presente na teoria da estruturação prescreve que a teoria social não deve se pautar seja no sujeito ou no objeto, e sim o aspecto da recursividade, pois as condições de reprodução da vida social emergem dela mesma, sem qualquer centro real, ao longo da dialética mantida entre o sujeito e o objeto. Desse modo, as propriedades estruturais das organizações e sistemas sociais devem ser pensadas em termos da própria recursividade da vida social, que surgem quando as pessoas agem e dão continuidade em seus ambientes, ao longo do tempo e do espaço.

Nesta perspectiva, a pesquisa buscou identificar as principais relações desenvolvidas entre os atores das organizações de serviços de saúde e os do Estado, desde os primórdios da atenção à saúde, no período colonial brasileiro, até o final da década de 1990, culminando na atual configuração do sistema de saúde com ênfase no subsistema da saúde suplementar.

O estudo analisa, igualmente com base em pesquisa documental, as relações entre os atores do sistema de saúde suplementar com outros, posicionados em diferentes setores da vida social, mas que participam do seu desenvolvimento, como o poder Judiciário e Legislativo e as instituições de Defesa do Consumidor, como o PROCON e o IDEC.

A análise de profundidade foi realizada a partir das declarações, por meio de entrevistas com um específico segmento da população, segundo uma amostra intencional e não probabilística constituída por atores considerados representativos da área social.

3.8 A base empírica

Os dados de campo foram obtidos por meio de **entrevistas livres e aplicação de formulários e questionários** a atores especialistas, além de outros não especialistas, no assunto, para qualificar as percepções subjetivas técnicas e leigas sobre os efeitos da evolução do setor de saúde, como um todo. Do mesmo modo, foram levantadas as suas avaliações sobre os instrumentos institucionais apropriados de mediação entre o Poder público, as organizações privadas de serviços de saúde e a demanda do corpo social.

As entrevistas foram semi-estruturadas, induzindo as respostas ao tema da saúde suplementar, executadas de modo rápido pela exigüidade da agenda dos entrevistados, com vistas a apurar as percepções e hipóteses subjetivas sobre a evolução do setor.

Nestas ocasiões, ao final de cada entrevista, foi explicada a mecânica da técnica Delphi e das redes *neuro-fuzzy*, voltadas ao processamento de variáveis subjetivas, solicitando-se informações que viabilizassem posterior contato à distância, como e-mail, para o levantamento de percepções prospectivas sobre o assunto.

Os *questionários*, no formato do método *delphi*, foram aplicados pela Internet, enviando-se os arquivos com a descrição dos eventos futuros possíveis, elaborados com base no teor dos assuntos tratados nas entrevistas, apurando-se nas respostas a lista dos eventos com maior probabilidade de ocorrência e as correlações entre os mesmos. A terceira etapa trata do cálculo das matrizes de impacto cruzado de modo a subsidiar a construção de cenários futuros.

Nesta fase de apuração de dados à distância, pela Internet, foi também enviado outro arquivo, com o *formulário* relativo ao levantamento das percepções do momento atual do setor de saúde suplementar, decomposto em grupos de variáveis das redes *neuro-fuzzy*, de simples e de fácil marcação, exigindo apenas uma marcação em uma escala de valores pré-dispostos. A coleta dos dados foi realizada no mês de agosto de 2009, englobando as fases descritas no item 3.9.

As técnicas das redes neurais de variáveis subjetivas, assim como o método Delphi e as matrizes de impacto cruzado encontram-se detalhadas no item 3.11, referente à análise dos dados de campo.

3.9 O perfil dos entrevistados

O objeto da pesquisa, o setor da saúde suplementar no Brasil, possivelmente pelo curto tempo de maturação decorrido desde a sua regulamentação pela Lei nº 9.656, de 28.01.2000, apresenta uma baixa densidade de estudos acadêmicos, se comparada com a saúde pública, fazendo com que a maioria das pesquisas envolvendo sistemas mistos de saúde seja produzida no exterior, versando sobre modelos de saúde europeus, canadenses ou norte-americanos.

Talvez por estas razões, o setor de saúde suplementar reúne um número relativamente restrito de especialistas, pouco acessíveis e com reduzida experiência em análises prospectivas com a profundidade e abrangência estabelecida para a pesquisa, circunstância que pode contribuir para enfraquecer a consistência das projeções sobre o futuro do setor.

Para minimizar estas possíveis limitações foram utilizadas técnicas que dependem de poucos analistas e bem experimentadas em instituições dedicadas à formulação de estratégias, como a Escola de Guerra Naval e a Escola Superior de Guerra.

Desse modo, a combinação das técnicas de redes *neuro-fuzzy*, o *delphi*, a *matriz de impactos cruzados* e da *construção de cenários prospectivos*, logrou conduzir a resultados consistentes com o apoio de um número reduzido, porém qualificado, de percepções subjetivas. Para tal, o estudo recebeu a contribuição de um número de oito entrevistados, com um perfil profissional relacionado, diretamente e indiretamente, ao objeto da pesquisa.

O grupo dos entrevistados (IX), originalmente em número de quinze, foi escolhido pelo perfil profissional concentrado na área da saúde, médicos privados com consultórios próprios e um histórico de gestão de unidades hospitalares do sistema público. Outros, com experiência no sistema de regulação do mercado de saúde suplementar, como o Ministério da Saúde e a ANS. Para ampliar a visão crítica da pesquisa, foram agregados profissionais da área jurídica e da academia, os quais, por força da atividade exercida detém relações, diretas ou indiretas, com questões relacionadas com a área de saúde.

O perfil dos entrevistados convidados apresentou o seguinte desenho:

- Sete médicos, donos de consultórios e com variadas especializações.
- Quatro profissionais da área da saúde pública.
- Três gestores da área pública de saúde.
- Um profissional da área do Direito.

3.10 Os instrumentos de coleta de dados

Em uma primeira fase, foram coletados dados de natureza secundária por meio da análise dos documentos constantes em bibliotecas públicas e arquivos da Agência Nacional de Saúde Suplementar –ANS e da Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP além de livros, revistas especializadas, textos para discussão, dissertações e teses, visando identificar os fatores históricos que propiciaram a evolução do setor da saúde suplementar no Brasil.

A segunda fase diz respeito à coleta dos dados primários, tendo sido realizada por meio de entrevistas em profundidade com atores com sólida experiência de gestão na área pública e privada de saúde, além de outros ligados a entidades de classe e de mercado, cujas opiniões foram igualmente importantes para o entendimento das relações internas do setor e na formulação de cenários prospectivos.

As entrevistas foram presenciais, conduzidas segundo a linha de roteiro constante no item 7.1 dos Anexos, realizadas com questões abertas possibilitando que entrevistado ficasse livre para emitir sua opinião de modo abrangente.

Posteriormente, foi iniciada a fase de construção das redes *neuro-fuzzy*, explicadas no item 3.11, por meio de formulários fechados, com 20 perguntas, com abordagem direta e indireta, e perguntas balanceadas na forma de estímulos às respostas. A consulta foi feita à distância, pela Internet, aos endereços eletrônicos dos entrevistados.

Com base nas respostas foram levantadas as percepções dos entrevistados sobre o poder de influência dos atores do setor focalizando determinadas variáveis subjetivas, que avaliamos serem suficientes para caracterizar os recursos de poder dos atores.

O objetivo do levantamento foi identificar, por meio de um corte seccional referido ao momento atual e ao ano 2020, as potenciais forças de influência e as relações estruturais

entre os atores do setor da saúde suplementar pelas quais se sustentam as suas posições de poder. Para atenuar distorções nas respostas, as percepções subjetivas dos entrevistados foram ponderadas quanto à sua profundidade de conhecimento no assunto.

A base conceitual das questões encontra-se detalhada no capítulo 5 e o questionário pode ser encontrado no item 2.1 dos Anexos.

3.11 Os instrumentos e técnicas de análise de dados

3.11.1 O modelo heurístico

A heurística é definida como a atividade humana que leva à solução de um problema complexo. De acordo com Puskkin³⁵, um método que ajuda a aperfeiçoar o processo sem o emprego da revisão completa de todas as variantes possíveis, utilizando apenas algumas delas. Qualquer processo voltado a resolver problemas compõe-se de tentativas de solução, sabendo-se que uma delas há de levar ao êxito, resultado do esforço combinado e associativo entre uma idéia fixa e um conjunto variável de idéias. Uma idéia provoca outra.

Entretanto, neste processo de raciocínio a idéia prática que “vem à tona” não é qualquer uma mas tão somente aquelas “candidatas” às condições de resolução, isto é, apenas as que têm ou possam ter relação com a situação apresentada e com o problema, elas vêm à tona induzidas e canalizadas por processos de raciocínio³⁵ (p.54). No mundo real, as pessoas interpretam e utilizam instruções vagas e dados imprecisos, tal como acelerar o passo para atravessar uma rua frente à aproximação de um veículo, por exemplo.

Por outro lado, inúmeros modelos matemáticos são desenvolvidos para descrever a atividade mental criadora visando solucionar problemas com elevado volume de condições e com pouco tempo de busca, porém a natureza dos valores envolvidos não permite que sejam descritos em termos de distribuições de probabilidade, na medida em que a incerteza é inerente às ações e acontecimentos da vida humana, sendo muito pouco provável que a formulação de modelos matemáticos exatos obtenha sucesso em todas as circunstâncias.

Um modelo de programação heurística, voltado à interpretação de sensações humanas, deve necessariamente conter equações avaliadas de modo subjetivo, pois as noções de perfeição ou de conceitos exatos correspondem a uma classe de objetos concebidos na matemática pura, embora sejam as coisas inexatas que prevalecem na vida real, como avalia Cury³⁶. Pode-se, entretanto, alcançar o objetivo central da pesquisa por meio de aproximações sucessivas, adequando-se condições em soluções parciais reduzindo gradativamente o desajuste entre as condições e o meio, substituindo etapas de maior complexidade por outras mais acessíveis e resolvendo a questão gradualmente.

3.11.2 Os atores relevantes

Uma questão chave na pesquisa é a dificuldade na identificação dos atores relevantes, e, principalmente, na avaliação da sua efetiva capacidade de influência na dinâmica do setor da saúde suplementar, as suas necessidades e recursos de poder, pois este se torna tão mais merecedor de atenção quanto mais fortemente satisfizer esta condição.

O assunto remete à questão do poder pressuposto na medida em que a dominação não se pauta em um sentido genérico, necessariamente, na dominação de classes embora para a corrente do liberalismo utilitário do século XIX o poder assinale a existência de conflito e o potencial de opressão, obrigando o Estado a se organizar de modo a minimizar seu alcance, “restringindo-o através do parcelamento do poder de forma democrática”. Entretanto, o poder é a capacidade de obter resultados e se estes se encontram ou não ligados a interesses puramente seccionais nada tem a ver com sua definição²⁴ (p.302).

“O poder não é, como tal, um obstáculo à liberdade ou à emancipação, mas seu próprio veículo – embora seja uma insensatez, obviamente, ignorar suas propriedades coercitivas. A existência de poder pressupõe estruturas de dominação por meio das quais o poder que “flui suavemente” em processos de reprodução social (e é, por assim dizer, “invisível”) opera. O desenvolvimento de força ou sua ameaça não é, pois, o caso típico de uso do poder. Sangue e fúria, o calor da batalha, o confronto direto de campos rivais – não são essas, necessariamente, as conjunturas históricas em que os efeitos mais importantes e de maior alcance do poder são sentidos ou estabelecidos”. Giddens²⁴ (p.303).

O tema do poder no âmbito das organizações conduz a Edward Freeman, que ao rever o seu clássico artigo *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, de 1984, afirma

que a teoria dos *stakeholder* (XI) reúne um conjunto de orientações práticas para gestores de organizações, para auxiliar na identificação, análise e negociação com grupos de atores portadores de interesse, resumindo-o no seguinte esquema:

1. Não importa o que está fazendo ou os propósitos finais, você deve levar em consideração os efeitos de suas ações sobre os outros, assim como os potenciais efeitos destas sobre você;
2. Deve-se entender o comportamento destes atores, valores e experiência, incluindo o contexto social. Para obter sucesso ao longo do tempo, é melhor ter uma resposta clara para a pergunta “O que nós defendemos?”;
3. Existem pontos focais que servem como respostas a esta pergunta nas *Estratégias Empresariais*.
4. Nós precisamos entender o relacionamento com estes atores em três níveis de análise: o Racional e a organização como um todo; o Processo, as operações e procedimentos; e o Transacional, ou seja, a barganha cotidiana;
5. Nós podemos aplicar estas idéias pensando em novas estruturas, processos e negócios, especialmente como o processo do planejamento estratégico trabalha para manter os atores portadores de interesse sob controle;
6. Os interesses destes atores necessitam ser balanceados ao longo do tempo (XII).

Por outro lado, normalmente as teorias que tratam da responsabilidade social das organizações encontram dificuldade em definir os atores portadores de interesse, sejam indivíduos ou grupos de pessoas, assim como a sua identidade, distinguindo-os daqueles que não o são.

Nesse sentido, Ronald K. Mitchel, Bradley R. Agle e Donna J. Wood, por meio do seminal artigo *Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts*³⁷ concebem uma estrutura voltada à identificação destes atores, instrumentalizando o princípio de *quem e o que realmente importa*³³, fatores chave em áreas como o meio ambiente e o ativismo político.

Mitchel, Agle e Wood, a partir de uma definição ampla propõem uma tipologia firmada em três atributos básicos dos atores: o poder de influência no ambiente organizacional; a legitimidade do seu relacionamento com o mesmo; e a urgência no atendimento de suas reivindicações. Sobre esta base qualitativa e dinâmica, construíram a teoria da relevância, ou *salience*, do ator portador de interesse, incorporando níveis de detalhamento mais precisos na estrutura analítica.

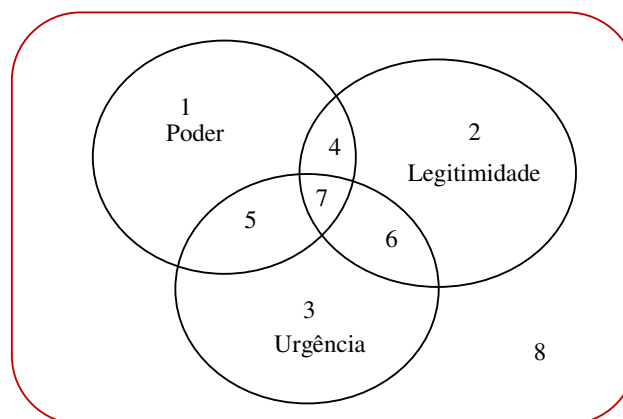
O atributo **Poder**, os autores o desagregam em: *poder coercitivo*, que pode ser alcançado pela força e violência física; o *poder utilitário*, fundado em recursos materiais ou financeiros; e o *poder normativo*, estruturado com base em recursos simbólicos, que por sua vez compreendem tanto dimensões normativas, como o *prestígio* e o *respeito*, como dimensões sociais, como o *amor* e *aceitação*. O uso de símbolos no controle de resultados é referido como normativo, normativo-social ou poder social.

Por sua vez, o atributo **Legitimidade**, embora Weber o tenha distinguido do poder, encerra uma noção intuitiva de aceitação social que associado ao poder gera a *autoridade*, definida como o uso legítimo do poder. No caso, Mitchel, Agle e Wood sintetizam este atributo como sendo “uma percepção generalizada ou a aceitação de que uma entidade é desejável, própria, ou apropriada em um sistema socialmente construído de normas, valores, crenças, e definições” (XIII).

Quanto à **Urgência**, o atributo busca identificar a interação dinâmica do ator com a organização. Ela sobressai, impelindo de modo imperativo, quando concorrem duas condições: 1) quando a reivindicação deriva de uma sensação natural de não aceitação de atraso e 2) quando a relação é muito importante ou crítica para o ator.

As qualificações básicas dos atores portadores dos atores portadores de interesse encontram-se ilustrados no diagrama 9.

Diagrama 9: as categorias básicas dos atores relevantes.



Fonte: Mitchel, Agle, Wood³⁷ (p.872)

Ou seja, os fatores básicos que identificam um ator portador de interesse devem satisfazer um conjunto de três dimensões que identificam a sua relevância: *Poder*; *Legitimidade* e *Urgência*, que se sobrepõem detalhando-os em sub-critérios, *discricionariiedade*, *latência* e *exigência*; os quais, por sua vez, podem sintetizar estas características em um terceiro nível, classificando os atores como *perigosos*, *dominantes* e *dependentes*. Considera-se como Definitivo, o ator que reúne todas as características do terceiro nível.

Por outro lado, tendo em conta a dinâmica das relações entre atores e as organizações ou áreas de interesse, e que nem sempre estes dispensam o mesmo grau de atenção ou conhecimento às mesmas, consideram-se como *Latentes* os atores que possuem uma relevância baixa, detendo apenas um dos três atributos básicos.

Neste caso, se a dimensão presente de baixa intensidade for o Poder, o ator será entendido como *Adormecido*, detendo o potencial para influenciar a organização, porém sem a necessária legitimidade ou a urgência no atendimento às suas reivindicações.

Porém, se o único atributo presente for a Legitimidade, o ator carecerá do poder e da urgência para agir sobre a organização, sendo classificado como *Discricionário* (XIV). Caso o atributo isolado seja a Urgência, o ator será considerado apenas como *Dependente*, não tendo força de influência para efetivar as suas reivindicações.

Se o ator detiver dois dentre os três atributos básicos, será considerado como *Expectante*, com um nível de relevância moderada. Aqueles na situação de reunirem tanto o poder, a habilidade para atuar, como legitimidade nas reivindicações, são considerados como *Dominantes*, com influência assegurada no seu ambiente de interesse (XV).

Por sua vez, aqueles com ausência apenas do atributo do poder, mas sendo legítimas e urgentes as suas aspirações, são considerados como *Dependentes*, pois carecem da ação de terceiros que advoguem seus interesses.

Os atores que detém poder e urgência, mas que lhes faltam a legitimidade, tendem a assumir uma postura coercitiva, aplicando recursos à margem da lei e com o uso da

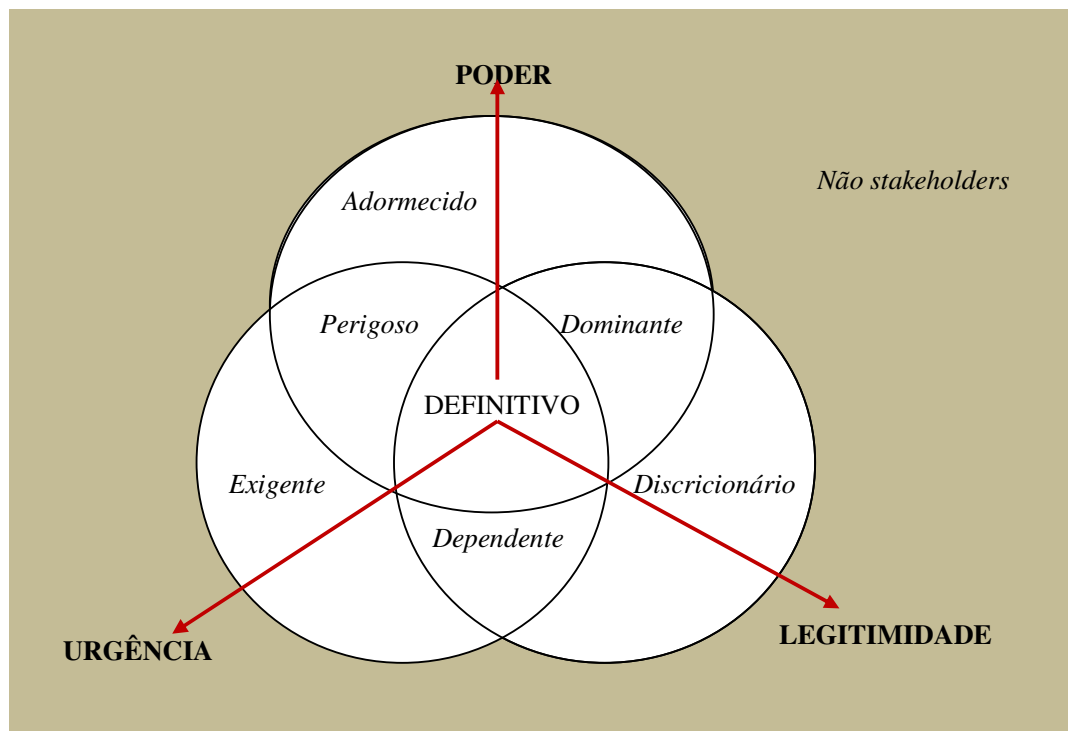
coerção física ou moral. São os tipos classificados como *Perigosos* à organização ou ambiente.

Os níveis intermediários da tipologia dos atores seguem a seguinte estrutura:

1. Latentes: Adormecidos; Exigentes; Discricionários
2. Expectantes: Perigosos; Dominantes; Dependentes
3. Definitivos

A tipologia da relevância dos atores encontra-se ilustrada no diagrama 10.

Diagrama 10: a tipologia dos atores portadores de interesse



Fonte: a partir de Mitchel, Agle e Wood ³⁷(p.874)

3.11.3 Identificação da relevância dos atores

3.11.3.1 A Análise de Conteúdo

Uma dos métodos utilizados na avaliação do poder de influencia de atores é o da análise de conteúdo de Laurence Bardin³⁸, cuja técnica de análise psicométrica se apóia no pressuposto de que por traz de um discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um discurso oculto, que para certos fins convém desvendar, como é usual na exegese de textos religiosos, na explicação de obras literárias ou da propaganda política, no pressuposto de que “tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo”, conforme Bardin (p.33), cujo método visa evidenciar, com objetividade, a natureza e a força dos estímulos a que o sujeito é submetido possibilitando a construção de inferências (XVI) representadas por indicadores quantitativos e qualitativos.

Basicamente, o método consiste da seleção de documentos, levantamento de dados por meio de entrevistas, na formulação de objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final constituindo um corpo documental tecnicamente consistente. Os elementos de dados de entrevistas dos atores do campo são selecionados conforme as regras de representatividade, para a coerência da amostra com o universo do campo, e da homogeneidade, para garantir uma estreita relação entre o tema das informações tratadas e os objetivos da pesquisa.

A análise de conteúdo é utilizada como ferramenta de diagnóstico voltada à produção de inferências específicas ou interpretações causais sobre determinados aspectos comportamentais dos discursos das pessoas, na hipótese de que a mensagem transmitida exprime e representa o seu emissor. A técnica utiliza a abordagem quantitativa no cálculo da frequência de ocorrência de certos elementos da mensagem, enquanto a abordagem não quantitativa advém da aplicação de indicadores não freqüenciais, como é o caso dos elementos de presença ou de ausência, suscetíveis de gerar inferências a partir de índices escolhidos, como um dado tema, palavra ou frase.

O método, porém, apresenta uma limitação quanto à dependência dos critérios subjetivos de categorização e percepção do analista dos dados lingüísticos, podendo ocorrer inconsistências entre resultados quando são substituídos os operadores do

processo, razão pela qual o fator da subjetividade, que sempre concorre em análises de comportamento humano, deve figurar no menor número de situações e, preferencialmente, na especificação das regras de interpretação, não se repetindo ao longo da análise de cada documento, como avaliam Eloise Helena Dellagnelo e Rosimeri Carvalho da Silva³⁹.

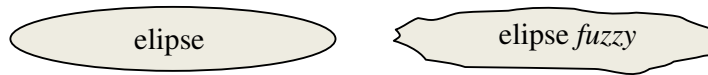
3.11.3.2 A lógica *fuzzy*

Uma técnica desenvolvida recentemente para a análise de variáveis lingüísticas é o tratamento de dados qualitativos pela lógica *fuzzy* associada a redes neurais (ZADEH⁴⁰; COX⁴¹; ALTROCK⁴²). Esta lógica parte do princípio de que muitos aspectos da realidade sempre escapam à modelagem matemática, pois a aproximação binária estritamente desenhada para o entendimento de fenômenos físicos nem sempre é adequada à descrição de sistemas no mundo real, em cujos atributos freqüentemente emerge algum tipo de imprecisão.

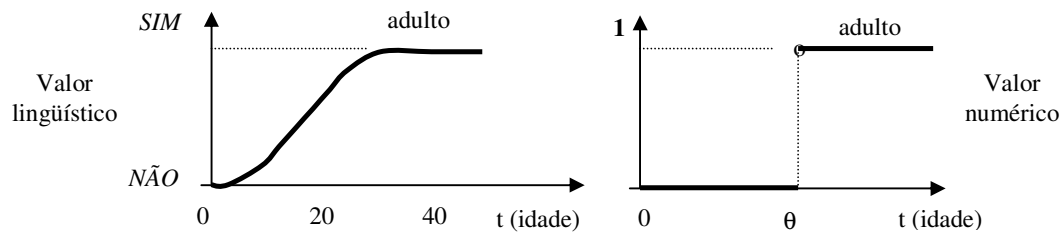
O termo significa “nebuloso” ou “difuso” tendo essa denominação pela flexibilidade da sua lógica e por derivar da imprecisão dos grupos de elementos de trabalho, divididos em classes que não possuem limites claramente definidos, como nas ambigüidades, imprecisões, incerteza e ambivalência dos modelos matemáticos de fenômenos empíricos, registra Marcus Cury³⁶.

Entretanto, a lógica *fuzzy* não agrega qualquer tipo de imprecisão intrínseca, pois ela é natural à compreensão e vivência cotidiana das pessoas, que costumam pensar em níveis aproximados entre etapas definidas. É o caso de alguém possuir uma idade de 34 anos, 11 meses e 30 dias: em uma representação *fuzzy* esta pessoa está, em um processo contínuo de envelhecimento, se aproximando da dita “meia idade”, perto dos 40 anos. Mas, se o domínio for estabelecido de modo preciso, pode-se dizer que a pessoa detém exatos 82% da “meia idade”, o que não é usual, embora ambos os conceitos estejam corretos.

A ilustração do diagrama 11 exemplifica este conceito.

Diagrama 11: uma representação *fuzzy*Fonte: Brown⁴³(p.23)

Ou seja, uma variável lingüística como tempo de vida pode ser referenciada a valores como *jovem*, *adulto* e *velho*, em uma função idade, representado no gráfico 12, no *continuum* das variáveis lingüísticas contidas no conjunto $f_{(idade)} = \text{adulto}$ e a correspondência numérica.

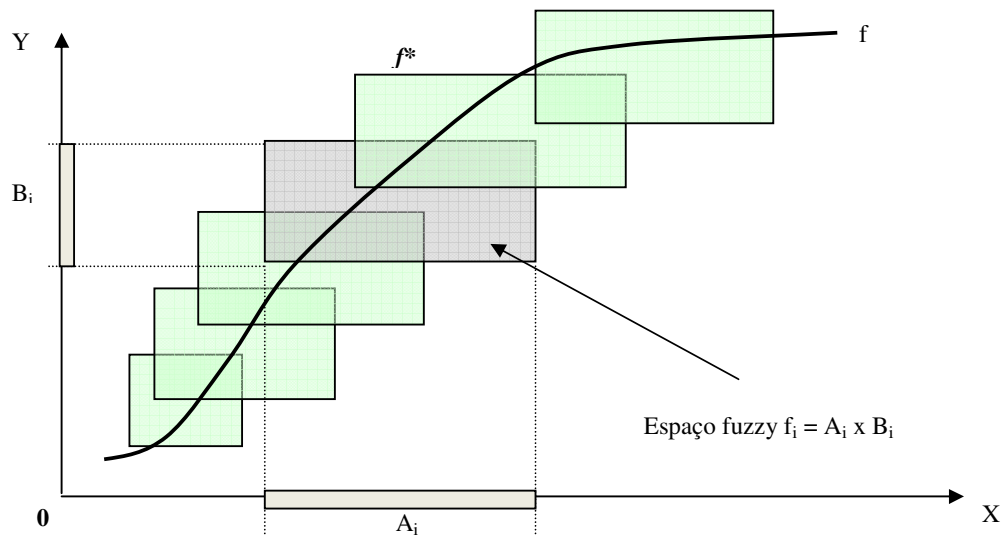
Gráfico 12: valores lingüísticos e numéricos de uma a função $f(t)$ Fonte: adaptado de Zadeh⁴⁴

No caso, a função lingüística *Idade* pode ser entendida como um conjunto de regras *fuzzy* do tipo SE - ENTÃO.

$$\text{SE } 20 \leq \text{idade} \quad \text{ENTÃO } f_{(idade)} = 1 (\text{adulto})$$

Por outro lado, também é possível representar o domínio de uma função lingüística f por meio de conjuntos *fuzzy* (*subsets*) de espaços f^* , como disposto no gráfico 13, no qual X e Y são variáveis lingüísticas e A_i e B_i são espaços *fuzzy* de variação.

Gráfico 13: função lingüística e a representação fuzzy



Fonte: adaptado de Zadeh⁴⁴

Desse modo, o conjunto União dos espaços *fuzzy* relativos à função lingüística *f* pode ser representado por uma expressão de soma de produtos cartesianos:

$$f^* = A_1 \times B_1 + A_2 \times B_2 + \dots + A_n \times B_n \quad \text{ou} \quad f^* = \sum_{i=1}^n \text{ou } (X,Y) \in A_i \times B_i$$

O conjunto União pode também ser representado em termos de regras SE - ENTÃO:

$$f^* = \begin{array}{l} \text{SE } X \text{ é } A_1 \text{ ENTÃO } Y \text{ é } B_1 \\ \text{SE } X \text{ é } A_2 \text{ ENTÃO } Y \text{ é } B_2 \\ \dots \\ \text{SE } X \text{ é } A_n \text{ ENTÃO } Y \text{ é } B_n \quad \dots \text{ SE } X \text{ é } A_i \text{ ENTÃO } Y \text{ é } B_i, i = 1, \dots, n \end{array}$$

Por outro lado, normalmente as operações com conjuntos *fuzzy* consomem grandes esforços de cálculo, que podem ser simplificados caso as variáveis lingüísticas sejam correlacionadas a grandezas numéricas. Assim, cada elemento do conjunto de espaços pode ser traduzido por pares ordenados no intervalo $[0,0; 1,0]$, que variam conforme o grau de pertinência μ do ponto *fuzzy* com a variável lingüística, cujo estabelecimento advém de um processo subjetivo e uma *quantidade* de certeza da percepção, traduzida em critérios de avaliação pessoal.

Quando a função de pertinência μ se aproxima de 0 tem-se um afastamento entre a variável *fuzzy* e a lingüística, quando esta se aproxima de 1, há proximidade. Os

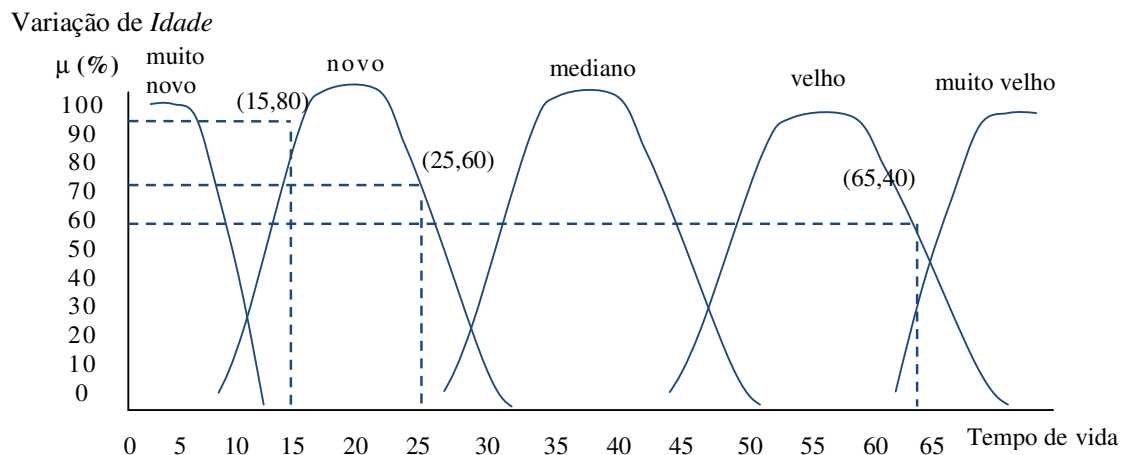
extremos da faixa, 0 e 1, significam ausência e total pertinência, respectivamente. Porém, considerando que os limites entre os termos lingüísticos são imprecisos é bastante provável que ocorram superposições entre faixas de variação de distintos pontos *fuzzy*, que significa uma percepção mais ou menos próxima da verdade ou da falsidade de um fato.

Retornando ao exemplo da *Idade*, as percepções lingüísticas podem ser classificadas em conjuntos *fuzzy* de faixas de tempo e graus de pertinência μ , como no quadro 5 e respectivo gráfico no diagrama 14:

Quadro 5: Conjunto de variáveis fuzzy

Variável lingüística	Tempo de vida (anos)	Espaços fuzzy (idade, μ)
muito novo	$0 \leq t < 10$	$(0,100); (2,100); (4,100); (6,90); (8,60); (9,40); (10,0)$
novo	$10 < t \leq 30$	$(6,0); (9,0); (10,40); (15,80); (20,100); (25,60); (35,0)$
mediano	$30 < t \leq 50$	$(25,0); (30,0); (30,80); (35,100); (40,80); (45,30); (50,0)$
velho	$50 < t \leq 70$	$(45,0); (50,40); (55,100); (60,100); (65,40); (70,0); (75,0)$
muito velho	$70 < t$	$(60,0); (65,50); (68,80); (70,100); (75,100); (80,100); (85,100)$

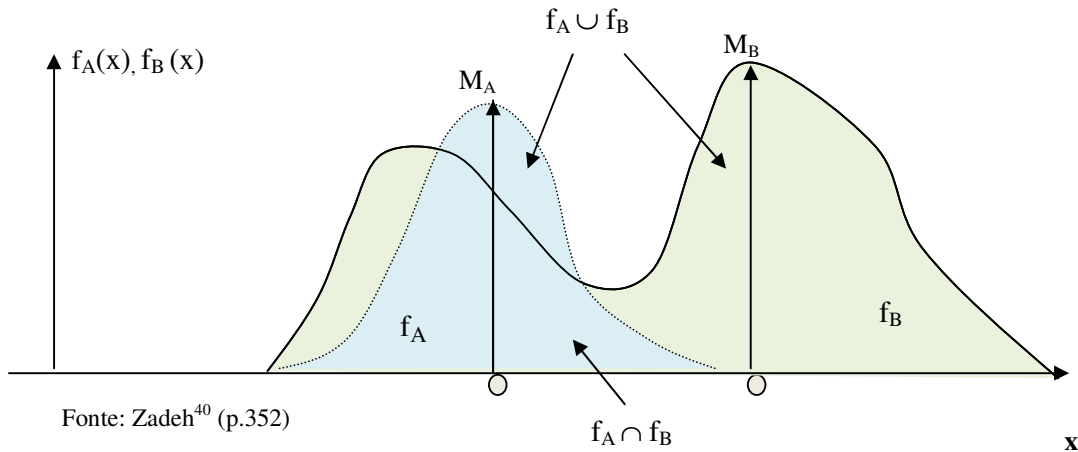
Gráfico 14: Conceitos lingüísticos



Zadeh⁴⁰ demonstra ser possível efetuar operações entre espaços *fuzzy* utilizando os operadores da álgebra dos conjuntos e da lógica booleana, combinando funções de *União*, *Intercessão*, *Complementação* e *Convexidade*.

O diagrama 15 busca representar as funções União e Intercessão entre duas funções convexas $f(x)=A$ e $f(x)=B$, os seus pontos M, de máximo.

Diagrama 15: União e Interseção de conjuntos fuzzy



Detalhando... a União dos conjuntos fuzzy f_A e f_B pode ser escrita como $C = A \text{ OU } B$

$$C = A \cup B \text{ ou, abreviadamente, } f_C = f_A \vee f_B$$

Nas regiões em que os espaços de variação sejam comuns, o máximo do conjunto União será sempre o valor máximo dentre as duas funções.

$$f_C(x) = \text{Max} [f_A(x), f_B(x)]$$

Analogamente, a Intercessão: $A \text{ E } B$

$$C = A \cap B, \quad f_C = f_A \wedge f_B$$

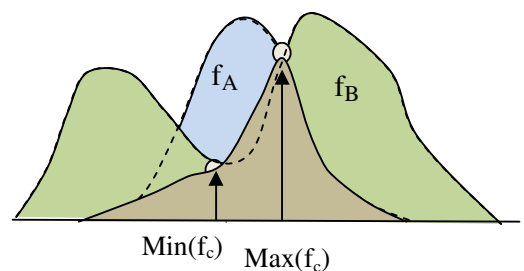
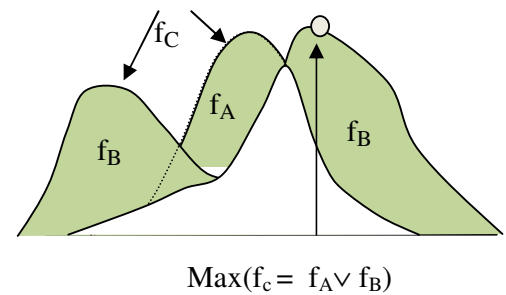
Neste caso, o ponto de mínimo do conjunto Intercessão será o menor valor dentre todos os pontos contidos na Intercessão das duas funções.

$$f_C(x) = \text{Min} [f_A(x), f_B(x)]$$

Quanto ao máximo do conjunto Intercessão:

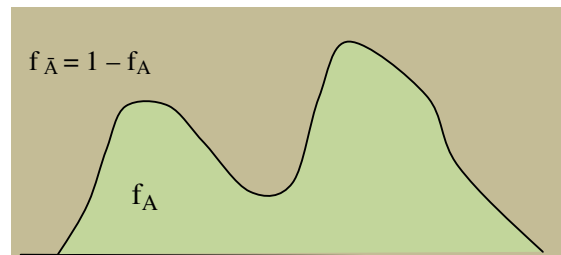
O ponto de máximo da Intercessão $A \cap B$ será aquele que coincidir com o valor máximo dentre todos os pontos contidos na Intercessão.

$$M = \text{Max} [\text{Min} [f_A(x), f_B(x)]]$$



A função Complemento: $C = \text{Não } A$ é

$$f_C = f_{\bar{A}} = 1 - f_A$$



As identidades básicas da lógica booleana e as leis de Morgan também podem ser aplicadas:

$$\text{Não } (A \text{ OU } B) = \text{Não } A \text{ E } \text{Não } B \quad ; \quad \text{Não } (A \text{ E } B) = \text{Não } A \text{ OU } \text{Não } B$$

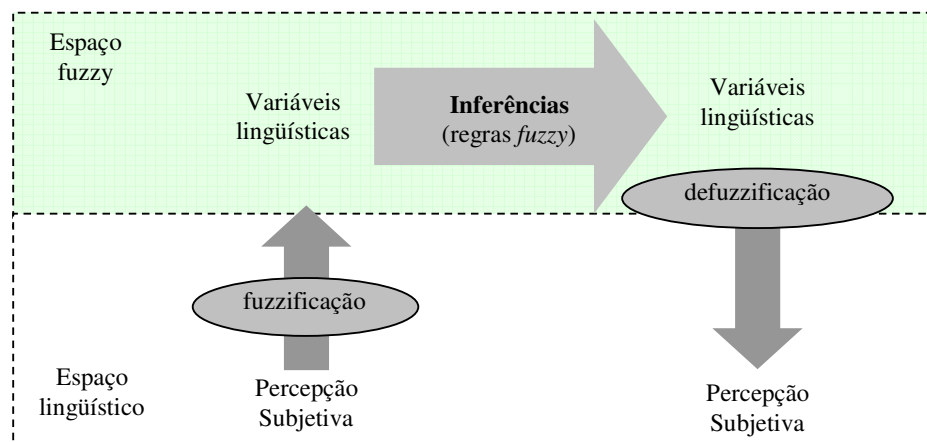
$$(A \cup B)^- = A^- \cap B^- \quad ; \quad (A \cap B)^- = A^- \cup B^-$$

assim também, com as leis distributivas:

$$C \cap (A \cup B) = (C \cap A) \cup (C \cap B) \quad ; \quad C \cup (A \cap B) = (C \cup A) \cap (C \cup B)$$

A partir destes conceitos é possível construir sistemas de inferência *fuzzy* operando-se os valores de pertinência com sistemas de regras, em processos denominados *fuzzificação* para depois retornar ao ambiente numérico por meio de operações inversas, a *defuzzificação*, como ilustrado no diagrama 16.

Diagrama 16: Estrutura básica de um sistema lógico fuzzy



Fonte: adaptado de Cury e Veiga⁴⁶

Ou seja, uma percepção subjetiva, com alto grau de imprecisão, é processada de modo a ser interpretada em termos numéricos, sendo ponderada conforme o grau de conhecimento das pessoas entrevistadas. Os dados numéricos, derivados de um conjunto diferenciado de percepções qualitativas, são correlacionados segundo um sistema de regras que resultam em uma saída que precisa ser reposicionada em termos subjetivos, com natureza lingüística.

A *fuzzificação* tanto pode ser aplicada em variáveis quantitativas como qualitativas, adequando-se a denominação e a avaliação subjetiva, sobre as percepções, a um mesmo sistema de regras fuzzy. Usualmente, o levantamento de dados quantitativos é realizado com especialistas e as percepções qualitativas junto a não especialistas.

Neste ponto, consideramos importante explicar mais detalhadamente a mecânica do método com o auxílio de um exemplo hipotético utilizando variáveis bem mais simples do que os do estudo, propriamente dito.

Suponhamos uma pesquisa sobre o volume de recursos econômicos necessário ao atendimento da demanda de serviços de saúde de um fictício povoado, tendo por parâmetros a fase da vida na qual as pessoas mais adoecem e a intensidade das doenças contraídas, com potencial para gerar prejuízos no ambiente escolar ou no trabalho, na premissa de que os custos dos serviços de saúde são mais relevantes nas fases da infância e da velhice.

Problema hipotético: *Qual é a intensidade dos recursos necessários ao atendimento da demanda de saúde em um dado povoado, tendo em conta a fase da vida e a propensão a contrair doenças neste povoado ?*

Em uma primeira etapa, deve-se ajustar os entendimentos lingüísticos locais por meio de perguntas prévias de suporte à pesquisa, visando identificar os conceitos das pessoas usuárias do sistema de saúde do determinado povoado.

1 - Identificar o entendimento local sobre as fases da vida: *Infância; Adulto; Velhice.*

2 – Identificar o entendimento sobre a qualidade da saúde: *Saudável; Mediano e Doente.*

Para tal, aplica-se um primeiro questionário prévio de suporte à pesquisa principal:

“ Marque até que idade se estende a fase da infância”

5...6...7...8...9...10...11...12...13...14...15...16

“ Marque a idade em que começa a fase adulta”

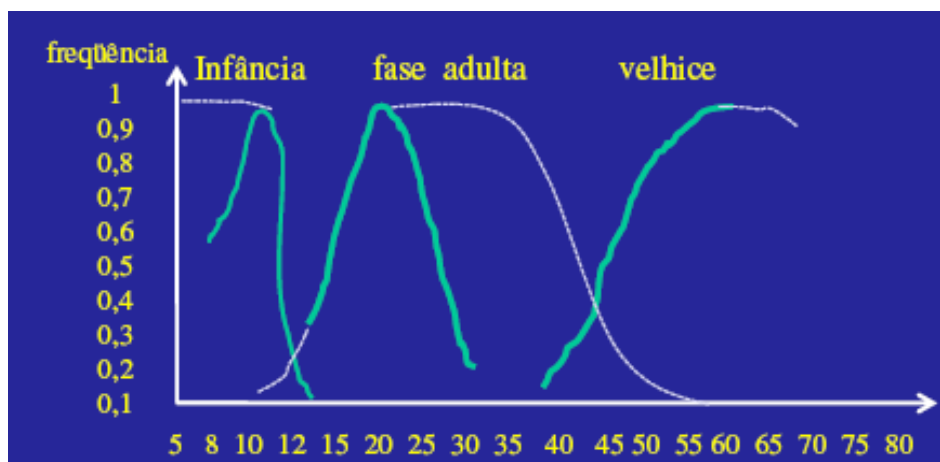
14...15...16...17...18...19...20...21...22...23

“ Marque a idade em que começa a velhice”

45...50...55...60...65...70...75...80...85

A partir das respostas e adequando-se as curvas obtém-se a base lingüística dos conceitos locais sobre fase de vida, como ilustrado no diagrama 17:

Diagrama 17a: Conceitos sobre fases da vida no povoado hipotético



Em uma segunda etapa, semelhante à anterior, apura-se o conceito local sobre qualidade da saúde por meio de uma outra seqüência de perguntas:

“Quantas vezes uma pessoa pode adoecer por ano para sua saúde ser considerada Saudável?”

0..1..2...3...4...5...6..7...8...9...10..

“Quantas vezes uma pessoa pode adoecer por ano para a sua saúde ser considerada Média?”

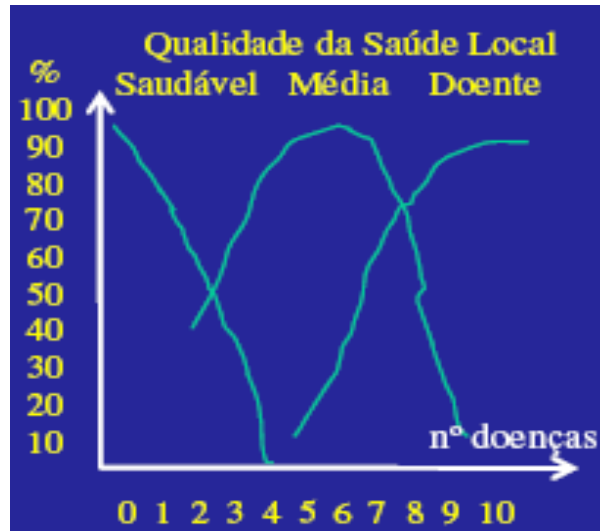
0..1..2...3...4...5...6..7...8...9...10..

“Quantas vezes uma pessoa pode adoecer por ano para a sua saúde ser considerad. Doente ?”

0..1..2...3...4...5...6..7...8...9...10..

Que gera a distribuição ilustrada no perfil ilustrado no diagrama 17b.

Diagrama 17b: Perfil do conceito sobre qualidade de vida



A partir dessa base conceitual, torna-se possível aplicar a pesquisa propriamente dita:

1) *Em que idade as pessoas mais adoecem, nesta cidade ?*

5...10...20...30...40...50...60...70...80

2) *Em um ano, quantas doenças as pessoas contraem normalmente, nesta cidade ?*

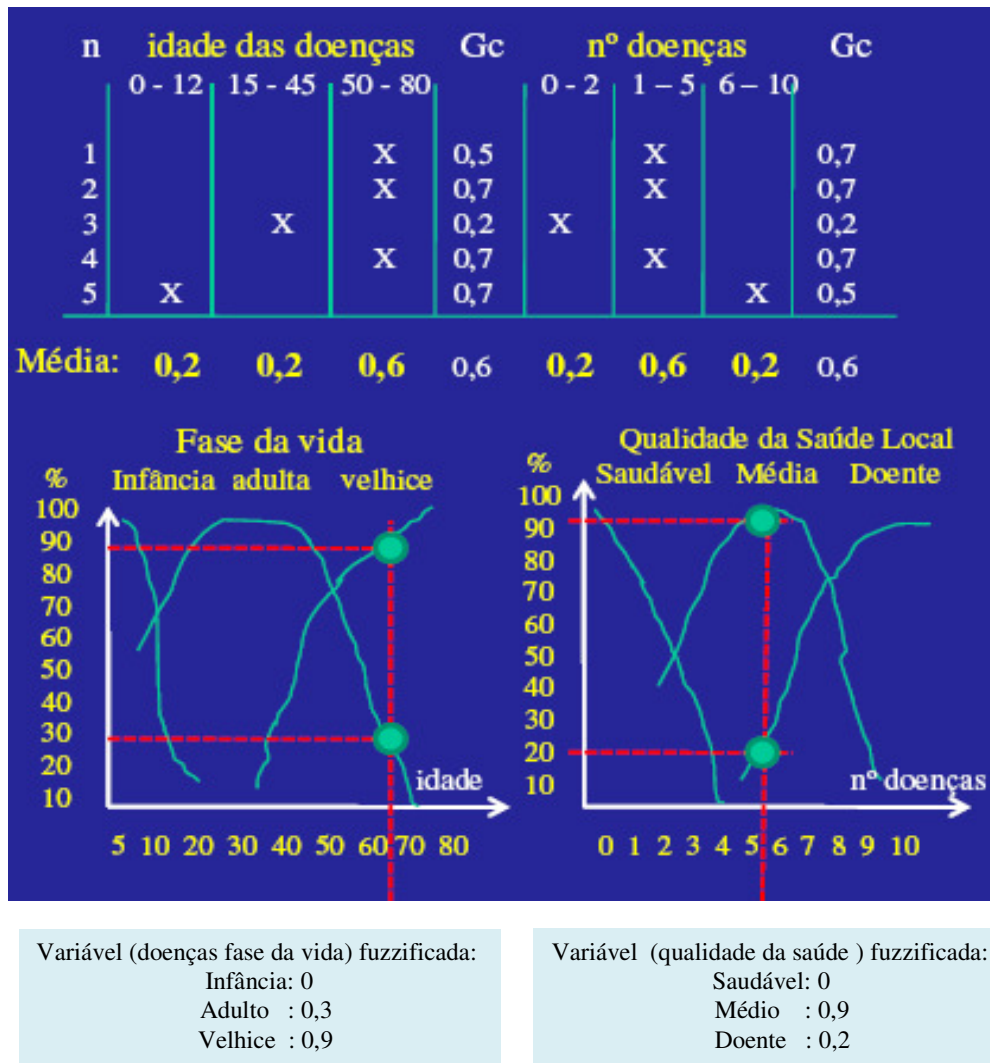
0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

3) *Como você avalia seu conhecimento ?*

nenhum baixo médio alto muito alto

Que gera a uma distribuição de freqüências de respostas, assentadas na base local de conceitos, como ilustrado no diagrama 18.

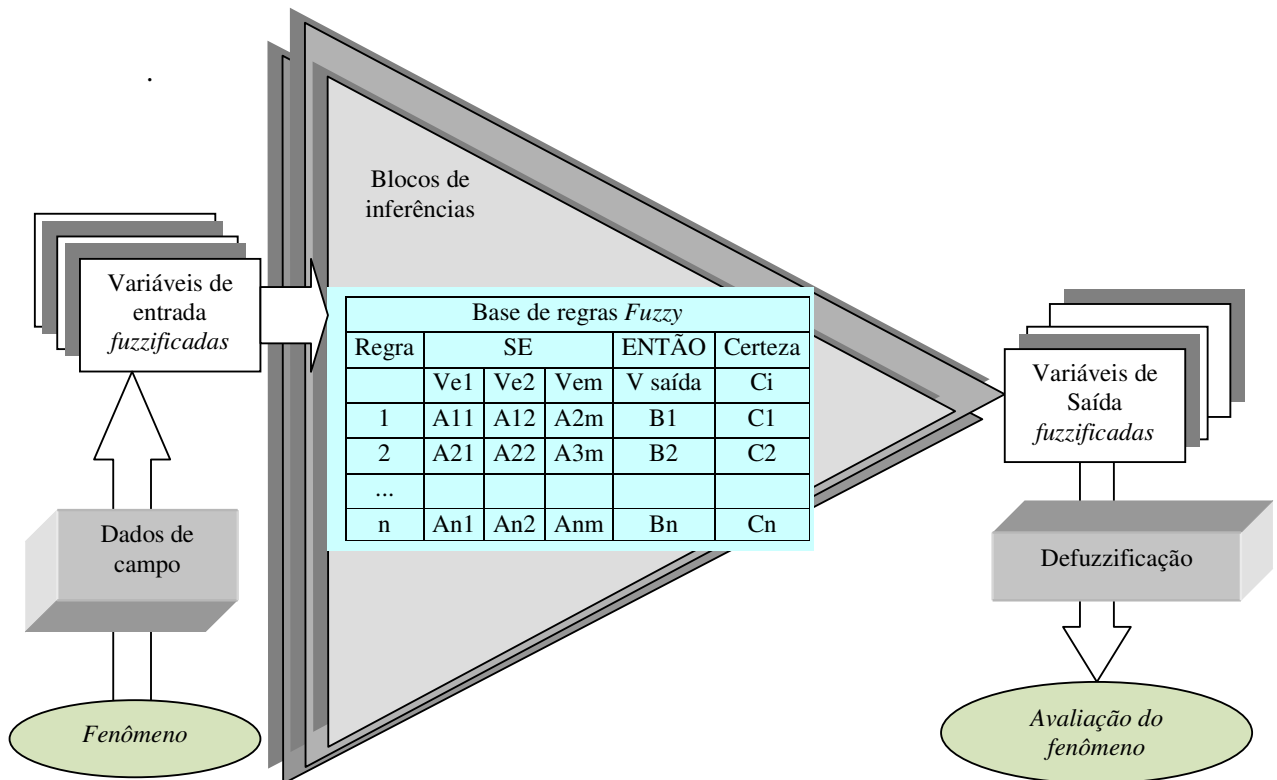
Diagrama 18: Fuzzificação de duas variáveis na pesquisa hipotética



A partir desta fase, segue-se a inferência descrevendo o fenômeno pela interpretação dos valores de entrada, com regras do tipo SE-ENTÃO, ou por processos gráficos, atribuindo-se valores para a saída do sistema. Para contornar o esforço em casos de um número elevado de fatores, cada qual com suas respectivas funções de pertinência e sistemas de regras, é conveniente utilizar -se o método das redes neurais no processamento de grandes quantidades de dados e diferentes categorias, complementando a técnica com uma tecnologia *neuro-fuzzy*.

O sistema de regras SE – ENTÃO, aplicado às variáveis de entrada, deve ser parametrizado com operadores MÍNIMO-MÁXIMO, referentes às funções de União e Intercessão, usando quadros de regras e mapas de inferências⁴⁴. Uma arquitetura *neuro-fuzzy* genérica é ilustrada no diagrama 19.

Diagrama 19: arquitetura genérica de um sistema neuro-fuzzy



Fonte: adaptado de Cury³⁶ (p.97)

O levantamento de campo demanda um número entre 15 e 20 opiniões de especialistas, pois acima deste número dá-se uma estabilização dos valores atribuídos aos graus de pertinência, orienta Cury³⁶. Esta conclusão é estendida às opiniões de não especialistas, responsáveis pelas variáveis qualitativas, concentrando-se, conforme a teoria do limite central, na forma de uma distribuição Normal.

O próximo passo é a geração de um sistema de controle sobre as percepções, para o qual existem quatro métodos de regras fuzzy: 1) extração de conhecimentos de especialistas, 2) observação de um operador humano, 3) um modelo fuzzy e 4) aprendizado.

Historicamente, as regras são desenvolvidas por métodos heurísticos enquanto as ponderações das redes neurais têm seu aprendizado realizado por meio de variados conjuntos de dados. Neste aspecto, a precisão da base de regras representa uma preocupação primária e quando esta advém do conhecimento de especialistas podem ocorrer situações imprevistas, resultando que o aprendizado não encampe todas as configurações possíveis do sistema.

Usualmente, as regras de controle são modeladas em dois blocos: o *Antecedente*, que engloba o conjunto de proposições SE e o *Conseqüente*, das proposições ENTÃO. Os fatores de certeza dos entrevistados são aplicados como pesos das percepções do bloco *Antecedente*. Por sua vez, o bloco *Conseqüente* recebe uma ponderação F_i referente à importância de cada regra para a confiança do sistema, sendo definida por especialistas no assunto. Zadeh (1965) sugere o uso da função Mínimo para a Interação e o Máximo para a União de conjuntos, em substituição aos operadores lógicos booleanos E, OU e NÃO.

$$E: \quad \mu (V_{E1} \cap V_{E2}) \quad \Rightarrow \quad \text{Min } [\mu V_{E1}, \mu V_{E2}] ;$$

$$OU: \quad \mu (V_{E1} \cup V_{E2}) \quad \Rightarrow \quad \text{Máx } [\mu V_{E1}, V_{E2}] ;$$

$$\text{NÃO:} \quad \mu V_{E^-} = 1 - \mu V_E$$

Retornando ao exemplo hipotético, são utilizadas as variáveis de entrada *Fases da Vida* e *Qualidade da Saúde*, e por saída a variável *Recursos Econômicos*.

Os quadros de regras e mapas de inferências são ilustrados pelo quadro 6.

Quadro 6: Quadro de Regras Fuzzy

Se		Então		doenças fase vida		saúde local		
				infância	adulto	velhice	saudável	médio
				[(0; 0,3; 0,9)]		[(0; 0,9; 0,2)]		
Var (Doenças Fase Vida) E Var (Saúde)		Var (Recursos) Importância		Regras de Agregação				
Regras:				{ $F_i \times \text{MIN} [\text{doenças; saúde}] / \sum F_i$				
1.	Infância	Saudável	Muito Baixo	0,1	F _i [Infância; Saudável]: 0,1 x (0;0)			
2.	Infância	Mediano	Baixo	0,2	F _i [Infância; Mediana] : 0,2 x (0; 0,9)			
3.	Infância	Doente	Muito Alto	0,9	F _i [Infância; Doente] : 0,9 x (0; 0,2)			
4.	Adulto	Saudável	Muito Baixo	0,1	F _i [Adulto; Saudável] : 0,1 x (0,3; 0)			
5.	Adulto	Mediano	Baixo	0,2	F _i [Adulto; Mediano] : 0,2 x (0,3; 0,9)			
6.	Adulto	Doente	Mediano	0,5	F _i [Adulto; Doente] : 0,5 x (0,3; 0,2)			
7.	Velhice	Saudável	Baixo	0,2	F _i [Velhice; Saudável] : 0,2 x (0,9; 0)			
8.	Velhice	Mediano	Alto	0,7	F _i [Velhice; Mediana] : 0,7 x (0,9 ; 0,9)			
9.	Velhice	Doente	Muito Alto	0,9	F _i [Velhice; Doente] : 0,9 x (0,9; 0,2)			
Estabelecido por Especialista								

O processo de inferência consiste da operação das variáveis lingüísticas fuzzificadas (os graus de pertinência μ) com os respectivos graus de certeza, assim como a aplicação das regras fuzzy e o cálculo dos valores lingüísticos de saída do sistema.

Para tal utilizam-se as regras SE - ENTÃO com os operadores MIN – MAX.

O resultado seguinte ilustra as inferências para as hipotéticas variáveis de entrada *Doenças Fase da Vida* e *Qualidade da Saúde Local*, gerando inferências sobre *Recursos Econômicos*.

Calcula-se o valor da variável final, em termos métricos, relacionando a soma dos produtos entre Fatores de importância e valores da escala de Centros de Máximos, $C_{MAX}Vs$, com a seguinte formulação:

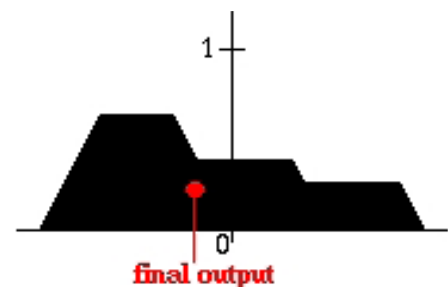
$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V(\text{Recursos}) = \{ \text{Muito Baixo} = 0; \text{Baixo} = 0,2; \text{Médio} = 0,5; \text{Alto} = 0,7; \text{Muito Alto} = 0,9 \}$$

∴

$$\text{Recursos} = \frac{(0,1 \times 0) + (0,2 \times 0,3) + (0,5 \times 0,2) + (0,7 \times 0,9) + (0,9 \times 0,2)}{0 + 0,2 + 0,5 + 0,7 + 0,9} = 0,42$$

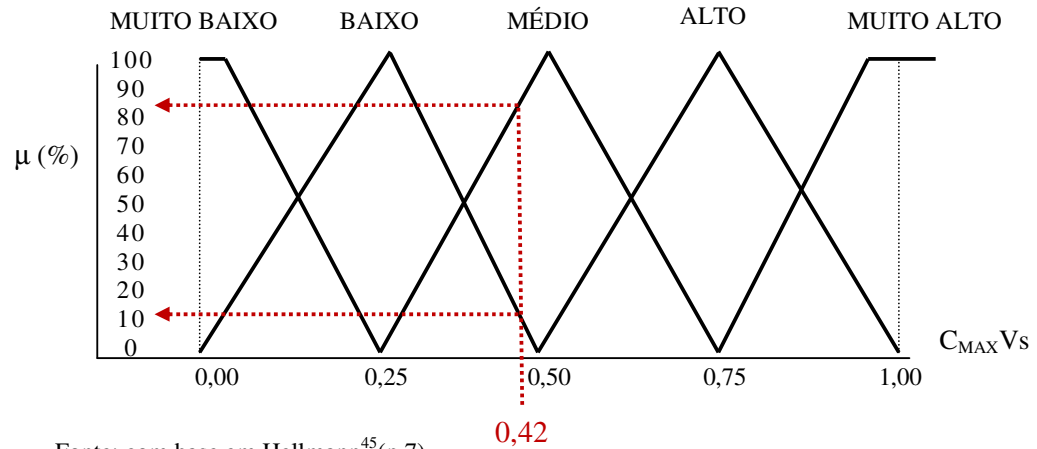
A fase seguinte trata da *defuzzificação* da variável lingüística de saída convertendo-a a valores numéricos, em uma escala entre 0 e 1, objetivando comparações e classificações do fenômeno. Normalmente, usa-se o método dos Centros de Máximos ou de Gravidade, conforme Hellman⁴⁵.



Fonte: Hellmann⁴⁵ (p. 6)

O campo de variação da variável final deve ser ajustado a uma métrica que relacione os valores lingüísticos com grandezas escalares, como ilustrado no diagrama 21.

Diagrama 21: Conjuntos fuzzy da variável de saída



Desse modo, a variável numérica fuzzificada de saída, relativa aos Recursos Econômicos no valor de 0,42 representa uma percepção linguística de *Médio*, com 80% de certeza e *Baixo*, com 20% de certeza.

Portanto, a resposta ao problema é:

“ No povoado, embora os idosos sejam os mais vulneráveis às doenças, estas ocorrem com média intensidade o que gera uma demanda mediana de recursos no atendimento à saúde local”

A técnica fuzzy tem sido muito utilizada em pesquisas no campo da saúde, na análise comportamental de diversificados fenômenos clínicos, como óbitos neonatais precoces; análise de risco de mortes neonatais e no controle de assistência respiratória em neonatos, como os de Elaine Drumond, Carla Machado e Elizabeth França⁴⁷; Luiz Fernando Nascimento e Neli Ortega⁴⁸ assim como Melissandra Mattos, Silvia Nassar, Edson Souza e Paulo Fernando Strada⁴⁹.

3.11.4 A técnica dos cenários futuros

Um eixo importante na pesquisa é a análise da evolução do processo de exclusão no acesso a serviços do sistema suplementar de saúde de segmentos socialmente vulneráveis, como os idosos e os doentes crônicos, o que pode ser explicado por meio do estudo das estratégias dos seus principais atores frente às mudanças no perfil etário dos usuários do mercado dos planos de saúde. Desse modo, entendemos ser cabível aplicar a técnica de cenários futuros para avaliar os efeitos combinados das políticas públicas, das estratégias empresariais e do perfil de demanda da população por serviços de saúde para o ano de 2020.

3.11.4.1 A ciência prospectiva

A análise prospectiva sempre gerou uma forte atração na atividade intelectual, posto que visa clarear a expectativa de eventos futuros próximos ou remotos, permitindo ao homem tomar decisões adequadas às suas aspirações, desejos e interesses. São exemplos conhecidos da Antiguidade: a previsão das cheias do Nilo; o círculo astrológico dos caldeus na previsão do calendário; a determinação das estações dos sumérios e dos hicsos e o desvendar do futuro pelos profetas hebreus e pelas pitonisas gregas do oráculo de Delfos, dentre muitos outros.

As predições tanto podem sinalizar quadros otimistas como pessimistas, como na certeza de Adam Smith de que a Inglaterra do seu tempo destacava-se tanto sobre a do passado como seria a do futuro. É famoso o pessimismo de Thomas Malthus⁵⁰, que sintetizou a existência humana em dois postulados vitais: a necessidade sexual e a necessidade alimentar, incorporando razões de lógica e raciocínio na catastrófica sentença que contrapôs a progressão aritmética da evolução alimentar à escala geométrica da população, desenhando um futuro de impossibilidade de atendimento às necessidades vitais das pessoas. Igualmente pessimista é o sistema político totalitário imaginado por George Orwell na obra *1984*, sobre o sistema de segurança do aparelho de poder do Estado centrado em um partido político, ou, ainda, na organização de uma futura sociedade robotizada e estratificada, como em *Admirável Mundo Novo*, de Aldous Huxley.

A ciência prospectiva foi sistematizada no plano internacional após a Segunda Grande Guerra. Na França, Gaston Berger criou o *Centre d'Études de Prospective*, enquanto

Herman Khan funda, nos Estados Unidos, o *Hudson Institute*, ligado à *Rand Corporation*, para a previsão do futuro da *USAF* em relação à *US Navy*, além de cenários econômicos e tecnológicos para a defesa externa. Em 1968, surge na Alemanha o *Studiengruppe für Systemforschung*, construindo modelos baseados na teoria dos jogos de Neumann e Morgenstern. Na Holanda, o grupo de Jan Tinbergen, que preparou o relatório do Clube de Roma e da Fundação Europeia de Cultura, se volta às áreas da educação e urbanização, enquanto no Canadá tem-se a associação canadense para o estudo do futuro, o Instituto para Pesquisa da Política Pública e o Comitê de Ciência Política do Senado, como registra Mário Rotberg⁵¹.

Por sua vez, na América Latina, a Argentina cria a Fundação Bariloche enquanto o México funda o Centro de Estudos Econômicos e Demográficos. No Brasil, prospectivas são realizadas pelo BNDES sobre a área energética, pelo IBGE com a matriz de Insumo-Produto das Contas Nacionais e a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

Segundo Gaston Berger⁵², a profundidade dos estudos demonstra que o futuro não aponta necessariamente uma fatalidade, como na Antiguidade, pois se aceitarmos que ele deriva de tudo o que existe e do modo como as pessoas se situam no presente e do que podem realizar, também resulta do que elas querem, podendo-se aceitar uma razoável confiabilidade na construção do futuro por meio de mudanças apropriadas na política do presente, como avalia Olaf Helmer⁵³, da *Rand Corporation*, pois se assumirmos que o homem realmente jamais será capaz de dominar por completo o seu destino pode, ao menos, alcançar um controle parcial sobre o mesmo, integrando variados aspectos de uma situação de modo mais ou menos simultâneo, corroboram Herman Khan e Anthony Wiener⁵⁴.

Ou seja, a constatação de que ações inábeis do passado resultaram em problemas no presente mostra que o futuro não é obrigatoriamente imutável e que sobre este se pode atuar de modo consciente. Neste sentido, a pesquisa do futuro age como um sistema de sobreaviso, pelo qual é possível obter-se a imagem das conseqüências de uma ação, antes mesmo que ocorram.

Um preceito básico na prospectiva é a visão de conjunto do ambiente, com a atividade social, econômica, política e científico-tecnológica, visando o bem estar do homem em

um futuro desejável. A prospectiva não pretende apenas predizer o futuro, mas projetar futuros alternativos, relacionando possíveis decisões e eventos com efeitos, no paradoxo de que embora as possibilidades sejam numerosas, o futuro é um só, conforme Daniel Bell⁵⁵.

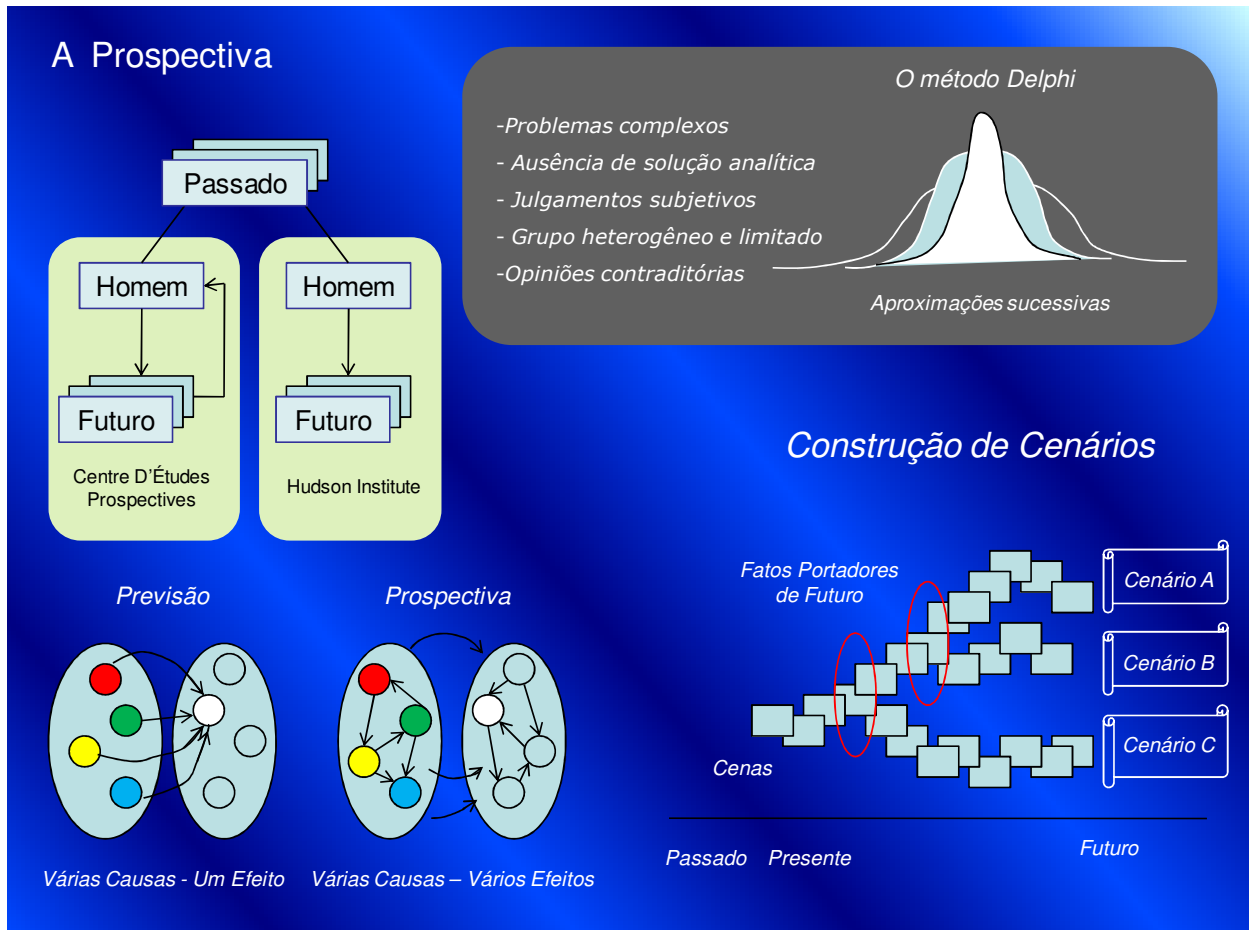
A prospectiva, contrariamente à previsão, não visa necessariamente identificar o futuro mais provável, mas as diferentes possibilidades para definir as ações decorrentes. Raul Grumbach⁵⁶ assinala que os norte-americanos consumiram décadas prevendo um cenário de conflito nuclear com a União Soviética. Embora o cenário não tenha acontecido, porque a União Soviética se fragmentou, o esforço de preparação não foi em vão. Pelo contrário, os estudos prospectivos determinaram que sucessivos governos americanos tomassem ações para reduzir a probabilidade de ocorrência desse cenário.

“A *Iniciativa de Defesa Estratégica*, do Presidente Ronald Reagan, mais conhecida como *Guerra nas Estrelas*, é o melhor exemplo que encontramos para ilustrar como uma ação pode alterar o rumo dos acontecimentos. Muito provavelmente, aquela atitude norte-americana de 1982 contribuiu de maneira decisiva para a derrocada do comunismo e a fragmentação da União Soviética anos mais tarde. Aquele programa forçou a economia soviética a uma competição que exauriu as suas últimas forças. Com o fim da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, o cenário de confronto nuclear total teve diminuída consideravelmente sua probabilidade de ocorrência” (p.27).

Por outro lado, existem divergências quanto aos objetivos da prospectiva. Enquanto o *Hudson Institute* enfatiza a importância do detalhamento no desenho do futuro projetado e os elos de dependência com as políticas do presente, alertando que “para mais de cinco ou dez anos a simples cadeia de predição torna-se tênue comprometendo novas predições”⁵⁴ (p.34), o *Centre d'Études Prospectives* avalia que a questão consiste menos em prever o futuro provável do que o de construí-lo ou preparar um futuro desejável, conforme Pierre Massé⁵⁷, fazendo dos fins almejados uma potente alavanca sobre o presente.

Uma visão esquemática dos métodos prospectivos é ilustrada no diagrama 22.

Diagrama 22: a técnica prospectiva – visão global

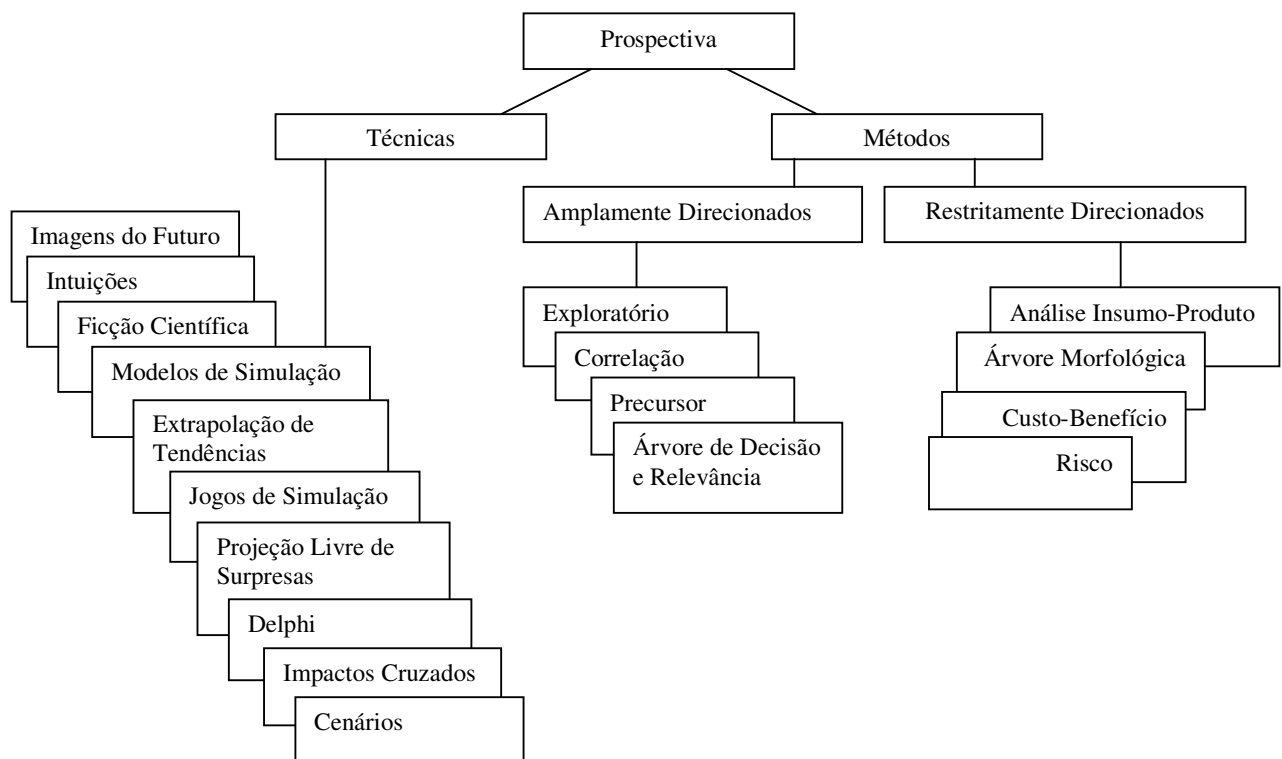


3.11.4.2 Os métodos e as técnicas da prospectiva

A prospectiva, como uma ciência da previsão de cenários ou de futuros possíveis, utiliza inúmeras metodologias fundamentadas na análise racional de conhecimentos, fatos e relações objetivas e subjetivas entre causas e conseqüências, sendo representados por modelos e lógica matemática, simulações ou projeções estatísticas, de acordo com a Escola de Guerra Naval⁵⁸.

A ampla gama de métodos e técnicas (XVII) usados na pesquisa prospectiva contribui para a sua sistematização, ampliando a precisão, a confiabilidade e o leque de alternativas relativas à previsão, explicitando divergências e conseqüências em processos orientados para objetivos, tal como representados no diagrama 23.

Diagrama 23: técnicas e métodos da prospectiva



3.11.4.3 Os métodos da prospectiva

Os métodos Amplamente Direcionados

1. O método exploratório

Na preparação da prospectiva, pode-se dispor de conhecimentos preexistentes e que afetem as mudanças dos eventos futuros. Este método liberta o analista da necessidade de formular e representar a curva da continuação das tendências históricas, facultando levar em conta as mudanças havidas anteriormente, em circunstâncias semelhantes, e prever os efeitos dessas mudanças sobre o futuro pesquisado.

2. O método do Precursor

Em inúmeras áreas da pesquisa, a prospectiva requer a observação e o aprendizado do que estudiosos precursores já realizaram em assuntos relacionados com o problema em foco. A precursão pode incluir avanços científicos que implicam em uma tecnologia potencialmente superior, podendo partir de desenvolvimentos ainda incompletos, mas que podem melhorar a análise quando combinados com outras inovações ainda indisponíveis. Ou seja, pode-se agregar as contribuições do passado de modo sistemático, reunindo e interpretando os dados obtidos sobre qualquer modelo existente na atividade da prospecção, coligando-os de modo a ficarem mais claros.

3.11.4.4 As técnicas prospectivas aplicadas no projeto

3.11.4.4.1 A técnica Delphi

O nome *delphi* deriva do nome da cidade de Delfos, na Grécia antiga, local do oráculo de Apolo e da sacerdotisa Pítia, constantemente consultado por generais e reis sobre o futuro de eventos marcantes. Modernamente, a técnica foi desenvolvida, nos anos 1960, por Olaf Helmer, Norman Dalkey e técnicos da *Rand Corporation* para a USAF, na formulação de futuros relacionados à defesa externa no auge da guerra fria⁵⁸, sendo depois aplicada na formulação de estratégias voltadas ao bem estar do homem, fundamentando o conceito de tecnologia social⁵³.

A técnica consiste de um método de estruturação de comunicação intergrupar visando solucionar de modo eficaz um problema complexo. Para tal deve prover:

- um processo de realimentação, *feedback*, com contribuições individuais de informação e conhecimento sobre o assunto;
- alguma oportunidade dos participantes reverem suas opiniões, e
- algum grau de anonimato.

A técnica *Delphi* é indicada nas seguintes situações:

- o problema não parece ter uma solução analítica, podendo, entretanto, se beneficiar de julgamentos subjetivos;
- o grupo que deve resolver o problema é grande e os integrantes não possuem uma base de conhecimentos completa;
- o grupo é disperso e falta tempo para reuniões constantes;
- há discrepâncias e opiniões contraditórias e a compatibilização requer anonimato;
- é importante preservar a heterogeneidade do grupo, evitando domínios de opinião.

As etapas mais comuns de uma pesquisa *Delphi*:

- pesquisa bibliográfica;
- constituição de um conjunto entre 5 e 30 participantes e um grupo de 5 peritos, com experiência diversificada na área de estudo;
- preparo do primeiro questionário;
- teste preliminar do primeiro questionário;
- análise estatística das respostas;
- síntese dos comentários;
- preparo do segundo questionário;
- análise estatística das respostas;
- preparo do terceiro questionário, se for o caso;
- análise final

O inquérito pode ser feito por meio de correspondência ou correio eletrônico. Os resultados normalmente indicam que a dispersão das projeções está diretamente relacionada com o horizonte da previsão, sendo pessimistas no longo prazo, entre 10 e 50 anos, e otimistas no curto prazo⁵⁸.

3.11.4.2 A técnica dos Impactos Cruzados

Embora a técnica *delphi* permita obter opiniões de peritos por meio de uma interação controlada das respostas e de uma análise estatística das mesmas, apresenta uma lacuna quanto à interação entre eventos, na medida em que o método gera uma lista de eventos futuros considerados isoladamente como um produto final da prospectiva.

Por outro lado, no mundo da realidade, a maioria dos eventos e seus desenvolvimentos estão, de uma certa maneira, conectados a outros eventos e suas respectivas trajetórias. Como exemplo, a produção do primeiro reator nuclear só foi possível por meio de um complexo histórico de antecedentes científicos, tecnológicos, políticos e econômicos. Por sua vez, a geração deste tipo de energia estimulou uma concepção intelectual que influenciou muitos eventos técnicos e científicos decorrentes⁵¹.

Desse modo, foi desenvolvida a técnica do *cross-impact*, ou matriz de impactos cruzados, complementando o *delphi* ao considerar as opiniões expressas e a interdependência entre estas, discorrendo sobre um enfoque mais global e sistêmico.

Ou seja, trata-se de questionar os especialistas sobre a influência, o impacto de cada evento pesquisado sobre cada um dos demais, permitindo extrapolar os efeitos colaterais nas decisões a serem tomadas, sendo possível analisar numerosas cadeias de impacto que podem ocorrer, levando em conta a probabilidade que cada evento ocorra em um tempo especificado.

Para melhor explicar a técnica, valemo-nos de um exemplo.

Consideremos a matriz do quadro 7, que correlaciona eventos diversos com base na frequência de respostas dos peritos.

Quadro 7: efeito de eventos cruzados e sua probabilidade de ocorrência

EVENTOS	Impacto de			
	Ev.1	Ev.2	Ev.3	Ev.4
1- Nova guerra no Oriente Médio	x	+4	0	0
2- Novo embargo do petróleo para os Estados Unidos	+1	x	0	0
3- Padrões de eficiência para automóveis à gasolina são estabelecidos por lei	0	+2	x	-1
4- 20% dos novos carros são elétricos	+2	+1	-2	x

Fonte: adaptado de Rotberg⁵¹ (p.221)

1. O embargo de petróleo aos Estados Unidos pode acarretar fortemente a ocorrência de uma guerra no Oriente Médio, estimular o estabelecimento de padrões de eficiência mais severos nos automóveis à gasolina e, por extensão, elevar a venda de carros elétricos;
2. Por outro lado, a guerra pode induzir o embargo de petróleo e afetar diretamente a venda de carros elétricos;
3. Os padrões de eficiência podem ser impostos sem levar em conta a guerra ou o embargo, e podem desestimular a venda de carros elétricos; ou
4. A elevação nas vendas de carros elétricos pode tornar os padrões de eficiência dos carros à gasolina desnecessários.

3.11.4.4.3 A técnica dos cenários

Os cenários resultam da técnica pioneira de Herman Khan, e são descritos na forma de histórias, dramáticas ou anedotárias, sendo o modo mais comunicativo da prospectiva⁵⁴. Uma narrativa sobre o futuro, em uma imaginária seqüência de eventos construída com o objetivo de chamar a atenção em processos causais e aspectos relevantes, como na dramática seqüência da *doomsday machine*⁵⁹, que narra uma escalada de eventos que conduziria ao aniquilamento da civilização.

O cenário é hipotético e decorre das limitações da técnica. Embora nosso conhecimento pertença ao passado todas as decisões remetem ao futuro, razão pela qual é conveniente explorar as alternativas possíveis, na medida em que o futuro agrega uma parte previsível com outra imprevisível, ampliando o leque de possíveis acontecimentos. O analista deve dar margem à imaginação, tendo em conta que o futuro é o presente em formação.

A técnica gera uma sinopse de ação e uma breve descrição das características de uma paisagem dinâmica do futuro, não descendo a detalhes completos no exame de uma situação particular e de seu reflexo na construção do cenário. O cenário é multifacetado e holístico, apresentando habilmente os fluxos de processos interativos, não obstante a confusão desorientadora dos eventos e das tendências e descontinuidades devendo adequar a interdependência dos fatos políticos com as variações econômicas, o desenvolvimento tecnológico e as alterações demográficas, além de outros fenômenos apropriados, por sua influência, na pesquisa⁵¹.

Neste estudo, assumimos as definições da Escola Superior de Guerra⁶⁰:

FATO:

Consiste de uma coisa ou ação feita, um caso ou acontecimento. Aquilo que realmente existe e que é real.

FATO PORTADOR DE FUTURO:

É aquele fato já ocorrido, ou que está ocorrendo no momento, e que poderá causar ao tema em estudo algum impacto, ou efeito, no futuro. Representam fatores de mudanças potenciais, hoje, que podem produzir relevantes tendências no amanhã.

FATOR, OU AGENTE, EXÓGENO

É aquele fato portador de futuro fora do sistema em que se estuda o tema, mas que poderá causar a este, de alguma forma, algum impacto no futuro.

EVENTO FUTURO

É a descrição de uma hipótese coerente e plausível para um possível acontecimento futuro. Uma hipótese derivada de um fato portador de futuro ou de um fator exógeno.

Os impactos no futuro dos fatos portadores de futuro serão causados pela ocorrência de eventos plausíveis deles deduzidos. O evento futuro pode até ser criado, mas há que se buscar um fato que o fundamente, caso contrário não poderá ser considerado.

O enunciado do evento não poderá ser ambíguo, ensejando interpretações diferentes, devendo ser essencialmente preciso e conciso em seu enunciado, com expressões do tipo “a inflação sofrerá aumento” ou “diminuição do PIB” sem especificações de quantidade, o que pode gerar conotações diferentes para cada Perito. Portanto, para a sua interpretação precisa o evento deverá ser escrito como algo do tipo “a inflação será menor que 10%” ou “o aumento do PIB será maior do que 3%”.

DESCRIÇÃO DO EVENTO

Todo evento deve ser acompanhado de uma sucinta descrição que complete o seu entendimento, a sua razão de ser, e que descreva em que fatos ele está fundamentado, para que o Perito tenha uma noção exata, quantitativa e qualitativa do seu enunciado. Deve agregar um breve esclarecimento sobre seus objetivos e conseqüências, para facilitar uma avaliação consciente do evento. Nesse sentido, devem ser esclarecidas as siglas e atos legislativos citados apenas por sua numeração.

CENÁRIO EXPLORATÓRIO, ou simplesmente CENÁRIO

É um conjunto consistente de eventos futuros, que não embute desejos ou preferências de seus formuladores, mas apenas as diferentes alternativas de evolução futura da realidade, dentro dos limites de conhecimentos antecipáveis.

CENÁRIOS EXPLORATÓRIOS PROBABILÍSTICOS

São os cenários exploratórios resultantes do processamento das técnicas prospectivas empregadas, como *Brainstorming*, *Delphi* e *Impactos Cruzados*, por programas específicos, em ordem decrescente dos valores de suas probabilidades de ocorrência. No caso, há uma diferença entre provável e probabilidade, entendendo-se “é provável” ou “muito provável” que tal coisa aconteça no sentido de “aparentemente”, com um *quantum* de certeza ao evento, enquanto probabilidade significa basicamente incerteza.

CENÁRIO DESEJADO

O cenário de maior probabilidade, ou mais provável, é aquele que traduz a opinião dos Peritos, mostrando apenas a sua visão nos limites de conhecimentos antecipáveis. Por outro lado, o cenário desejado é a descrição de um futuro plausível que expressa a vontade de uma coletividade, refletindo seus anseios e expectativas e delineando o que se espera alcançar em um horizonte dado.

O cenário desejado se pauta, necessariamente, no cenário de maior probabilidade, agindo como um exercício de elucubração mental sem maior objetividade, mas que agrega incentivos para maximizar ou minimizar, ou mesmo anular, as supostas evoluções dos respectivos eventos do cenário de maior probabilidade. Como exemplo, suponhamos que em um dado estudo ocorra o evento “esvaziamento qualitativo e quantitativo das universidades brasileiras” associado a uma probabilidade de 75% de ocorrência. No cenário desejado, uma das descrições para este evento poderia ser “incentivar a qualificação técnico-científica das universidades brasileiras e ampliar o quadro de professores”.

O cenário desejado é também conhecido como cenário normativo, pois configura a situação para onde a autoridade política deseja conduzir a situação atual em um dado horizonte temporal.

PERITO

É a pessoa especializada em determinado assunto ou em determinadas áreas, devendo agregar uma boa cultura geral e sensibilidade política, constituindo uma elite de formadores de opinião, com capacidade de discutir a problemática social atual e vontade política baseada em discernimento lógico-analítico próprio.

3.11.4.5 As etapas da prospectiva no âmbito da pesquisa

A pesquisa é realizada com a participação de dois grupos: o de controle e os peritos.

- O grupo de controle é composto pelo próprio pesquisador, autor do presente projeto, e de um número restrito de até três especialistas na área da saúde suplementar, para formular as hipóteses de eventos futuros e a composição de cenários.
- Os peritos compreendem um grupo de formação multivariada, especialistas com relação direta ou indireta na área da saúde suplementar, que devem estimar as probabilidades de ocorrência dos eventos imaginados pelo grupo de controle, avaliar a pertinência destes e a sua intercorrelação por meio da matriz de impactos cruzados.

O relacionamento entre os grupos é estabelecido com base no método *delphi*, que propicia realimentações e oportunidades de mudança de opinião entre os peritos, no ambiente de anonimato. As perguntas utilizadas na apuração das opiniões dos peritos encontram-se no seção 3.10, referente aos instrumentos da coleta de dados.

As etapas do processo são as seguintes:

1. Avaliação do campo da saúde suplementar – Grupo de controle

- Consiste no processo de conhecimento da realidade do campo, seu histórico e a situação presente, e de sua provável evolução nos âmbitos nacional e internacional.
- Enumeração dos *fatos portadores de futuro* – fatos concretos ocorridos em passado recente, ou que estejam ocorrendo no momento, e que poderão causar ao tema de estudo algum impacto, ou efeito, no futuro, alterando a sua tendência atual.
- Selecionar os fatos portadores de futuro de relevância, avaliando-se a influência de fatores externos.
- Gerar uma seleção de eventos futuros a partir dos fatos portadores de futuro, por meio de processos de intuição e criatividade, tendo o cuidado de manter-se dentro do horizonte temporal estabelecido, que na presente pesquisa é de uma década.

Os eventos futuros são situações que podem ou não ocorrer no futuro, devendo satisfazer à pergunta: “ocorrerão ou não ocorrerão?”, ou seja, uma descrição como “a demanda por serviços de saúde de alta complexidade poderá crescer” deve ser

- substituída por “a demanda por serviços de saúde de alta complexidade deve alcançar 50% do total dos serviços providos por planos de saúde”.
- Agregar os eventos futuros em um conjunto limitado de até 10 casos relevantes, na medida em que o número de cenários factíveis de construção com base em eventos futuros é de 2^n , ou seja, um conjunto de 10 eventos futuros pode gerar até 1024 cenários diferentes. Nesta situação, a avaliação do grau de pertinência dos cenários para com o tema estudado contribui para reduzir a lista de dos eventos futuros.
 - Submeter a lista dos eventos futuros e suas descrições ao grupo de peritos.

2. Delphi – Grupo dos peritos

- Consiste na obtenção do consenso do grupo de peritos sobre os eventos futuros listados, quanto à probabilidade, pertinência dos eventos para com o tema sob estudo, além da auto-avaliação do perito quanto ao conhecimento sobre o assunto. A pertinência significa a importância, a validade do evento na evolução do campo da saúde suplementar.

3. Apuração da consistência dos eventos futuros– Grupo de controle

- Cálculo das probabilidades e pertinências médias das respostas dos peritos em relação a cada um dos eventos futuros.
- Geração do mapa de pertinência e probabilidades, por perito, além da média das mesmas em relação ao conjunto dos mesmos. A finalidade dos mapas é informar a cada perito a sua posição em relação às médias do grupo, dando a oportunidade de reverem ou não as suas opiniões, visando evitar a dispersão na busca do consenso.

4. Refinamento das opiniões sobre os eventos futuros – Grupo de peritos

- Avaliar a posição original em relação ao conjunto e, conforme o caso, ponderar de modo ajustado à média. A experiência da Escola de Guerra Naval - EGN e da Escola Superior de Guerra -ESG, sinaliza que em duas interações é possível alcançar uma convergência com menos de 25% de desvio.

5. Determinação dos eventos definitivos – Grupo de controle

- Obtida uma convergência aceitável, são identificados os 10 eventos definitivos a partir do critério das *Maiores Médias das Pertinências*. Em caso de coincidência, pode-se priorizar pelas *Maiores Médias das Probabilidades*.
- Com base nos 10 eventos selecionados, processar um Mapa de Impactos.

6. Avaliação das influências cruzadas entre os eventos– Grupo de peritos

- Os peritos avaliam as influências recíprocas em cada evento e a probabilidade de ocorrência de cada relação, seja positiva, negativa ou neutra.

7. Processamento da Matriz de Impactos Cruzados – Grupo de controle

- Combinação das opiniões dos peritos gerando a *Matriz de Cenários mais Prováveis*, com maior probabilidade de ocorrência.

Embora o cálculo permita construir um conjunto de 1024 cenários para uma entrada de 10 eventos, pode-se analisar os 24 primeiros, por ordem decrescente de probabilidade.

8. Análise de Cenários – Grupo de controle

- O cenário mais provável é composto a partir dos resultados dos eventos futuros e suas relações mais fortes e prováveis, assim como de três outros segundo perspectivas otimistas, pessimistas e uma de natureza tendencial, decorrente de extrapolações de eventos passados.

- O cenário de ocorrência mais provável pode não ser o mais favorável aos interesses do Governo ou de outro *stakeholder* do campo pesquisado, podendo, inclusive, ser inconveniente, razão pela qual, se houver alguma possibilidade de controle, ou seja, se no presente alguma ação puder modificar a sua probabilidade de ocorrência em um sentido favorável, deve-se avaliar como os cenários futuros podem ser alterados por meio de ações de controle sobre determinados eventos no presente.

A manipulação das probabilidades poderá exigir a alteração de mais de um evento.

9. Resultado final – Grupo de controle

- O *Cenário Desejado* poderá ser desenhado a partir da composição dos cenários otimistas, pessimistas ou tendencial, considerando os objetivos de governo para a saúde suplementar, os obstáculos, as estratégias, os recursos de poder dos atores e os objetivos institucionais das organizações públicas que interagem direta e indiretamente no campo, de modo que seja possível, à autoridade pública, interferir no rumo dos acontecimentos para alcançar o futuro desejável delineado pelo cenário escolhido.

- Composição de recomendações sobre as possíveis manipulações dos eventos que possam, de algum modo, ser controlados pelas mudanças políticas do setor.

10. Cálculo da Pertinência Média

A pertinência média visa reduzir a lista preliminar de eventos, sendo utilizada pelos peritos em uma escala de valores que graduam os eventos de 1 a 3, segundo a pertinência do evento com o tema estudado, minimizando o grau de subjetividade do processo. Um evento de baixa pertinência recebe o valor 1, um médio, 2 e os de alta influência na evolução do fenômeno, o grau 3, conforme a Escola de Guerra Naval⁵⁸.

Assim, para um determinado evento “E”, a sua pertinência média é dada pela média das ponderações de todos os peritos para este mesmo evento.

$$\text{Per (E)} = \text{Per}_1 (\text{D}) + \text{Per}_2 (\text{D}) + \dots + \text{Per}_x (\text{D}) / x, \quad x = \text{peritos}$$

11. Cálculo da probabilidade ponderada

Tendo em conta as opiniões dos peritos sobre a possibilidade de ocorrência dos eventos preliminares e o grau de auto-avaliação quanto ao seu conhecimento no assunto, calculam-se probabilidades ponderadas para cada evento. O instrumento de auto-avaliação dos peritos encontra-se na seção 3.10.

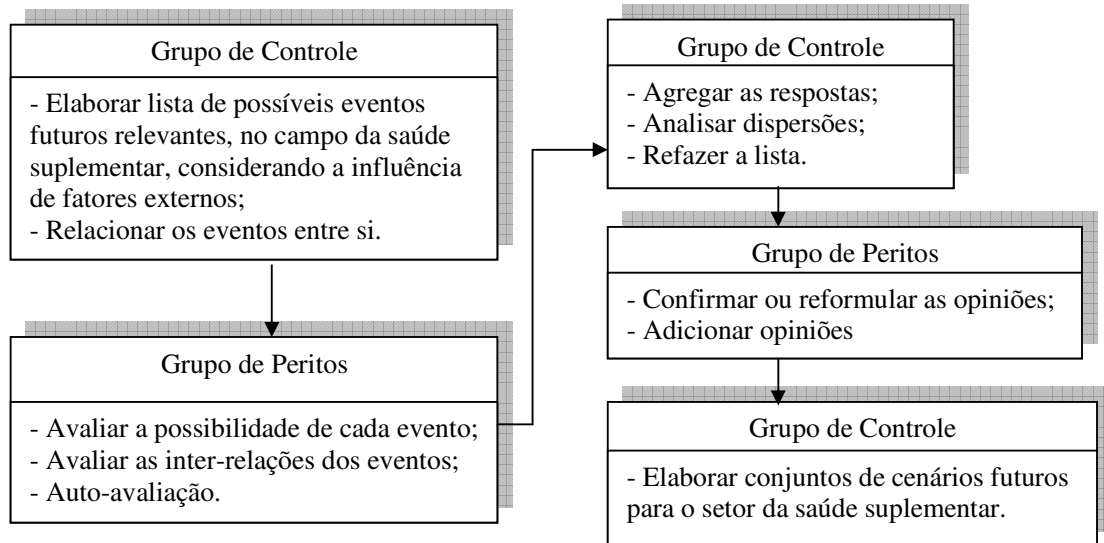
Desse modo, para um determinado evento “E”, a sua probabilidade ponderada é calculada pela média ponderada de todos os peritos sobre este mesmo evento.

$$P(\text{E}) = \frac{P_1(\text{E}) \times A_1(\text{E}) + P_2(\text{E}) \times A_2(\text{E}) + \dots + P_x(\text{E}) \times A_x(\text{E})}{A_1(\text{E}) + A_2(\text{E}) + \dots + A_x(\text{E})}$$

onde x = peritos e A = auto-avaliação

Uma visão esquemática da operacionalização do método encontra-se no diagrama 24.

Diagrama 24: Esquema das operações entre os grupos de controle e de peritos



4. A ESTRUTURA SOCIAL DA SAÚDE NO BRASIL

4.1 A constituição da proteção social no âmbito da saúde

A visão de um cenário de bem estar social remonta aos primórdios do liberalismo clássico, na secular preocupação da burguesia com uma possível ruptura social fermentada na profunda desigualdade entre classes, principalmente após a Revolução Francesa e a Comuna de Paris. O fortalecimento do mercado, pelo capitalismo industrial, ensejou a formação de massas proletárias estimulando a criação de sistemas de seguridade que mitigassem os níveis de pobreza, embora mantendo as hierarquias entre classes, conforme Gösta Esping-Andersen⁶¹.

Ou seja, os fundamentos do *welfare state* são antigos, reflexos de uma época na qual os operários dependiam de recursos sociais, saúde e educação para trabalharem com eficiência nas fábricas, propiciando-lhes, por outro lado, uma efetiva ação como cidadãos, sinalizando que a construção de um ambiente social advém das coalizões políticas, garantindo a subsistência do Estado e das próprias corporações industriais.

Por outro lado, modernamente há uma crescente preocupação dos governos e de significativos setores da sociedade com a qualidade de vida do homem, estimulando o desenvolvimento de ações efetivas voltadas à redução das desigualdades sociais e que favoreçam, aos excluídos, o acesso às oportunidades de progresso pessoal.

No caso, Titmus⁶ sintetiza os três objetivos mais comumente encontrados nos conceitos que parecem resumir o senso comum sobre o moderno significado de política social: um sentido de beneficência no provimento de bem estar aos cidadãos; inclusão de objetivos não-econômicos, a par dos econômicos, como a garantia de um mínimo padrão de qualidade de vida e de oportunidades sociais; e um processo de gradativa redistribuição da riqueza. O modelo atual de política social deve englobar basicamente a previdência e a assistência social pública, a segurança interna pública e os serviços de saúde.

No Brasil, a preocupação com a saúde é antiga, remontando ao período colonial nos primeiros assentamentos urbanos, por meio de entidades filantrópicas conhecidas como as Santas Casas de Misericórdia. Marcelo Toledo⁶² registra que a fundação da primeira Santa Casa ocorreu no ano de 1543, por Brás Cubas, no povoado de São Vicente, atual cidade de Santos, em São Paulo. As construções, geralmente em terras doadas pela

Coroa Portuguesa nos principais centros da Colônia advinha da política instituída pelo Rei Dom Manuel, O Venturoso, em 1498, e de sua irmã, a Rainha D. Leonor de Lencastre, apoiados pela nobreza e a igreja católica.

Mantendo fortes vínculos com a Igreja Católica, as Santas Casas executavam ações caritativas e filantrópicas (I), provendo os recursos para a construção de hospitais, o primeiro em 1715 e o da Caridade da Santa Casa, em 1881, ambos em São Paulo. Estas entidades diligenciavam internações de alienados mentais e miseráveis sem habitação, além do tratamento de inúmeros tipos de doenças mentais, sob orientação das suas matrizes européias quanto à necessidade de isolamento dos portadores de doenças do tipo infecto-contagioso.

As Santas Casas encontram-se no país desde o período colonial, perpassando o Vice-Reinado, o Império, a República Velha e o Estado Novo, sendo reconhecidas como as principais prestadoras de serviços hospitalares à população tendo, inclusive, fundado as primeiras escolas de medicina e de enfermagem, como avaliam Alexandre Marinho, Arlinda Moreno e Luciana Cavalini⁶⁴.

Durante este percurso, as políticas assistenciais limitavam-se ao reconhecimento da existência de uma necessidade social a ser associada com uma proposta para atenuá-la, na visão de que o fato decorria do caráter do necessitado, razão pela qual a assistência visava os problemas imediatos, prevenindo os posteriores.

Esse conceito confrontava outras condições de cidadania, nas “restrições de ordem simbólica tais como rituais de degradação, atestados de miséria, etc., a que são submetidas as famílias carentes. Sonia Fleury⁶⁵ descreve a condição política de *cidadania invertida*, como aquela em que o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como um não-cidadão”, refletindo a ausência de uma relação formal com o benefício e a precariedade das políticas assistenciais, limitadas à reprodução do modelo de voluntariado das organizações de caridade, mesmo quando exercidas em instituições estatais (p.401).

Durante o século XX, o modelo de saúde brasileiro acompanhou a trajetória de outros países latino-americanos, como México, Chile, Argentina e Uruguai, conforme André Medici⁶⁶, evoluindo a partir do sistema da previdência social em 1923, no marco da Lei

Eloy Chaves (II), que instituiu o financiamento conjunto de aposentadorias e previdência social pelo sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP aos empregados de empresas de estrada de ferro, os quais, e seus familiares, passaram a ter direito à assistência médica, medicamentos a preços especiais, além do direito à aposentadoria e pensões. Apesar de ser pouco abrangente e estruturalmente frágil, a Lei Eloy Chaves encampava, na época, princípios sociais considerados universais em qualquer sistema previdenciário: o caráter contributivo e o limite de idade.

Ou seja, no período entre 1923 e 1930 vigorou um padrão de estrutura previdenciária sob um ambiente político de ruptura com o modelo de liberalismo patrocinado pelo Estado, como se nota, dentre outros aspectos, nos serviços de saúde providos aos assistidos da previdência, apontam Jaime Oliveira e Sonia Fleury Teixeira⁶⁷.

“Lei 4.682, art. 9º

Os empregados ferroviários a que se refere o artigo 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da Caixa com descontos referidos no artigo 3º letra ‘a’, terão direito:

1º _ a socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;”

No caso, a assistência médica prestada pelas CAP’s provinha, em boa parte, do arrendamento de períodos de trabalho de médicos privados em seus consultórios, nos quais eram feitos os atendimentos aos segurados do sistema, ao tempo em que foi aberta a possibilidade de formalização de serviços médicos próprios das Caixas (III).

A evolução da estrutura do sistema foi rápida, somando, ao final dos anos 1920, cerca de 270 Institutos e Caixas organizados por instituições civis, do ponto de vista de sua gestão. O controle do poder público era externo ao sistema, como para qualquer outra organização privada, agindo de modo corretivo e temporário, mas mantendo-se sempre à distância. O Estado não era um contribuinte do sistema, pois a lei Eloy Chaves não previa a chamada “contribuição da União”, sinalizando um matiz liberal do sistema previdenciário se comparado aos períodos que se seguiram⁶⁷.

O sistema das Caixas, financiado por organizações de grande porte e influentes categorias profissionais, apresentava, porém, um viés de exclusão social se comparado à situação de outros segmentos sociais, como o rural, por exemplo. Embora regulado, a

acelerada expansão do sistema mitigou o seu controle pelo Estado, principalmente ao final da República Velha (IV), época na qual o Governo era desprovido quase totalmente de instâncias de fiscalização das ações da sociedade civil, o que fortaleceu as bases de uma estrutura de privilégios para uma categoria de trabalhadores especializados, de alta renda, organizados em associações de classe e sindicatos e com poder de articulação e pressão política sobre o Governo⁶⁶.

Neste contexto, o modelo de proteção social reflete a visão da classe operária como um ator qualificado na ordem política e econômica e visa dar cobertura à população assalariada, com a qual estabelece uma relação em que os benefícios são, em regra, proporcionais à contribuição efetuada não guardando relação com as efetivas necessidades do beneficiário. Embora a participação seja compulsória e restrita a uma parcela da população, reflete um direito social de natureza contratual, o que caracteriza um tipo de “*cidadania regulada*”, face à condição de exercício de uma ocupação oficialmente reconhecida, “perpetuando a iniquidade do sistema produtivo, ao excluir da proteção exatamente os grupos mais necessitados, que são os que estão à margem do mercado formal urbano de trabalho”⁶⁵ (p.402).

Entretanto, nesta fase, o sistema apresentou um nível muito elevado de despesas, 65% da receita, gerando uma profunda revisão no regime do Estado Novo, de Getúlio Vargas, que se seguiu pelos próximos quinze anos. Embora a massa de segurados houvesse elevado ao ponto das instituições previdenciárias somarem 2.800.000 segurados em atividade no ano de 1945, ocorreu uma forte orientação política na restrição de despesas, tornando o sistema “menos pródigo, menos benevolente, mais restritivo, mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços”, auferindo superávits anuais de mais de 70% da receita⁶⁷ (p.61).

Neste ritmo, a relativa elevação nos gastos com saúde por segurado, em cerca de três vezes e meia, não acompanhou, de longe, o aumento de vinte vezes da massa segurada evidenciando que a redução não ocorreu em termos meramente percentuais da receita, mas principalmente na queda real nos gastos com saúde por segurado.

O controle foi fortemente concentrado com base no Decreto nº 1.954, de 1930, quando Vargas suspendeu por seis meses todas as aposentadorias em vigor e unificou as CAP's,

incorporando a totalidade das categorias de trabalhadores urbanos. Lígia Bahia⁶⁸ assinala que o novo sistema absorveu as seis grandes Caixas nacionais (V), substituindo-as pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's, embora algumas destas tenham sobrevivido até os anos 1960 (VI).

A partir de então, entre 1930 e 1945, a assistência prestada pelos IAP's e as remanescentes CAP's ao trabalhador formal, realizada sob um modelo de capitalização de contenção, foi a única disponível, afora poucas entidades filantrópicas voltadas às famílias pobres e indigentes, e de escassos hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria, pois poucos municípios dispunham de assistência médica adequada à população⁶⁶.

Ou seja, embora as ações do Estado visassem uma aproximação com o modelo universalista alemão de assistência médica e previdenciária, não só foi reduzida a qualidade dos serviços de saúde como o quadro de exclusão social persistiu, pois muitos trabalhadores formais, além dos rurais e os do setor informal urbano, não pertenciam a qualquer ramo de atividade ou categoria coberta pelos IAP's e as CAP's.

Sob a ótica da gestão pública, Luis Carlos Bresser Pereira⁶⁹ avalia que o primeiro governo de Vargas almejou transformar a administração pública brasileira, até então patrimonial, em um serviço profissional firmado no Estado de direito e na competência técnica, tornando-o mais efetivo e garantidor do seu sistema constitucional-legal.

“Iniciada em um governo autoritário, a Reforma Burocrática de 1937 era uma reforma própria do Estado Liberal – portanto uma reforma pré-democrática. Seu modelo eram as reformas burocráticas ou do serviço público realizadas nos países desenvolvidos na segunda metade do século XIX, quando o Estado Liberal ainda restringia o poder de votar dos pobres” [...] “Naquele momento, entretanto, sob a liderança de Getúlio Vargas, o Brasil transformava seu velho Estado Oligárquico-Liberal em um Estado Desenvolvimentista ao assumir novas responsabilidades econômicas e sociais. Havia, portanto, uma inadequação entre a Reforma Burocrática de 1937 e as necessidades do Estado que resulta em uma série de reformas posteriores entre as quais a mais importante seria o Decreto-Lei 200, de 1967” (p.1,2).

O fim do Estado Novo, pelo golpe de 1945 que afastou Vargas, permitiu a redemocratização e a restauração do sistema de representação política da sociedade,

abriu margem a que fosse permitido certo nível de expressão dos segmentos sociais subalternos. Assim, o Governo de Eurico Dutra, entre 1946 e 1950, inverteu a orientação política sobre os gastos com saúde.

Na mensagem ao Poder Legislativo, em 15.03.1950, Dutra salientou os resultados da política de bem estar coletivo, concretizados na construção e ampliação de casas de saúde, sanatórios, ambulatórios, postos médicos e casas populares. O amparo à saúde das massas seguradas também contou com mecanismos de credenciamento ou contratação de médicos, dentistas e demais serviços de enfermagem em hospitais, resultando que, ao final de 1949, o sistema contasse com 817 médicos, 50 dentistas e 133 hospitais⁶⁷.

Entretanto, na década seguinte, de 1950, o contexto ideológico do pós-guerra privilegiou a visão de desenvolvimento e de progresso como metas prioritárias do Estado, prevalecendo, inclusive, sobre os gastos com assistência social, na visão de que “não passavam de algo meramente paliativo e demagógico para o enfrentamento das necessidades sociais. [...] Somente o desenvolvimento é que viabilizará, num futuro remoto, pelo qual se deve esperar pacientemente, a solução de problemas desta ordem”, o que pressionou as despesas públicas com assistência médica para os patamares pré-1945, afetando, por extensão, o setor privado de saúde autônomo⁶⁷ (p.191).

Na época, o processo de industrialização acelerada, com base no modelo de substituição de importações, voltado à demanda interna pela via da produção interna e a internacionalizada, impulsionou a instalação de várias indústrias transnacionais de bens de consumo duráveis, notadamente a automobilística, tanto no segundo Governo Vargas, 1950 - 1954, como no de Juscelino Kubitscheck, 1956-1960, localizando-se basicamente na região do ABC paulista (VII).

No caso, os novos padrões de tecnologia e os níveis bem mais exigentes de eficiência dos processos industriais, típicos da produção em série, demandaram uma inédita sistemática de treinamento, assiduidade e integração da força de trabalho, necessárias à produtividade das empresas. Carlos Octávio Ocké Reis⁷⁰ assinala que a partir de então, estas organizações passaram a se interessar pelo controle sobre a assistência médica dos seus empregados.

Estes sistemas particulares consistiam de serviços próprios ou do reembolso das despesas médico-hospitalares. Os empregados eram atendidos nas unidades médicas das fábricas, em ambulatórios das caixas de assistência ou por prestadores de serviços de saúde privados, pagos antecipadamente pelos clientes e posteriormente reembolsados. O volume de serviços dos IAP's e das redes públicas, estadual e municipal, variava conforme a cobertura oferecida pelos esquemas de assistência das empresas empregadoras⁶⁸.

Ou seja, o fortalecimento do sistema de saúde como um todo foi possível “apenas em virtude da existência de mecanismos de financiamento privado desvinculados do patrocínio direto da previdência social, resultando que as estruturas de capital e trabalho financiassem o provimento da assistência médica da força de trabalho, estimulando a expansão das empresas de medicina de grupo e dos departamentos de saúde das empresas”⁷⁰ (p.132). Esta visão estimulou, nos anos 1950, a criação de outros sistemas de assistência exclusivamente voltados aos servidores públicos, até então à margem da previdência social⁶⁸.

Desse modo, em termos gerais, foi desenvolvido um conjunto de ações, de natureza pública e privada, que favoreceu a estruturação de um modelo especial de assistência médico-hospitalar para um seletivo segmento de mão-de-obra especializada, com capacidade de pressão política, para preservá-lo do contexto dos problemas comuns à grande massa de trabalhadores que dispunha, apenas, da escassa rede pública de hospitais e das entidades filantrópicas.

Nesse contexto, o seguro de saúde foi instituído no Brasil em 1966, sendo definido como um seguro voltado a fornecer cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, cuja garantia consistia no pagamento, em dinheiro, pela sociedade seguradora à pessoa física ou jurídica prestadora dos serviços de saúde (VIII).

Com a instalação do regime político de exceção, em 1964, o novo formato das relações entre financiadores e prestadores de serviços de saúde reforçou o estímulo ao crescimento do setor, principalmente pela força da reforma administrativa promulgada pelo Decreto-Lei nº 200, de 25.02.1967, cuja *ratio legis* viabilizou, constitucionalmente, a contratação de organizações privadas para a execução de programas e projetos de responsabilidade do Estado.

Leonor Moreira Câmara⁷¹ avalia que o modelo do decreto-lei parte da premissa de que as limitações da administração pública decorrem do insucesso do planejamento, principalmente no aspecto econômico, devendo, a gestão pública, se concentrar no estímulo à racionalidade dos procedimentos administrativos. Ou seja, a ação governamental representa o agente atuante no processo de desenvolvimento devendo atuar nas decisões-chave no sistema de planejamento.

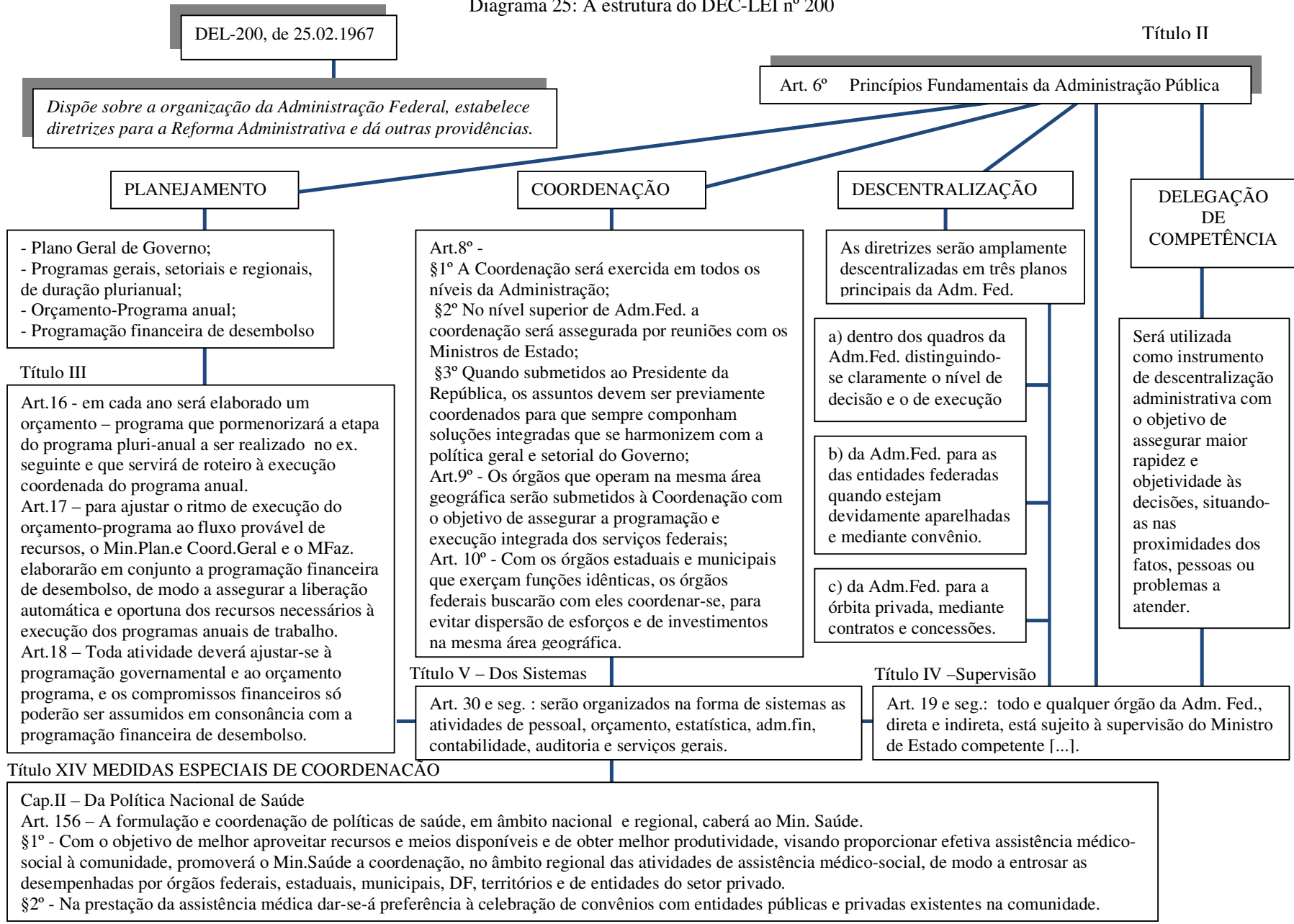
A intenção básica do decreto não foi apenas explicitar questões afetas à estrutura organizacional do setor público federal, mas, sobretudo, representar uma verdadeira diretriz, o *modus operandi* da ação estatal. As bases estruturais do Decreto⁷² são o planejamento, coordenação, descentralização, a delegação de competência e o controle, sendo que o relacionamento entre instâncias de governo realizado pelas funções de descentralização e delegação de competência, descongestionando a máquina administrativa.

A centralização do planejamento afetou fortemente o equilíbrio entre os poderes Executivo e Legislativo, pois, pela própria natureza do decreto, ele não é originário e tampouco objeto de discussão no Congresso, partindo do Poder Executivo. Ele definiu todos os mecanismos de interação do Estado ligados à realização da ação pública, desde *como* interagir e com *quem*, a partir da definição *a priori* das metas a serem alcançadas, disciplinando as relações entre as distintas instâncias de governo e alguns canais no âmbito privado.

A estrutura do decreto expressa um conceito de planejamento normativo e comportamentos pré-definidos, na busca do *dever ser* estabelecido pelo sujeito que planeja e no qual não há uma ação interativa entre sujeito e objeto. No caso, o critério de delegação de competências aos governos estaduais e locais identifica um tipo de arranjo federativo unionista-autoritário, típico de países unitários, em uma estrutura própria a um padrão de barganha política entre entes federados conforme o *quantum* de poder que a cada um é definido⁷¹.

A estrutura sistêmica do Decreto-Lei nº 200, encontra-se representada no Diagrama 25.

Diagrama 25: A estrutura do DEC-LEI nº 200



Neste novo contexto, a criação do Plano de Ação para a Previdência Social- PAPS indicou a orientação do Estado para o estabelecimento de convênios, nas modalidades de planos de assistência médica, estimulando o empresariamento da medicina⁷⁰. “Empresas que contavam apenas, de início, com suas redes próprias, ganharam força na organização de prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada estabelecimento hospitalar”⁶⁸ (p.11).

O PAPS estabeleceu que os serviços próprios de assistência médica seriam mantidos de forma provisória até que fosse sistematizada a sua terceirização, priorizando os serviços médicos das empresas filiadas ou mantidas por entidades de classe, os serviços médicos privados sem fins lucrativos e os demais serviços privados⁷⁰.

No caso, o objetivo do Governo militar foi consolidar o modelo universalista de assistência à saúde, sintonizando o país na política do *welfare state* (IX), em voga no plano internacional, tal como foi evidenciado em 1967, na unificação de cinco dos seis IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social- INPS (X), concentrando a gestão da assistência a todos os trabalhadores formais, que contribuía com 8% dos salários, além dos 8% da folha salarial das empresas, independente de ramo de atividade ou categoria profissional. Os trabalhadores autônomos e empregadores individuais contribuía com 16% da sua renda básica⁶⁶.

Desse modo, o Ministério da Saúde se tornou o *locus* da implantação do projeto hegemônico nacional-desenvolvimentista orientando a política nacional da saúde para o modelo da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em prejuízo de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo⁶⁷.

Entretanto, a extensão da cobertura gerou problemas para a rede assistencial da previdência social, pois a infra-estrutura dos antigos IAP's não dava conta do novo aporte de clientela do INPS, sendo necessário não apenas ampliar as suas instalações mas, também, contratar a rede privada de estabelecimentos de saúde via compra e venda de unidades de serviço médico.

Por outro lado, tampouco o setor privado dispunha de uma estrutura ampla o suficiente para atender a uma demanda do porte do INPS “exigindo que o Governo não apenas contratasse mas igualmente fomentasse a expansão desta rede privada, na construção de

hospitais e compra de equipamentos, por meio de financiamentos diretos a juros negativos” (70: 135), cujas fontes provinham, em grande parte, dos recursos públicos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social- FAS (XI), constituído pela receita das loterias federal e esportiva, e por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal⁶⁶.

Este quadro ensejou a criação de inúmeros canais de representação visando os financiamentos do FAS, agindo como mecanismos de pressão sobre o Estado, caso da Federação Brasileira de Hospitais, que atuou no sentido de garantir o favorecimento do setor privado na aplicação dos recursos, orientando-se pela lógica da lucratividade que favoreceu um extrato da burguesia empresarial nacional, pela criação e expansão de hospitais com fins lucrativos, localizados principalmente nas regiões Sul e Sudeste⁶⁷.

Um dos efeitos decorrentes dessa ação foi a expansão, no Brasil, de um ramo da economia já bem desenvolvido nos países desenvolvidos: a indústria de equipamentos e medicamentos voltados ao apoio diagnóstico e terapêuticos, modificando a prática médica brasileira, que passou a utilizar de modo crescente recursos tecnológicos sofisticados, geralmente importados.

O novo formato do INPS extinguiu, porém, a gestão tripartite até então existente entre Estado, empregados e empregadores acentuando, entretanto, a centralização financeira no pólo da União pela ampliação da contribuição previdenciária, o que acarretou uma redução no padrão qualitativo dos atendimentos por vários fatores: o baixo patamar salarial dos profissionais de saúde, o aumento dos custos médicos e a ênfase no atendimento emergencial, resultando que empresas e categorias profissionais, que antes gozavam de serviços de melhor qualidade, identificassem nas empresas médicas o meio da continuidade do bom padrão de atendimento até então auferido ⁶⁴.

O sintoma não passou despercebido ao Governo, que buscou compensar a perda de benefícios e os aspectos desfavoráveis gerados pelo nivelamento do atendimento em um mesmo órgão, pela indução destas categorias às empresas privadas de saúde face à possibilidade de dedução de despesas médicas do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas (XII), assim como na regulamentação do seguro privado (XIII), visto sob uma perspectiva de complementaridade para o potencial mercado dos insatisfeitos com o regime de unificação ⁷⁰.

Logo após, em 1974, foi instituída outra fonte de acumulação capitalista das organizações privadas de saúde, pelo Plano de Pronta Ação- PPA, tornando as empresas emergentes economicamente viáveis pelas facilidades propiciadas pelos convênios-empresa, não só indo ao encontro dos interesses da indústria e do comércio como na expansão do setor de medicina de grupo, graças ao melhor acesso da população metropolitana urbana aos seus serviços.

Esta situação deu margem a que as empresas comerciais e de serviços, em geral, caracterizassem tais serviços como um salário indireto caracterizando a saúde como um bem de consumo, ou, mais precisamente, um bem de consumo médico calcado no modelo de assistência Público-Privado segundo uma concepção de saúde curativa, individual, assistencialista e alto grau de complexidade tecnológica, tendo o hospital como *locus* central do processo de produção dos serviços médicos.

Nesse ambiente, o sistema de saúde brasileiro, sob a égide da Emenda Constitucional nº 1, de 17.10.1969, que alterou dispositivos da CF/ 1968, imprimiu uma sólida diretriz política liberal de prevalência da iniciativa privada sobre a pública⁷⁵, in verbis:

EMC nº 1, de 17.10.1969

Título III – Da Ordem Econômica e Social

.....

Art. 165. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social:

.....

XV _ assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;

.....

Art. 170. Às empresas privadas compete, preferencialmente, com o estímulo e apoio do Estado, organizar e explorar as atividades econômicas.

§1º _ apenas em caráter suplementar da iniciativa privada o Estado organizará e explorará diretamente a atividade econômica.

Ou seja, a inteligência do Art. 165, caput, sinaliza que o direito de acesso à cobertura universal da saúde, pelo Estado, decorria de vínculos de natureza trabalhista, e não da simples condição da vida humana. Porém, houve preocupação em formalizar mecanismos de equilíbrio financeiro entre os componentes do sistema de saúde, como um todo.

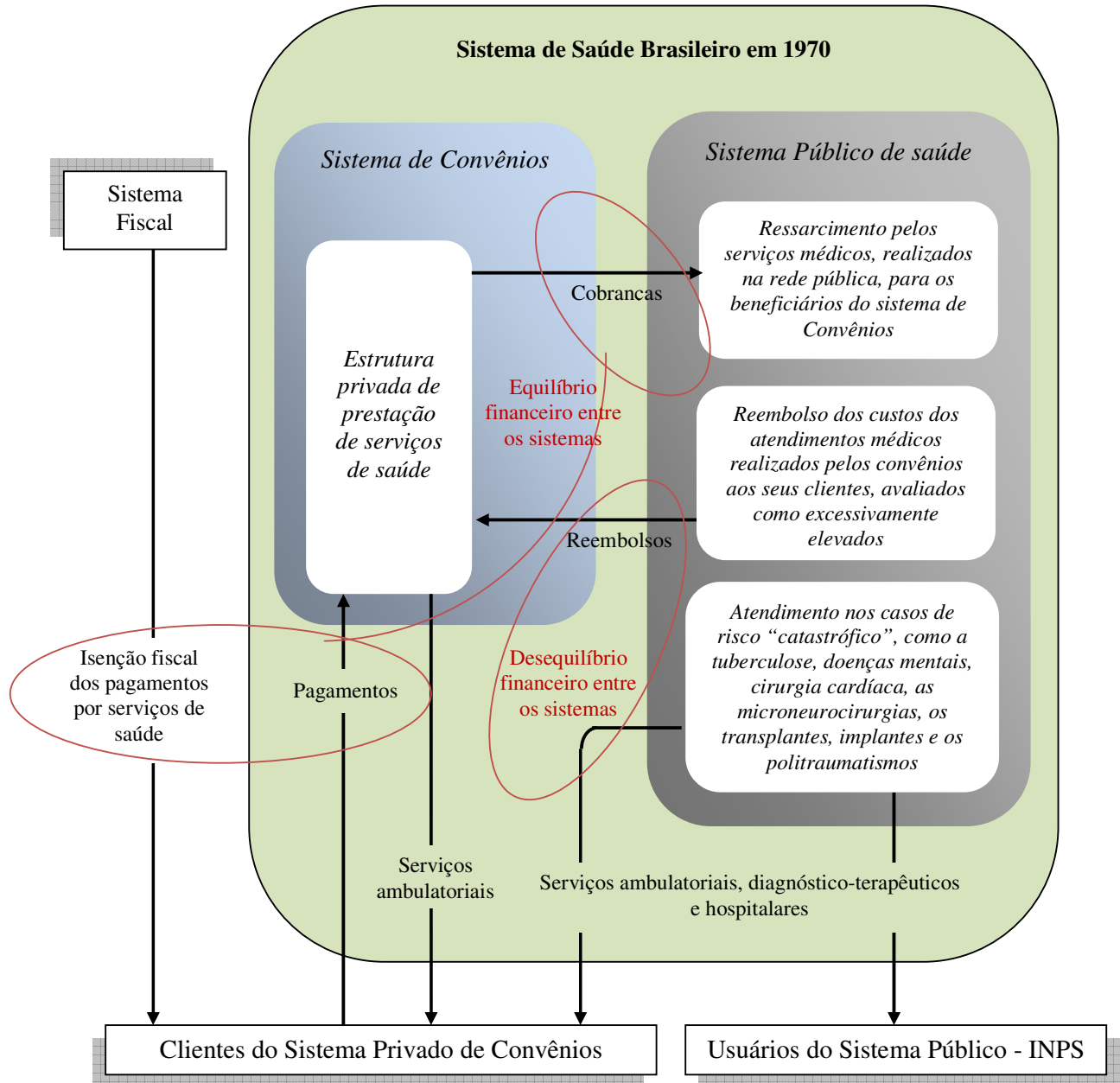
Em conformidade ao Plano de Pronta Ação- PPA foi instrumentalizado um modelo segmentado de prestação de serviços de saúde, buscando entrosar de modo equilibrado a estrutura pública com a fundada nos convênios com organizações privadas. Se por um lado, a política de renúncia fiscal visou compensar, no plano das pessoas, clientes dos Convênios, os gastos com saúde, também desobrigou o Estado de prestar atendimento médico a estes (XIV), prevendo, inclusive, ressarcimento aos cofres públicos nos casos de eventuais serviços prestados.

O conceito de caráter suplementar da atividade estatal, nos termos do §1º do Art. 170, da EMC nº 1, de 1969, foi substancialmente ponderado nos casos de elevada demanda de recursos, o que afetou desigualmente o balanço entre custos e responsabilidades sociais dos dois sistemas, pois os principais riscos financeiros do sistema foram atribuídos à esfera pública, conforme descrevem Oliveira e Teixeira⁶⁷ sobre o rumo das normas no bojo do PPA, segundo as quais

“[...] ficou estabelecido que não será obrigatório para as empresas convenientes a prestação de serviços aos beneficiários que tenham necessidade de reabilitação profissional; aos portadores de doenças que, após 180 dias, seguidos ou intercalados, de tratamento sob regime de internação, não estiverem em condições de voltar ao trabalho ou de continuar o tratamento em ambulatório. Além disso, à critério do Instituto e em caráter excepcional, a empresa poderá ser reembolsada de despesas comprovadamente realizadas com determinados atendimentos médicos de custo excessivamente elevado. [...] Preferiu-se [...] que os tuberculosos, desde o diagnóstico, passassem a ser tratados pelos serviços da Previdência Social [...] O que ocorreu com a tisiologia repetiu-se com as doenças mentais, de cujo tratamento as empresas convenientes estão também desobrigadas. O INPS assumiu, por igual, a responsabilidade financeira nos casos considerados riscos catastróficos, incluídos, nesse grupo: a cirurgia cardíaca, a microneurocirurgia, os transplantes, os implantes, os politraumatizados e mais todos os casos cujo tratamento ultrapasse certo valor.” (p.230).

Os (des) equilíbrios do sistema de saúde desta fase encontram-se ilustrados no diagrama 26.

Diagrama 26: o sistema de saúde brasileiro no final dos anos 1970



Fonte: elaborado com base em Oliveira e Teixeira⁶⁷

A partir de 1975, o sistema passou a ser regido pela Lei nº 6.229, de 17.07.1975, que dispôs sobre a organização do sistema nacional de saúde legitimando a pluralidade institucional do setor ao definir, dentre outros eixos, as responsabilidades da previdência social na assistência individual e curativa, e ao Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais e municipais, os cuidados preventivos e de alcance coletivo (XV).

Lei nº 6.229, 17.07.1975

Art 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação:

I - do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe particularmente:

- a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

.....
II - O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe particularmente:

- a) Elaborar planos de prestação de serviços de saúde às pessoas;
- b) Coordenar, em âmbito nacional, o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas;
- c) Credenciar, para integrarem o subsistema público, instituições de finalidade não lucrativa que prestem serviços de saúde às pessoas;
- d) Prestar diretamente serviços de saúde às pessoas, ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as a fiscalização permanente;
- e) Experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, avaliando sua melhor adequação às necessidades do País;
- f) Fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas, a serem observados pelas entidades vinculadas ao Sistema;
- g) Promover medidas adequadas à redução do custo dos medicamentos de maior eficácia e de comprovada necessidade para proteção da saúde e combate às doenças, inclusive subvencionando sua aquisição, ou distribuindo-os gratuitamente às classes mais pobres da população. Ernesto Geisel.

Hésio Cordeiro⁷⁶ avalia, porém, que esta diretriz foi contraditória ao assegurar uma fonte regular de custeio para as ações de caráter curativo e de alcance individual,

invertendo a prioridade declarada em relação às ações de caráter preventivo e alcance coletivo, o que fez com que os recursos da previdência social fossem direcionados, exclusivamente, para as ações de assistência médico-hospitalar, as quais eram invariavelmente executadas pela rede privada contratada promovendo uma intensa capitalização deste setor, que evoluiu na lógica do lucro e induziu o desenvolvimento de novos serviços para o mercado consumidor de maior renda.

A par das distorções quanto às formas de compra e venda de serviços, que exauriram as verbas previdenciárias, também concorreu o desequilíbrio na distribuição e concentração de serviços e equipamentos, elevando a assincronia entre o conjunto de necessidades de saúde e os recursos disponíveis, pois dos 9.689 leitos da rede própria em hospitais de baixa e alta especialização, 18% não eram utilizados. Nas consultas ambulatoriais, a capacidade ociosa situava-se em 43%, na hipótese menos otimista de operação em três turnos de quatro horas. “Tal situação pode ser entendida dentro da política que vinha sendo praticada pelo MPAS nas últimas décadas e que levou os serviços públicos ao descrédito e à baixa eficiência⁷⁶ (p.58).

Cordeiro enfatiza que os investimentos no sistema foram tratados de modo inteiramente pobre e caótico, limitado às despesas de capital irrisórias e com a execução desvinculada do programa assistencial do INAMPS, que “desde sua criação, nunca teve uma política de investimentos, apesar do acúmulo de decretos, portarias, resoluções e ordens de serviços relativos ao assunto. [...] no que se refere à aquisição de material de consumo, a situação encontrada era da compra centralizada na direção geral. Isto trazia transtornos em face ao grande volume de material a movimentar para os Estados, com o conseqüente retardamento da distribuição, registro e controle (XVI).

A programação de medicamentos era centralizada, verticalizada e repetitiva de anos anteriores. Totalmente descolada do discurso político de integração e da própria programação assistencial, pouco tinha a ver com a realidade de cada unidade da federação. Encontravam-se, comumente, em vários almoxarifados, medicamentos fora do prazo e desvinculados do perfil de morbidade atendidos pela unidade⁷⁶ (p.59).

Neste ambiente institucional, a estrutura do INAMPS, no período 1985-1986, dentre outras unidades, reunia uma Secretaria de Planejamento, atuando com base no orçamento centralizado e execução descentralizada, e uma Secretaria de Medicina

Social, tida como o núcleo de maior complexidade administrativa e política, ancoradouro dos interesses privados, tanto das áreas de aprovação e elaboração de contratos e convênios como no seu controle e avaliação, local aonde se inseria a chamada “Comissão de Alto Nível”, composta por três técnicos do INAMPS e três representantes da Federação Brasileira de Hospitais – FBH, com função de negociar as normas técnicas, padrões de avaliação de desempenho, rotinas de auditoria e propostas de valores de remuneração de serviços a serem apreciadas pelo MPAS ⁷⁶ (p.54).

Os pagamentos do setor privado pelas internações contratadas se davam por meio do sistema da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, na remuneração fixa por procedimento, visando simplificar a elaboração e o processamento das contas hospitalares, mas também estabelecer os termos pelos quais se dariam as relações entre os prestadores de serviços e a previdência social.

Outra forma de remuneração era por consultas ambulatoriais e determinados serviços de diagnose e de terapia, aplicando-se uma tabela de atos médicos e pagando-se por ato produzido, o que gerou sérias distorções na medida em que os procedimentos de alta complexidade, como a hemodiálise, por exemplo, têm custos mais elevados e “como a grande parte dos hospitais vinculados à AIH possuem, também, credenciamento ambulatorial, torna-se fácil e lucrativo o curto-circuito entre as duas modalidades de pagamento” ⁷⁶ (p.60).

Naturalmente, a função de controle e avaliação da Secretaria de Medicina Social sofreu volume relevante de críticas, pela baixa eficiência em combater as fraudes, as quais, “embora realizadas por uma minoria de administradores corruptos, prestadores de serviços desonestos e servidores omissos ou coniventes, desmoralizavam a instituição, os médicos e os hospitais, aviltando a imagem da previdência social” ⁷⁶ (p.70).

Contudo, os primeiros sinais da recessão econômica global, surgida no bojo das duas crises do petróleo, em 1973 e 1978, mostraram que o sistema financeiro da previdência, centralizador e oneroso, não suportaria a extrema retração da liquidez da economia e a estagnação que se prolongou ao longo dos anos 1980, caracterizando a chamada “década perdida” (XVII).

O aprofundamento da recessão gerou uma forte retração nas contas de fornecedores do Governo, ensejando uma reação na forma de ruptura unilateral de vários convênios contratados, insatisfeitos com os baixos valores pagos pelo INAMPS à rede privada, ocasião em que inúmeros hospitais privados lucrativos optaram pelo relacionamento com o sistema complementar, evidenciando os interesses antagônicos entre o Instituto, os hospitais lucrativos e as empresas capitalistas, que “relegaram, para último lugar, a preocupação com a assistência médica dos seus trabalhadores”⁷⁰(p.135).

Por outro lado, para compensar a queda na remuneração paga pelo INAMPS, “as firmas empregadoras foram estimuladas a pagar uma espécie de contribuição monetária adicional aos prestadores médico-hospitalares ligados ao INAMPS. Inicialmente, em 1980, por intermédio da Portaria MPAS 2.079, permitia-se a cobrança adicional por instalações de padrão superior aos da enfermaria. Depois, em 1982, por meio da Portaria 2.837, o INAMPS passou a admitir que os hospitais cobrassem uma quantia (por fora) dos segurados e das firmas, quando esses requeressem atendimento especial adicional, cujo valor variava em até 8,3 vezes a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Odontologia (ADO). Finalmente, em 1986, tornou-se livre a complementação de honorários e serviços, mas a prática foi definitivamente proibida, a partir de 30 de outubro de 1991 (Portaria INAMPS 283)”, assinalam Carlos Ocké Reis, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi e Fernando Gaiger Silveira⁷⁸ (p.175).

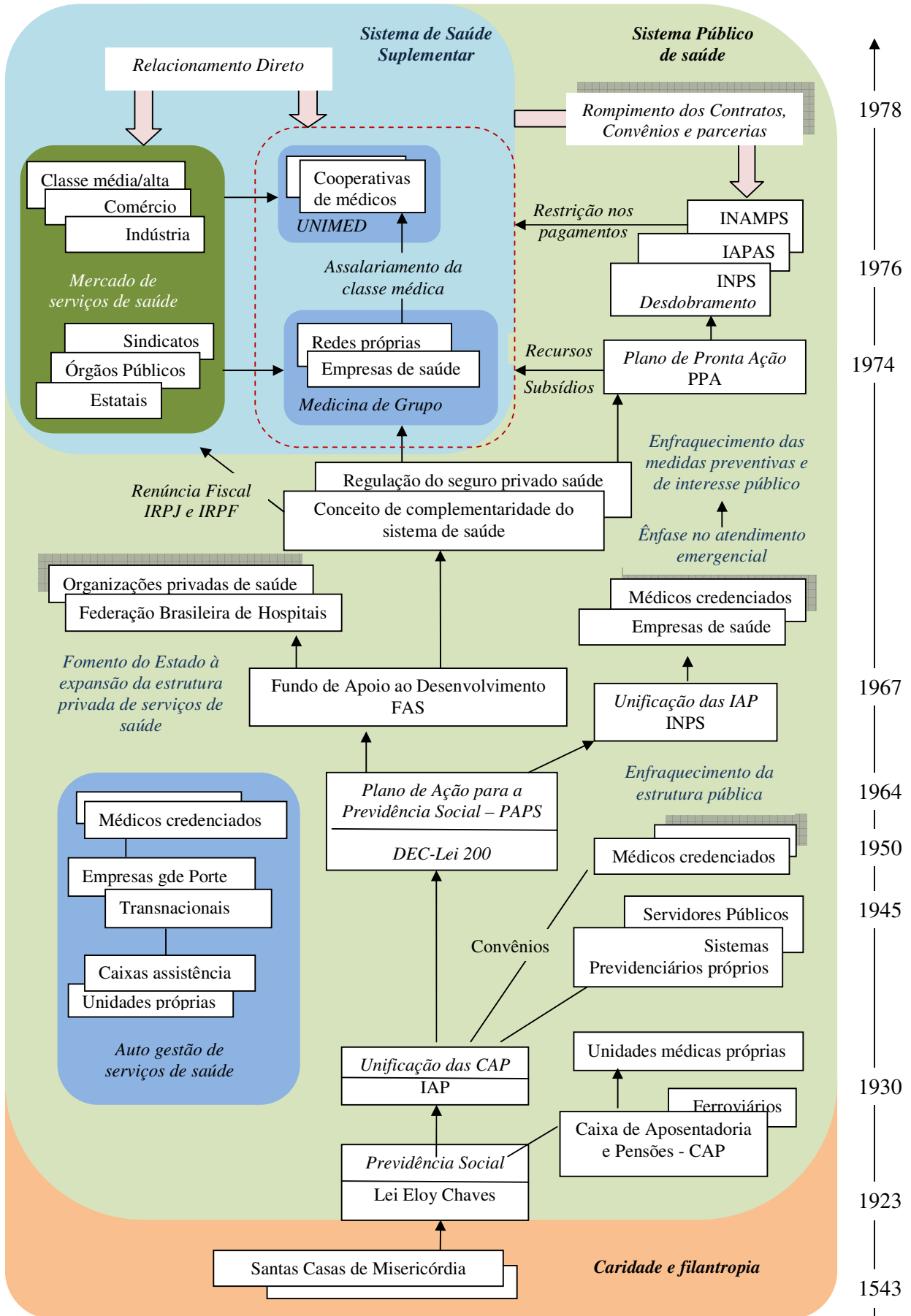
Ou seja, o setor de serviços privados de saúde foi em um relativamente curto, porém bem articulado, processo de estruturação pelo Estado, fomentado continuamente ao longo de inúmeras gestões de Governo, sob eloqüentes justificações econômicas, instrumentalizando robustas linhas de financiamento, fortemente subsidiadas, que garantiram a expansão artificial deste mercado com vistas a um diferenciado, cativo e lucrativo extrato social.

Entretanto, muitas organizações, como as estatais e multinacionais, preservaram seus próprios planos não aderindo aos sistemas externos, credenciando serviços para as suas redes assistenciais, o que representou uma opção de renda para os prestadores de serviços, até então restritos à atividade liberal, à pressão dos preços da medicina, aos salários das empresas médico-hospitalares, ou, a ingressarem na carreira pública com baixos níveis de salariais⁶⁸.

Desse modo, a parceria até então bem sucedida entre a rede privada de serviços de saúde e o Governo foi desfeita, por que nessa fase nem os grupos médicos e tampouco as empresas de saúde dependiam mais do INAMPS, na medida em que já tinham conquistado uma relevante parcela do mercado, direcionando sua estratégia comercial para a venda direta de serviços às organizações privadas e aos indivíduos, afora a liberdade propiciada pelo distanciamento do controle estatal.

A evolução das relações entre os atores privados e o Estado, desde a filantropia e caridade do Brasil colonial até a quebra da parceria para a construção de um sistema universalista na área da saúde encontra-se ilustrada, no diagrama 27, com a seqüência das ações desenvolvidas pelos atores envolvidos e as suas conseqüências, intencionais ou não.

Diagrama 27: as bases estruturais das relações entre o setor privado de saúde e o Estado



Todavia, mesmo esgotado, o modelo centrado no INPS foi mantido de modo impositivo até o final dos anos 1980, quando foi restaurada a democracia e outorgada a Constituição Federal de 1988, consagrando a saúde como um objetivo fundamental da República (XVIII), um direito de todos e dever do Estado a ser garantido por políticas sociais e econômicas em parceria com iniciativa privada (XIX), sendo, para tal, instituído o Sistema Único de Saúde – SUS (XX), visando à cobertura universal da população brasileira no molde dos tradicionais sistemas de proteção social existentes nos países europeus que adotaram a via do *welfare state*⁷³.

Nesta fase, o país rompe com o conceito de proteção social firmado na evidência da necessidade e no contrato adotando uma perspectiva de *cidadania plena*, por meio da qual o Estado se obriga a garantir “um mínimo vital a todos os cidadãos, em relação à saúde, educação, pensão, seguro desemprego, etc”, salienta Sonia Fleury⁷⁹ (p.402). O modelo de *welfare* que influenciou o sistema de saúde brasileiro se pautou na concepção inglesa da universalização inclusiva em um sistema público, que não diferencia pobres de ricos, tratando-os por igual quanto à saúde, e cuja base econômica parte de uma eficiente política fiscal (XXI).

A agenda da redemocratização buscou reforçar as competências da gestão local, como uma alternativa para o desenvolvimento de controles sobre o gasto público e ampliação do acesso às políticas sociais. A orientação constitucional de fortalecimento das demandas federativas, pela via da lógica de repartição do bolo fiscal, favoreceu os interesses locais e regionais em detrimento da União, representando uma fase de descentralização para o setor da saúde e uma possibilidade aceitável para a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social, pela redefinição das prioridades das ações estatais no atendimento das necessidades sociais e a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais, conforme Nilson do Rosário Costa⁸⁰.

A profunda reformulação do sistema de saúde brasileiro visou expandir a cobertura assistencial segundo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, formuladas na Conferência de Alma-Ata, em 1978, com o dístico *Saúde para todos no ano 2000*, a ser alcançado por meio da estratégia da atenção primária à saúde, sendo recepcionado pela Constituição Federal, no Título da Ordem Social, na seção dedicada à saúde, que estabeleceu a orientação política do sistema:

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

A Constituição Federal definiu, para a saúde, os seguintes objetivos:

- a) a universalização do atendimento, pela qual toda a rede pública, própria ou comandada, atenderia à população em caráter universal, sem restrições ou cláusulas de cobertura;
- b) equidade no atendimento, que, além de universal, daria acesso às mesmas modalidades de cobertura em todo o território nacional; e
- c) integralidade das ações, pela qual, todos teriam acesso à saúde sob um conceito integral, ou seja, por ações sobre o indivíduo, a coletividade e o meio ambiente.

Os quais seriam instrumentalizados pelas seguintes estratégias (XXII):

- a) descentralização da execução dos serviços, a serem realizadas pelos Municípios e Estados, minimizando o papel da União;
- b) unicidade de comando, o qual, embora descentralizado, obedeceria a um único comando em cada esfera de governo evitando a multiplicidade de esforços entre as estruturas do INAMPS, do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais;
- c) participação social, na medida em que a sociedade participaria da gestão do sistema por intermédio de Conselhos de Saúde, a serem organizados em todas as esferas de governo, detendo funções de planejamento e fiscalização das ações de saúde.

Ou seja, a Carta Magna prescreveu o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de modo regionalizado, hierarquizado e descentralizado e com direção única em cada nível de governo, agregando a participação da comunidade em um atendimento integral, mas que prioriza as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Esta ampla perspectiva política, regulamentada pela Lei nº 8.080, de 19.09.1990, dispôs as atribuições do SUS nos três níveis de Governo, para, dentre outras funções, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, conforme o Art. 200, III, da Constituição Federal.

Por outro lado, a estruturação de um sistema de serviços de saúde democrático, universal, igualitário e integral naturalmente envolve um processo social e político que

não se realiza apenas na formulação de políticas públicas, mas no cotidiano e realidade dos serviços, materializando-se na ponta do sistema pela ação de atores sociais e suas práticas de serviços.

Vania Sampaio Alves⁸¹ avalia que o Estado reorientou o sistema assistencial hegemônico vigente no país, pois o sistema reunia uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagonica entre o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitaria, que dicotomiza a assistência e a prevenção, constituindo um tipo de divergência doutrinária que concentra os maiores entraves na formulação de políticas integradoras no SUS.

Neste contexto, o SUS assumiu a gestão dos recursos a serem repassados pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, do Ministério da Saúde, aos Estados e Municípios (XIII) pelos serviços efetivamente executados nas Unidades da Federação, sendo os valores dos gastos ambulatoriais calculados por critérios *per capita*, (XIV), separando “as funções de financiamento das de prestação dos serviços, antes mesmo que esta recomendação fosse incluída na reforma do sistema sanitário brasileiro”, salientam Aloisio Teixeira, Lígia Bahia e Maria Lúcia Werneck Vianna⁸² (p.8).

A medida definiu com maior precisão o papel das várias esferas de governo atuantes na gestão da saúde, no pressuposto de que a prestação direta dos serviços no âmbito municipal reforçaria o controle da qualidade pelo próprio cidadão, o usuário final dos serviços prestados ou contratados, resgatando a antiga tese da municipalização de Wilson Fadul, Ministro da Saúde em 1963 (XV).

O modelo de assistência à saúde pelo SUS foi desenhado visando abranger tanto as ações assistenciais e curativas como também, e prioritariamente, aquelas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, constituindo-se como uma das mais fortes expressões da dimensão de integralidade contida na norma constitucional.

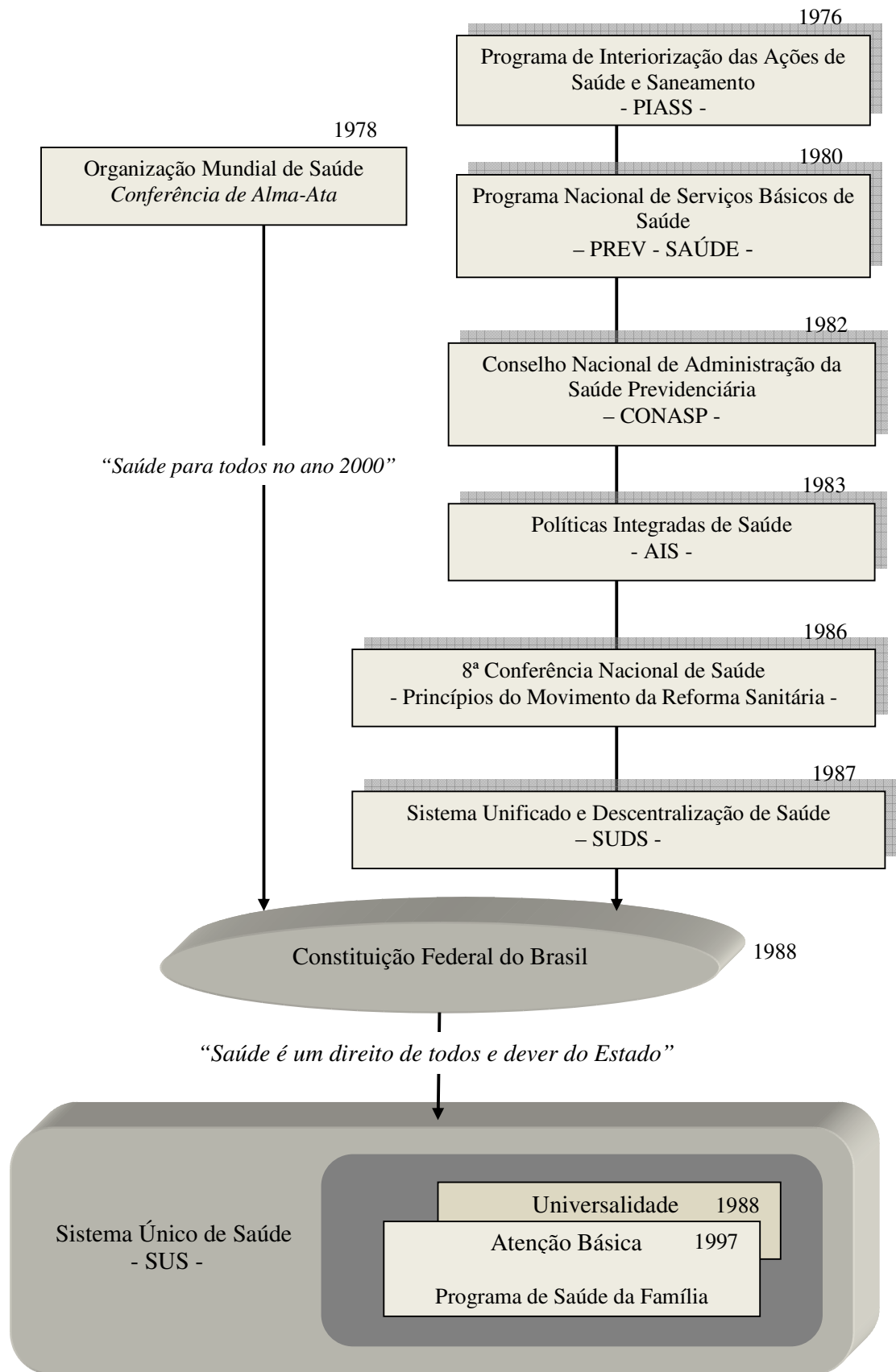
A integralidade, na organização dos serviços e das práticas de saúde, decorre pela assimilação tanto de práticas preventivas, como das assistenciais, em uma mesma unidade de serviço, de modo que o usuário do Sistema de Saúde não precise dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva.

Entretanto, críticas severas formaram-se contra este modelo, pois a reorientação da prática assistencial tradicional, orientada para a cura de doenças e no hospital, para novos critérios com base no ambiente físico e social exige uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e que a necessidade de intervenções vai além das práticas curativas, conforme o Portal da Saúde⁸⁵.

Ou seja, o crescente volume de obstáculos de várias fontes e magnitudes, por fatores econômicos e sociais relativos a financiamento, pressões clientelistas, mudança nos padrões epidemiológicos e na própria estrutura demográfica da população, agravados pela elevação dos custos dos processos de atenção à saúde e as pressões corporativistas dos seus profissionais consolidaram um elenco expressivo de forças de resistência à concretização dos objetivos sociais originários formulados para o sistema de saúde, gerando uma incômoda sensação de inviabilidade de concretização, embora, paradoxalmente, haja consenso quanto ao SUS representar uma estratégia formalmente correta para tal, como avaliam André Carvalho e Maria Bernadete Eduardo⁸⁶.

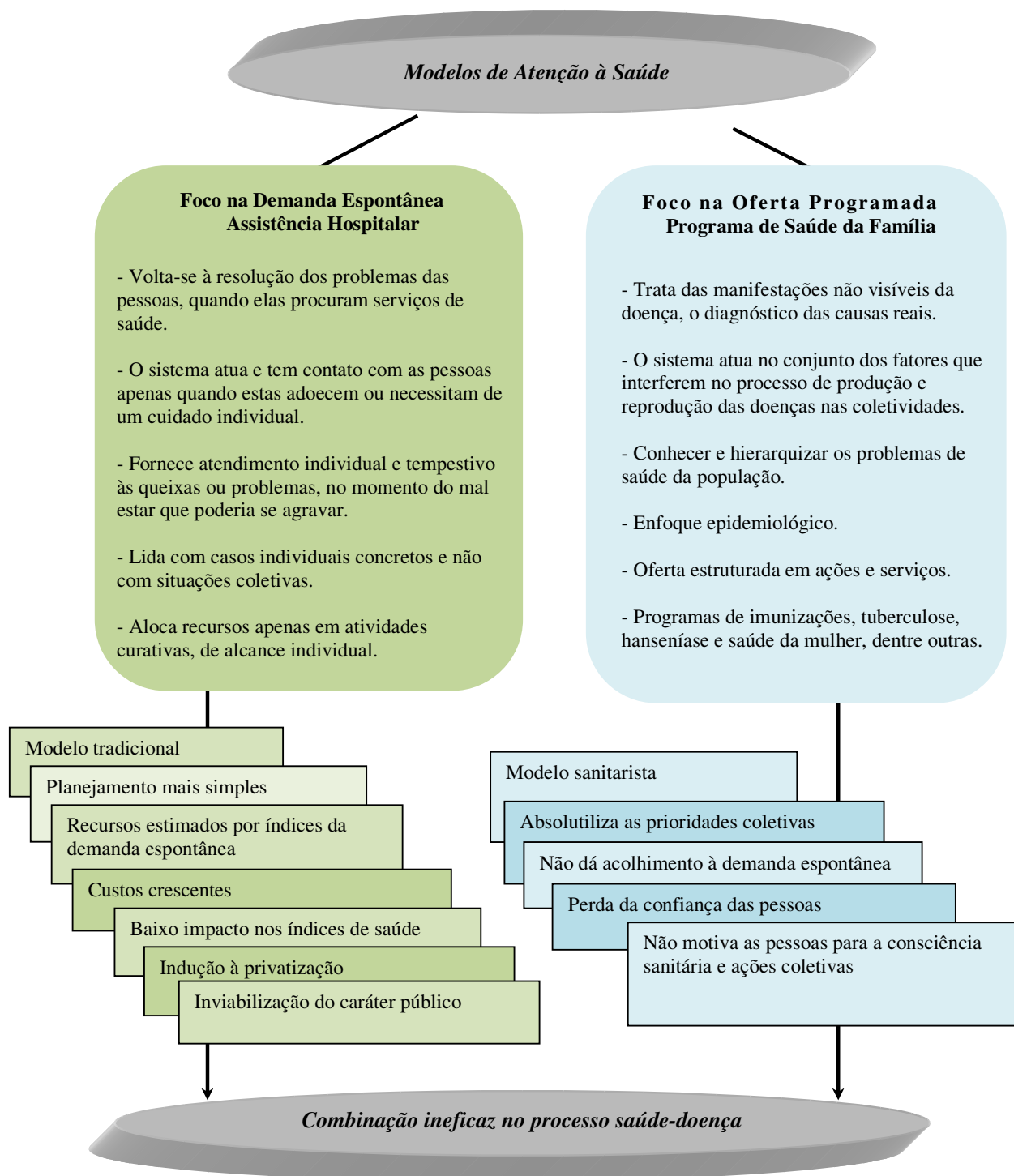
O marco legal da estruturação do SUS encontra-se ilustrado no diagrama 28

Diagrama 28: o eixo das ações estratégicas condutoras do SUS



A duas visões conceituais de assistência à saúde no SUS, encontram-se no diagrama 29.

Diagrama 29: os modelos de gestão no contexto do SUS



Por outro lado, os efeitos combinados da crise institucional e financeira, no início dos anos 1990 (XXVI), acarretaram uma substancial queda na qualidade e na abrangência da cobertura do sistema público, situação que acentuou a tendência do SUS em direcionar o atendimento aos grupos sociais de menor renda, no entendimento que as classes média e alta contavam com os sistemas privados de saúde, configurando um tipo de *universalização excludente*⁷ (p.153).

Nesta fase, toma corpo outro modelo paradigmático de política de bem estar social, o norte-americano, com concepção e mecanismos de execução diametralmente opostos ao modelo inglês, influenciando o sistema brasileiro a abrir mão da pretensão de incluir objetivamente a totalidade dos segmentos sociais na esfera do Estado, por força da crônica escassez de recursos públicos, sendo obrigado a focalizar os estratos incapazes do acesso à saúde por meios próprios, mas garantindo, pela via indireta do mercado, compensada pela renúncia fiscal dos gastos com planos de saúde, a viabilidade econômica e social do sistema como um todo.

CF. Art. 199, caput §2º _ A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

No caso, o modelo norte-americano se caracteriza pela absorção de relevantes parcelas de recursos governamentais, na forma de benefícios fiscais às empresas privadas, expressando claramente a diretriz política de atendimento público aos contingentes populacionais classificados como pobres, na extensão mais dilatada do termo, implicando que os gastos com saúde não sejam financiados inteiramente pelos indivíduos ou por seguros de saúde, mas também pelo Estado, em cerca de 30% do total do custo agregado, 7% do PIB, embora 45 milhões de americanos fiquem sem cobertura assistencial, segundo Montreal Economic Institute⁸⁸ (XXVII).

Embora a intenção originária do modelo de bem estar social brasileiro tenha sido institucionalizar um processo universal e redistributivo, as contingências políticas e econômicas gradativamente deslocaram o sistema para um padrão fortemente regido pelas forças de mercado e residualmente pelo Estado, e que o preceito constitucional *saúde - direito dos cidadãos - dever do Estado* não se estendesse efetivamente a todos

os cidadãos, deformando o conceito ao restringi-lo àqueles sem recursos suficientes para financiar serviços de saúde enquanto sinaliza, aos segmentos de classes de renda média e alta, a buscar atendimento junto às operadoras de planos de saúde (XXVIII).

O fortalecimento do sistema de saúde privado tem suscitado interpretações dicotômicas. Se, por um lado, a sua expansão pode ser um fruto justificado da insuficiência econômica do modelo do SUS, por outro, o fato poderia decorrer das causas originárias da insuficiência deste, ou seja, pelo gradativo avanço de políticas de tendências neoliberais, por uma motivação ideológica voltada à substituição do sistema público pelo de mercado, corroborando a tese de que os fenômenos conjugados da insuficiência do sistema público com o processo de concentração de renda propiciariam o crescimento da oferta e da despesa privada⁸² (XXIX).

A estratégia de governo de fomentar o sistema de saúde com o apoio complementar de entidades privadas remonta há muitos anos tendo sido gradativamente estruturada ao longo de sucessivas gestões e regimes políticos, segundo uma sistemática renúncia fiscal, como demonstra a trajetória da legislação tributária brasileira⁷⁵, *in verbis*:

No ano 4º da República, o Estado financia a instalação de enfermarias nos núcleos de imigração

Lei 126-B, de 21.11.1892 - Fixa a despesa geral da República dos Estados Unidos do Brasil para o exercício de 1893 [...] X _ A verba para o serviço de imigração.

§3º Além dos outros que o Governo julgar conveniente aos interesses públicos, sujeitar-se-á o contratante às seguintes regras:

d) fundar escolas, templos e enfermarias nos diversos núcleos. Floriano Peixoto.

Na primeira fase da era Vargas, no período ditatorial, o Estado deu início à estratégia de renúncia fiscal de despesas realizadas no exercício da profissão médica e regularizou a isenção das doações a instituições filantrópicas

DEL 5.844, de 23.09.1943 – Dispõe sobre a cobrança e a fiscalização do Imposto de Renda
Art. 15 _ Na cédula D será permitida a dedução das seguintes despesas:

h – de aluguel ou custeio de veículos usados pelos médicos e seus auxiliares, quando no exercício profissional;

Art. 20 Da renda bruta, observadas as disposições dos §§ 1º, 3º e 5º, do art.11, será permitido abater:

d) as contribuições e doações feitas às instituições filantrópicas de existência legal no País, desde que seja apresentado com a declaração de rendimentos, documento comprobatório fornecido pela instituição. Getulio Vargas.

Restaurada a democracia, com a deposição de Vargas, o novo regime democrático manteve o sistema de renúncia fiscal de gastos efetuados com profissionais liberais da área de saúde

Lei 154, de 25.11.1947 – Altera dispositivos do Imposto de Renda

Art. 20 Da renda bruta, observadas as disposições dos §§ 1º, 3º e 5º, do art.11, será permitido abater:

f) Os pagamentos feitos a médicos e dentistas pelo contribuinte ou pessoas compreendidas com o encargo da família neste artigo, desde que tais pagamentos sejam especificados e comprovados, a juízo da autoridade lançadora, com indicação do nome e endereço de quem os recebeu. [...]. Eurico G. Dutra.

Após a morte de Getulio Vargas, a renúncia fiscal englobou a receita das primeiras organizações privadas dedicadas à prestação de serviços de saúde

Lei nº 2.862, de 02.09.1956 – Altera dispositivos da lei do imposto de renda, institui tributações adicionais [...].

Art. 23 _ As pessoas jurídicas, seja comercial ou civil seu objeto, pagarão o imposto de renda, a partir de 1 de janeiro de 1957, sobre os lucros apurados em conformidade com a lei, à razão de 15% [...] e 30%[...]

Parágrafo único: não se compreendem nas disposições deste artigo:

b) as pessoas jurídicas, civis, organizadas exclusivamente para prestação de serviços profissionais de médico, [...] com capital até Cr\$ 100.000,00 (cem mil cruzeiros), os quais pagarão o imposto proporcional de 5% (cinco por cento). Juscelino Kubitschek.

No advento do regime militar em 1964, foi mantida a política de deduções fiscais com despesas com saúde, estendendo-a ao segmento dos hospitais privados, elevando, inclusive, a alíquota de abatimento de gastos com saúde

Lei 4.506, de 30.11.1964 – dispõe sobre o imposto que recai sobre as rendas e proventos de qualquer natureza.

Art. 9º _ Mantidos os abatimentos da renda bruta da pessoa física, previstos na legislação em vigor, fica elevado para 50% (cinquenta por cento) o limite estabelecido no [...];

§3º - Sob as mesmas condições de abatimento de prêmio de seguro de vida, poderão ser, igualmente, abatidos da renda bruta das pessoas físicas os prêmios de seguros de acidentes pessoais e os destinados à cobertura de despesas de hospitalização e cuidados médicos e dentários relativos aos contribuintes e seu cônjuge e descendentes. Humberto Castelo Branco.

No decurso do regime militar, a renúncia fiscal englobou as primeiras organizações privadas de gestão de serviços de saúde

Del-1.641, de 07.12.1978 – Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas

Art. 6º _ Poderão ser abatidos da renda bruta os pagamentos feitos a entidades que assegurem direitos de atendimento ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica ou hospitalar e que satisfaçam, cumulativamente, aos seguintes requisitos:

I - estejam autorizadas a funcionar pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e possuam plano atuarial aprovado e fiscalizado pelo Ministério da Indústria e do Comércio. Ernesto Geisel.

Com o advento da redemocratização do País, no bojo da Constituição de 1988 e da institucionalização do SUS, o Estado deu continuidade à política de renúncia fiscal dos gastos com profissionais liberais, hospitais privados e com as primeiras operadoras de planos de saúde

Lei 7.713, de 22.12.1988 - Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências

Art. 14 _ Na determinação da base de cálculo sujeita à incidência mensal do imposto de renda poderão ser deduzidas:
I – no que exceder a cinco por cento do rendimento bruto do contribuinte, a parte dos pagamentos feitos pela pessoa física, no mês, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas ocupacionais e hospitais;

§1º O disposto no inciso I deste artigo aplica-se também aos pagamentos feitos a empresas brasileiras, ou autorizadas a funcionar no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar. José Sarney.

No bojo do crescimento do mercado de serviços de saúde, profissionais médicos e entidades ambulatoriais, hospitais, serviços de diagnóstico-terapêuticos e laboratórios, passaram a oferecer serviços tanto para o setor público como para os planos e seguros privados, gerando interesses econômicos controversos, que em meio à expansão dos dois modelos de assistência à saúde fortaleceram uma fronteira social entre ambos, alimentando os preconceitos: “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano [...] quem pode pagar tem plano de saúde [...] o SUS pode cuidar melhor dos pobres”⁸² (p.9).

Segundo essa lógica de exclusão, o sistema de saúde dependeria das operadoras no tocante às coberturas dos planos, deixando à esfera pública os serviços não ofertados por estes, que ficariam restritos às atividades típicas de Estado, como a vacinação, avaliam Teixeira, Bahia e Vianna⁸².

Lígia Bahia⁶⁸(p.329) enfatiza que “o processo de implementação do SUS foi postergado, sendo atribuído a ele um caráter de mera utopia / formalidade” permitindo, durante a década de 1990, que as seguradoras, especialmente as vinculadas com instituições financeiras, estruturassem o mercado de saúde (XXX) em um sistema integrado de empresariamento da assistência médico-hospitalar no País, reunindo redes de estabelecimentos vinculados a planos diferenciados por faixas de renda e níveis hierárquicos de clientes particulares, tudo em um contexto de deterioração dos serviços públicos, inclusive nas unidades conveniadas ao SUS.

Nesta fase, os hospitais privados se ‘multiconveniam’ tendo por referência um mesmo padrão de plano comercializado por diversas operadoras, organizando um setor basicamente formado por estas, tais como a *Interclínicas*, a *Intermédica*, a *Medial*, a *Golden Cross* e as Cooperativas Médicas – *Unimed*, que se consolidaram de modo pleno, afora os planos próprios das grandes montadoras, estatais e associações de categorias fortes⁸².

A rejeição dos segurados aos problemas enfrentados e à má qualidade do atendimento no sistema público, principalmente nos grandes centros urbanos, reforçou a conscientização das empresas quanto à importância de se oferecer bons programas de saúde aos seus funcionários, contribuindo também para o fortalecimento do setor privado de saúde.

No caso, a expressão *universalização excludente* qualificou a política de “expansão por baixo”, por meio da inclusão do conjunto de pobres e indigentes, a par da “exclusão por cima”, pela qual os extratos de trabalhadores qualificados e a classe média em geral renunciam, aparentemente, à assistência médica do SUS em prol do tratamento diferenciado dos planos de saúde, estimulando a migração dos clientes do seguro social para o mercado, que se consolida no bojo da privatização do seguro social, e estrutura, a partir do SUS, um sistema de saúde paralelo que reproduz desigualdades sociais e aprofunda iniquidades de acesso dentro do sistema, assinala Carlos Ocké Reis⁹⁰ (p.9).

Embora a Magna Carta qualifique o acesso à saúde como um direito social e os recursos alocados segundo a necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, no sistema paralelo criado parte dos cidadãos pode ser coberta por planos de saúde e, concomitantemente, utilizar os serviços do SUS, resultando em uma dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou ser financiados por organizações empregadoras: trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos⁹⁰.

Entretanto, o relacionamento da classe médica e demais prestadores de serviços de saúde com as operadoras de planos de saúde se tornou mais complexa, pelas fortes mudanças na oferta agregada de serviços, o que afetou a autonomia dos profissionais da área de saúde, principalmente dos médicos, pois quando estes não eram credenciados pelas operadoras, em função do nível de preços cobrados, ficavam limitados apenas aos

planos de livre escolha, do tipo *executivo*, aonde os valores de reembolso permitem esta modalidade de cobertura (XXXI).

Nesse ambiente de tensão, os médicos e as organizações hospitalares pressionaram as operadoras a expandir a política de credenciamento de profissionais e estabelecimentos, sem prejuízo, porém, dos critérios de prestígio e qualidade estabelecidos por suas respectivas entidades de classe, principalmente quanto aos padrões de remuneração que incluía o vínculo assalariado do médico, a propriedade dos hospitais, centros e laboratórios até a remuneração indireta do profissional, efetuada por meio da prática de reembolso ‘por fora’.

Por conta desta situação, ao final dos anos 1990, inúmeros grupos empresariais de assistência à saúde passaram a investir em serviços próprios, caracterizando “se não a reversão da forma de relação entre as empresas e os provedores de serviços, a possibilidade de desenvolvimento de compromissos assistenciais diferenciados daqueles que associam a prestação direta de serviços à comercialização de planos de saúde”⁶⁸ (p.330), estreitando as relações de operadoras com determinados hospitais, e mesmo entre os próprios médicos, que se conveniaram apenas com organizações de saúde consideradas não-lucrativas, caso das autogestões e das cooperativas de médicos.

O antagonismo também ocorreu nos municípios do interior, pela forte influência das cooperativas na imposição de restrições às relações convencionais de médicos e hospitais privados com outras modalidades empresariais de serviços de saúde. A mudança estrutural do setor se pautou na organização das medicinas de grupo em torno dos proprietários e acionistas de hospitais, assim como na estruturação das UNIMED, uma alternativa heterodoxa para preservar a prática médica nos consultórios por meio da constituição de cooperativas de trabalho. Em pouco tempo, estas organizações especializadas na comercialização de planos de saúde, especialmente as medicinas de grupo, ampliaram as suas redes de serviços.

No caso das empresas de medicina de grupo, a expansão decorreu tanto pela imposição das normas da Previdência social sobre coberturas mínimas, incluindo atendimento ambulatorial em determinadas especialidades, como pela necessidade de competição com as cooperativas médicas, que disponibilizaram todos os seus associados cooperados para o atendimento dos convênios com o Estado.

Desse modo, as cooperativas organizaram redes assistenciais próprias, mas, à semelhança, ou até mesmo pela presença de um financiador de serviços muito mais poderoso – a Previdência Social – e pela resistência à perda de autonomia dos médicos, tornaram-se competentes empresários.

Nesse contexto, o sistema privado de saúde foi segmentado nas seguintes categorias:

- a) a medicina de grupo, que opera na forma de pré-pagamentos, oferecendo planos de saúde para empresas e famílias;
- b) as cooperativas médicas, que também oferecem planos de saúde no regime de pré-pagamento com estruturas próprias de oferta de serviços a partir de médicos cooperados, hospitais próprios ou contratados;
- c) os sistemas próprios das empresas, notadamente as de elevado porte, tidos como planos auto-administrados, que funcionam, geralmente, contratando serviços de saúde em regime de pós-pagamento; e
- d) os planos de seguro saúde, que operam sob diferentes maneiras, conforme o tipo de cobertura desejado pelo cliente, permitindo, inclusive, a modalidade de regime de livre-escolha.

A crescente estruturação do setor privado de saúde estimulou estratégias de concorrência usuais na lógica de mercado capitalista, resultando na formação de oligopólios e ações voltadas ao equacionamento da pressão dos custos da medicina, especialmente pela importação de tecnologia médica de ponta, fazendo o setor depender fortemente de recursos financeiros externos.

A estratégia das operadoras para garantir a rentabilidade econômica, reduzindo o impacto da baixa produtividade dos serviços e das dificuldades de ganho de escala, incentivou expedientes como “a publicidade enganosa, as exclusões de patologias, a expulsão dos idosos, os tetos de utilização, os prazos de carência”⁷⁰ (p.141), que não constituíam, necessariamente, justificativas de um possível enfrentamento de custos, mas sim mecanismos de aumento do *mark up* (XXXII) das empresas. A preocupação com o equilíbrio econômico-financeiro das carteiras baseava-se não só em fatores como a seleção adversa ou fraude, geradas por associados, clientes e médicos, mas também pela má gestão de seus administradores.

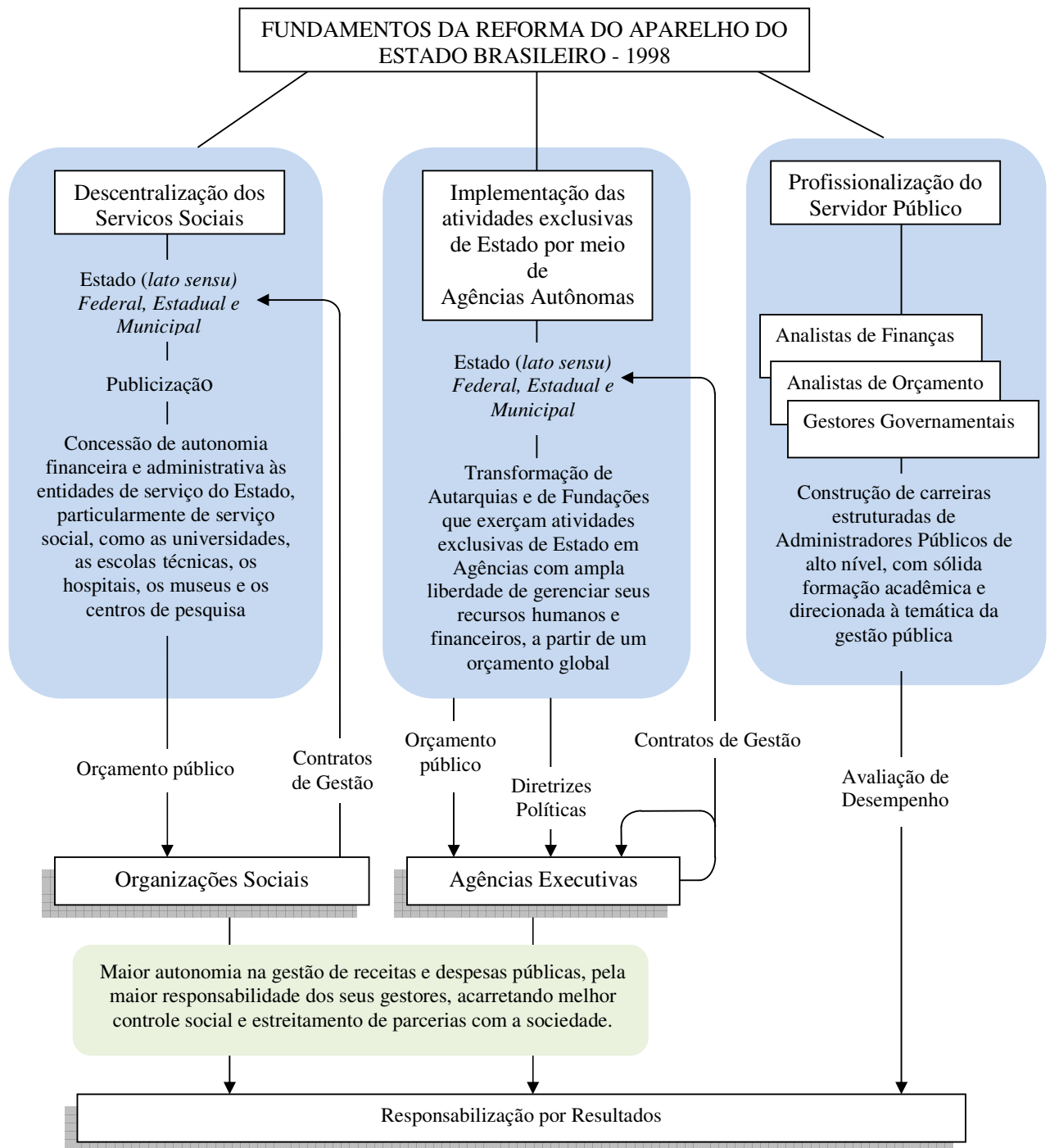
Neste contexto, houve um natural consenso da sociedade sobre a necessidade de intervenção do Estado junto às operadoras de serviços de saúde, culminando na Lei nº 9.656, de 03.06.1998, que dispôs sobre os planos privados de saúde, e na institucionalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, por meio da Lei nº 9.961, de 28.01.2000, uma autarquia federal entendida como instância reguladora de um setor da economia até então afastado de qualquer padrão de funcionamento, subordinado tão somente aos critérios de liquidez e solvência das sociedades e carteiras, mas sem o controle sobre as garantias da assistência, registra Angélica Mesquita⁹², com exceção, apenas, do seguro de saúde e das seguradoras, que já estavam até então sujeitas ao registro, controle e fiscalização pela SUSEP (XXXIII).

No bojo da criação da ANS foram robustecidos outros órgãos oficiais alternativos de defesa dos consumidores, como os Juizados Especiais Cíveis dos Tribunais de Justiça, e os PROCON (XXXIV), os quais, fundamentados no Código de Defesa do Consumidor (XXXV), favoreceram “a posição dos consumidores contra os efeitos socialmente perversos da ética utilitarista que orienta o mercado de saúde suplementar”, enfatizam Lígia Giovanella, Mendes Ribeiro e Nilson Costa⁹³ (p.157).

Ana Maria Campos⁹⁴, entretanto, salienta sua preocupação com a vulnerabilidade da Agência, pela natureza e intensidade da divergência de interesses e o desequilíbrio de poder entre os atores que participam do setor da saúde suplementar, fazendo pressupor ser sempre possível que o órgão possa ser controlado por alguns destes interesses ou mesmo no seu esvaziamento técnico e político. A dúvida se justifica pela acalorada polêmica seguida à criação da ANS, arguindo-se que a intenção política não declarada daquela entidade seria a abertura do mercado de saúde às organizações estrangeiras, no pressuposto que capital internacional revitalizaria o sistema de planos de saúde, à custa, porém, do desmonte do capital nacional.

O diagrama 30 ilustra os fundamentos da reforma do aparelho do Estado brasileiro em 1998, que deu base constitucional para a institucionalização de agências reguladoras em setores estratégicos da economia, dentre as quais, o da saúde privada, que culminou na institucionalização da ANS.

Diagrama 30: Fundamentos da Reforma do Aparelho do Estado - 1998



Fonte: com base em Bresser Pereira⁹⁵

Nesse tenso ambiente político, as organizações privadas de saúde resistiram fortemente às exigências de ampliação das coberturas, bradando ameaças de falências contra as exigências de comprovação de solvência, resultando que o efeito da regulação fosse reinterpretado pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde minimizando a sua intensidade.

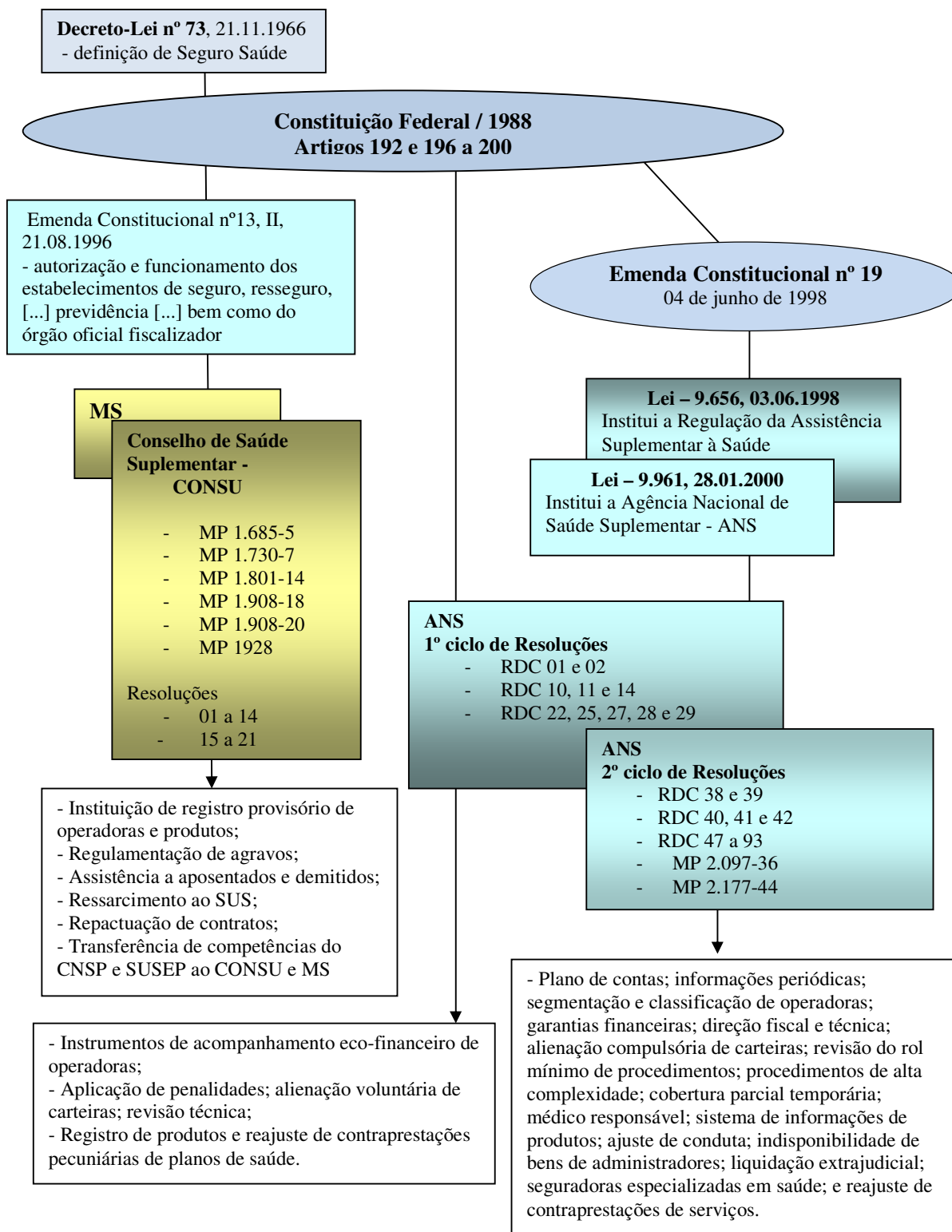
O debate em torno da Lei nº 9.656 evidenciou uma série de abusos das operadoras contra clientes, solidificando o entendimento de que a prerrogativa da regulação cabe ao Estado afastando a visão de auto-regulação pelo próprio mercado. Preservaram-se, porém, influentes coalizões sustentando as regras da auto-regulamentação com uma inversão do processo decisório nas atribuições dos poderes legislativo e executivo.

A visão política que justificou a criação da ANS é bem descrita pelo Ministro da Saúde.

“[...] Queria, em primeiro lugar, lembrar uma questão: deveria ou não, o Ministério da saúde interferir na área da medicina suplementar? [...] Isso não é trivial, [...] Porque essa é uma questão privada, [...] e o Governo deve deixar o mercado regular. [...] defini uma mudança nessa orientação. Por quê? Em primeiro lugar, porque o mercado não opera perfeitamente na área de planos de saúde. [...] Agora, no Brasil, entraram dois elementos de lógica econômica, terrível, que é o ‘esquema da cadeia da felicidade’ - que não é muito diferente do esquema de especulação da Bolsa e do que houve com a Internet no ano passado. [...] Isso aconteceu com planos de saúde no Brasil, pegando jovens que pagavam muito pouco, numa aceleração grande de entrada de gente - deixa custo de lado, não tem problema de custo - porque enquanto tiver uma taxa maior de gente entrando, que não vai ser atendida, eu mantenho qualquer esquema. O problema é quando desacelera e eu estou mantendo os que estão precisando de serviço com os que estão entrando. Mas os que estão entrando, no momento seguinte, também vão precisar de serviço, e esse esquema se auto-derrota. [...] O ‘esquema da cadeia da felicidade’ sem qualquer regulação que tenha entrado no início para impedir isso – é o caso, por exemplo, que hoje a Agência já está fazendo, quando vem um plano que oferece atendimento integral, com AIDS até para os netos, se estiverem cobrando 30 Reais, tem que fechar, porque sabe que isso é o ‘esquema da cadeia da felicidade’, ou seja, enquanto tiver gente entrando vai dar e depois acabou” (Ministro da Saúde José Serra, discurso proferido no Seminário dos Planos de Saúde, em Brasília-DF, em 28.08.2001. Divisão de Imprensa/Assessoria de Comunicação Social/Ministério da Saúde).

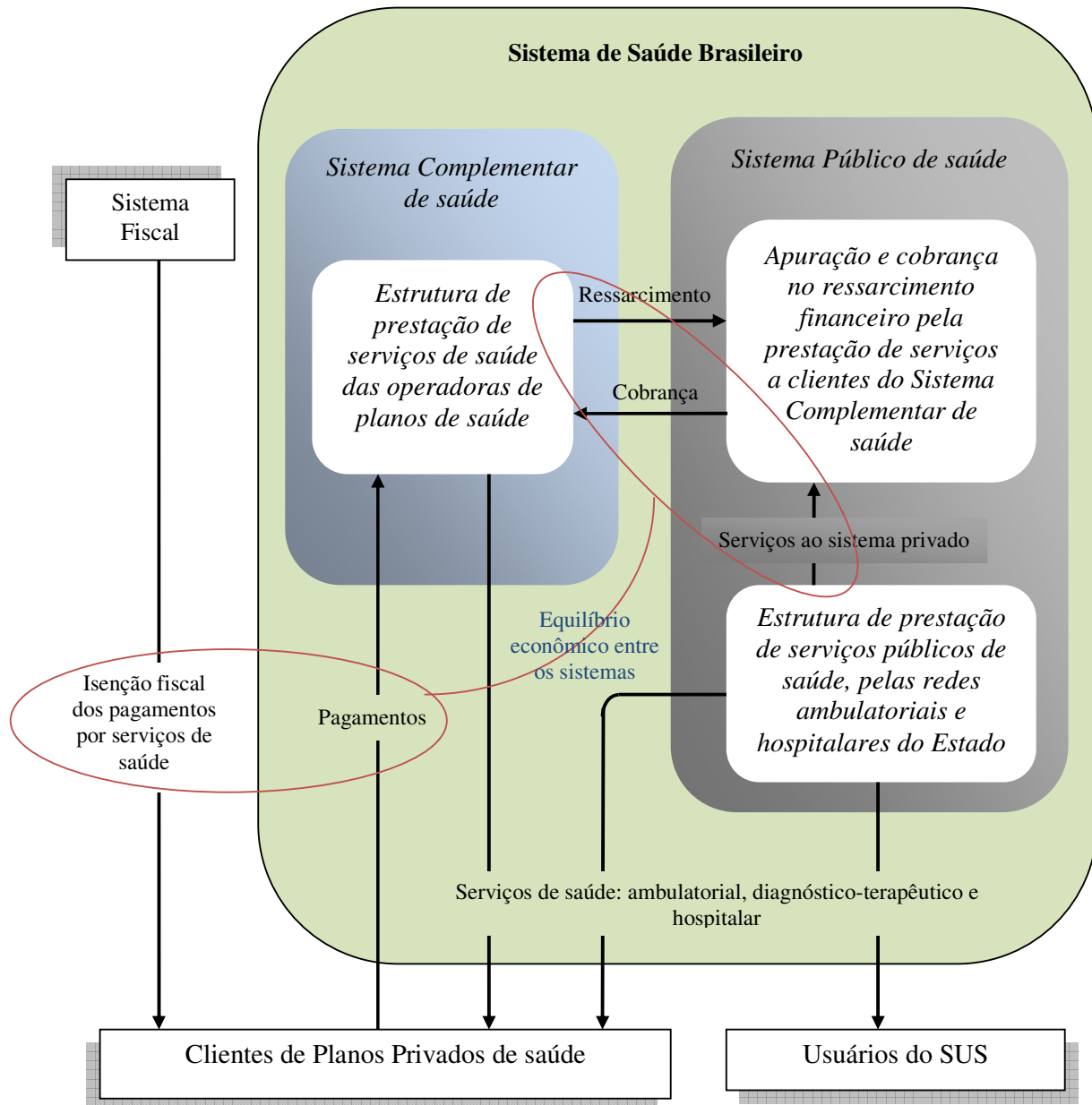
O arcabouço legal que permitiu a institucionalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e a sua instrumentalização, encontra-se ilustrado no Diagrama 31.

Diagrama 31: o arcabouço legal regulatório da ANS



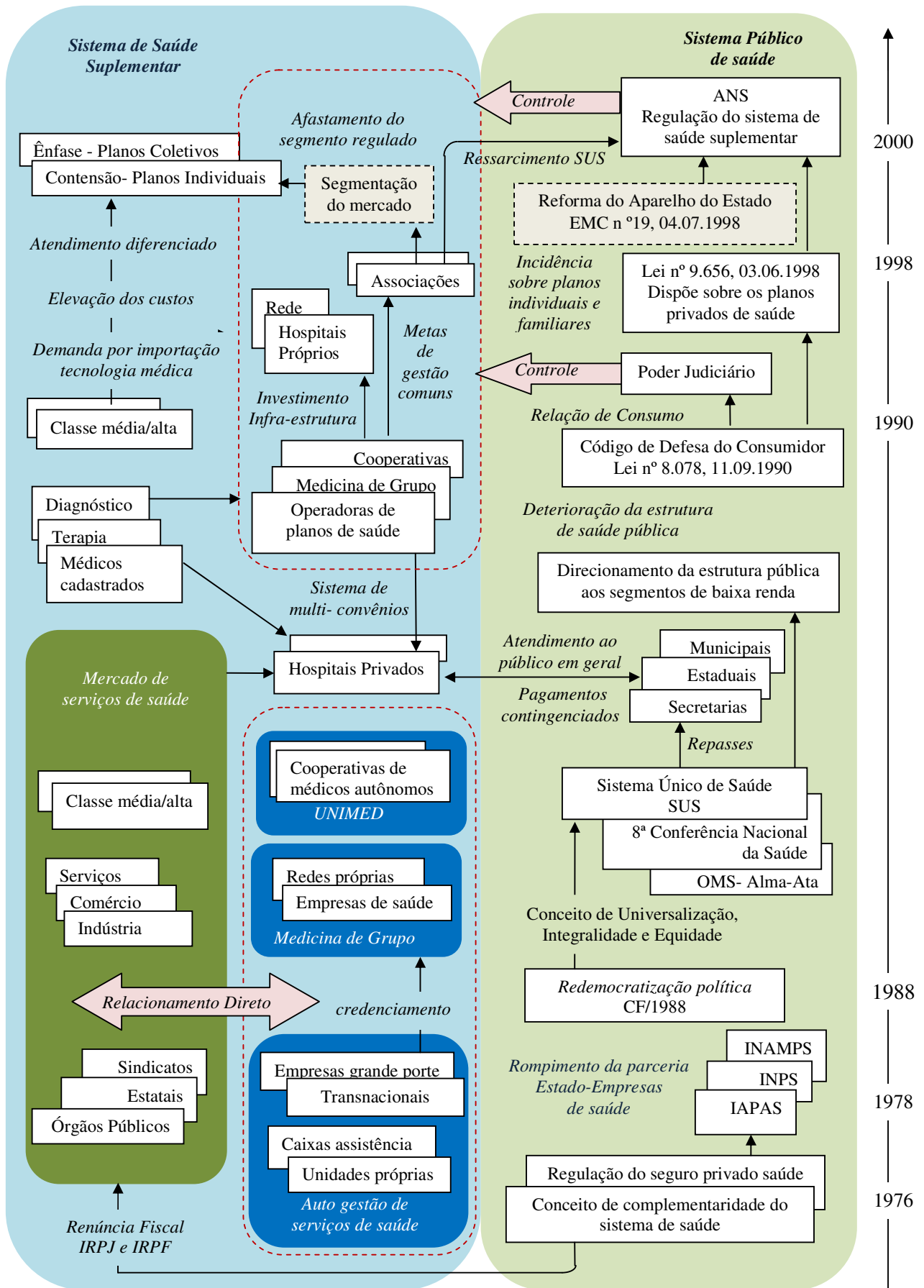
No caso, a configuração do sistema de equilíbrios financeiros e de serviços do modelo de saúde brasileiro encontra-se ilustrado no diagrama 32.

Diagrama 32: A partição de serviços do sistema de saúde brasileiro



A trajetória do sistema de saúde brasileiro que estruturou um modelo híbrido de atendimento, público e complementar, de serviços de saúde para diferenciados segmentos populacionais, o aparente equilíbrio financeiro propiciado pela renúncia fiscal dos gastos com saúde a par do ressarcimento de custos entre os dois sistemas, encontra-se ilustrada no diagrama 33.

Diagrama 33: a consolidação do sistema público-privado de saúde no Brasil

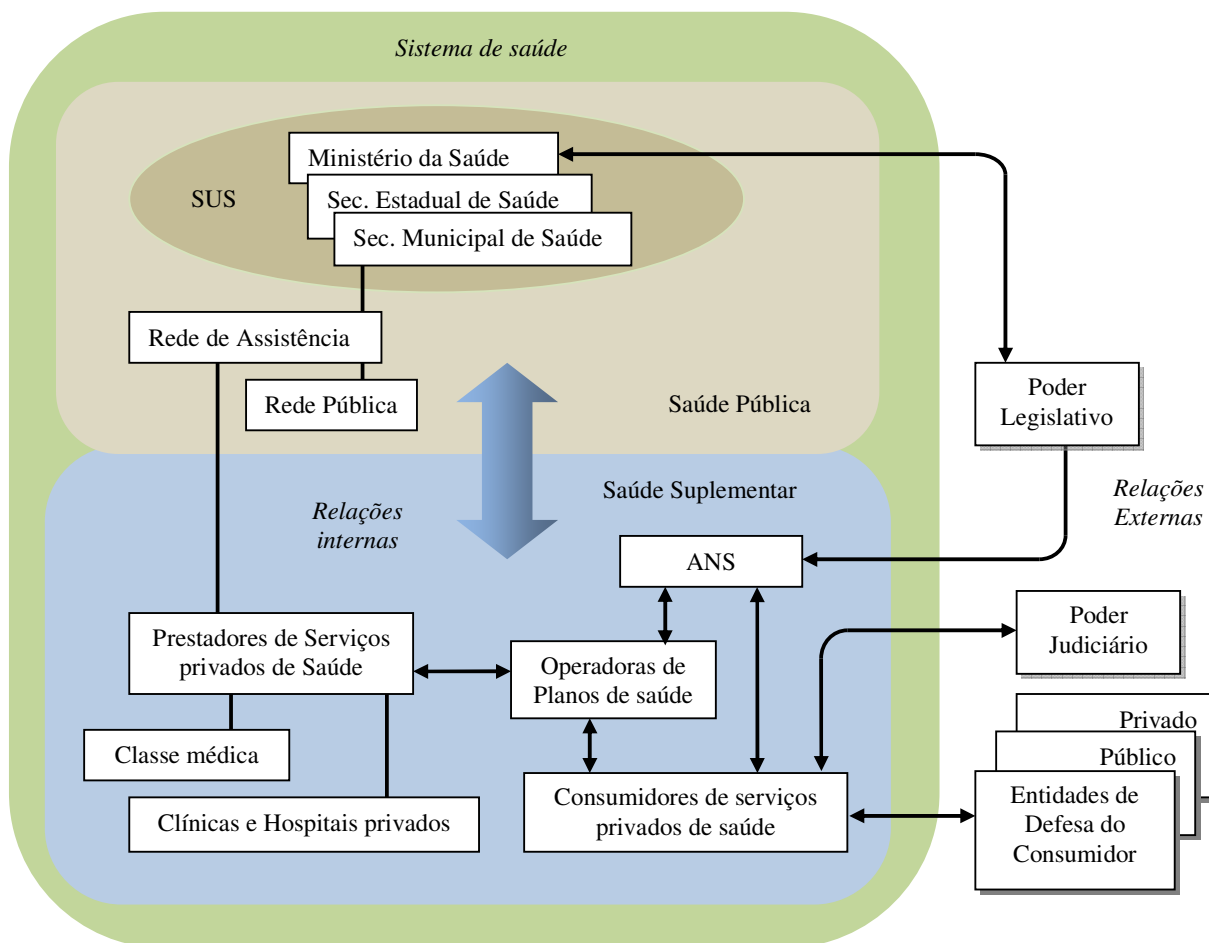


5 MAPEAMENTO DAS RELAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

5.1 A identificação e análise dos atores relevantes do setor

Neste capítulo, apresentamos uma visão de contexto do sistema de saúde brasileiro e os principais atores que integram a estrutura de ambos os sistemas, público e privado, de saúde. A análise não encampou o componente da indústria de medicamentos e equipamentos, centrando na dimensão dos serviços. Quanto à saúde suplementar, estudamos as relações internas e externas do setor e as conseqüências, intencionais ou não, que contribuíram para moldar a sua configuração ao longo do tempo, que mesclaram uma gama diversificada de interesses por meio de interações recíprocas, conforme o modelo de análise da seção 2.3, formando um sistema de saúde misto que desde sua gênese buscou alcançar a universalização do acesso à saúde pela integração dos recursos dos agentes produtivos em torno do Estado, como descrito no capítulo 4.1. As interações entre os atores do sistema de saúde estão ilustradas no diagrama 34.

Diagrama 34: O modelo misto de saúde do Brasil



5.1.1 Os atores de natureza pública

Dentre os atores relevantes para o sistema de saúde sobressaem algumas instituições do Estado, que por meio de ações do Governo federal fomentou em diferentes ocasiões a expansão do setor privado prestador de serviços de saúde, quer seja na contratação das emergentes organizações médicas ou pelas extensas linhas de financiamento subsidiados voltados ao seu fortalecimento estrutural. A partir dos anos 1920, pela Lei Eloy Chaves e o Decreto nº 5.109, quando a administração pública contratou serviços terceirizados de profissionais médicos; com o Plano de Ação para a Previdência Social e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, até a reforma do aparelho administrativo do Estado de 1998, que redefiniu o papel regulador do Estado como garantidor de direitos sociais e promotor da competitividade, na visão de que o espaço público é mais amplo do que o estatal.

A partir de então, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS toma vulto um relevante ator com forte atuação no equilíbrio do sistema misto de saúde brasileiro, tanto pela abrangência da sua ação assistencial e volume de recursos alocados como na diretriz política de garantia do acesso a serviços de saúde aos segmentos sociais de baixa renda. Ao completar duas décadas de existência, o SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema de saúde que acarretou transformações acentuadas nos padrões de vida da população. O quadro 8 apresenta um perfil da estrutura deste ator.

Quadro 8: o perfil da estrutura do SUS

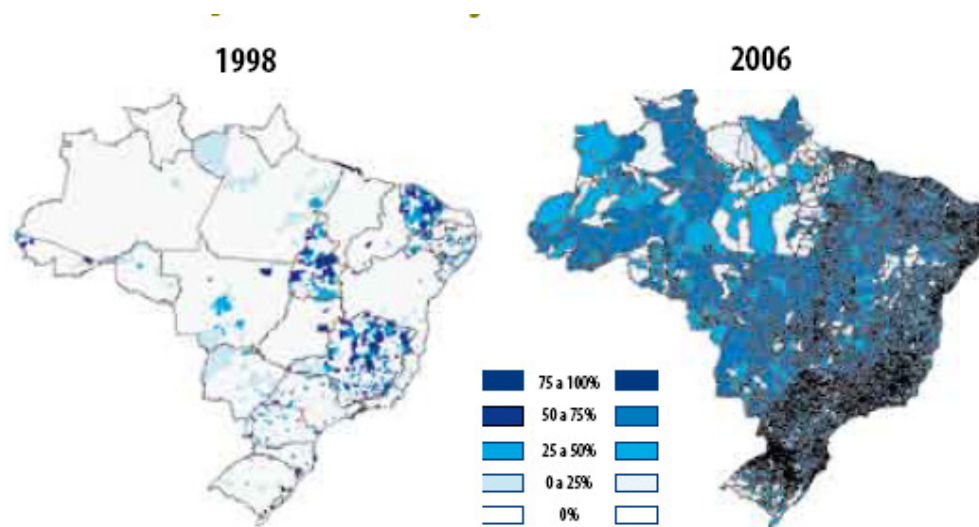
	1992	1997	2007
Capacidade hospitalar contratada			
Hospitais próprios	4.520	6.410	
Hospitalizações pagas (nº de pacientes)	14.583.191	11.772.367	12.197.782
Leitos contratados		496.740	443.409
Nº de médicos			314.618
Serviços			
Dias de internação		75,3 milhões	70,7 milhões
Média de permanência hospitalar (dias)	6,8	6,4	5,8

Fonte: Brasil.^{96, 97, 98}

A par da atenção básica à saúde, desenvolvidas pelo Programa e Saúde da Família, a partir dos anos 1990 também foram expandidos os recursos direcionados para os procedimentos de alta e média complexidade.

A evolução do Programa de Saúde da Família encontra-se ilustrada no diagrama 35.

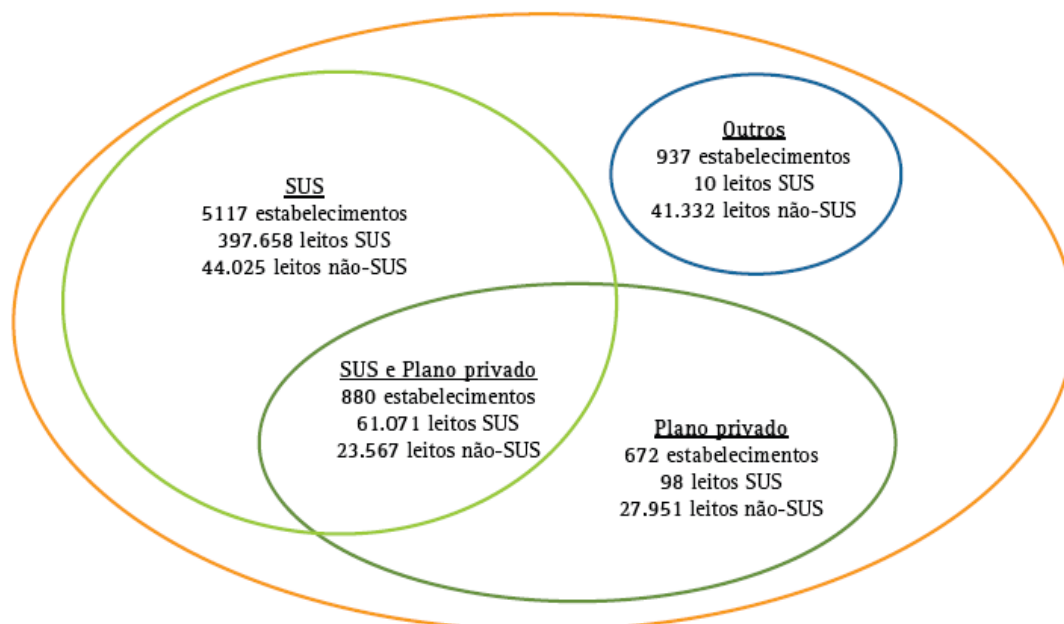
Diagrama 35: Evolução do PSF/SUS



Fonte: BRASIL⁹⁹ (p.16)

A distribuição de estabelecimentos e leitos, em março de 2009, nos dois sistemas de saúde: SUS e sistema privado encontra-se ilustrada no diagrama 36.

Diagrama 36: Diagrama de composição do número de estabelecimentos com internação por tipos de convênio e número de leitos SUS e não-SUS (Brasil – março/2009)



Fonte: BRASIL¹⁰⁰ (p. 29)

Por outro lado, Maria Alícia Ugá e Rosa Maria Marques¹⁰¹ demonstram que a participação da esfera federal no financiamento do SUS tem sido sistematicamente restringida quando comparada com a dos Estados e Municípios, conforme o quadro 9.

Quadro 9: Gasto público com saúde segundo origem dos recursos (1994-1996 e 2000-2001)

Anos	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total	% PIB
1994	29.235.166,82	60,7	10.656.990,37	22,1	8.292.283,69	17,2	48.184.440,88	3,32
1995	34.669.446,60	63,8	10.200.406,00	18,8	9.472.278,77	17,4	54.342.131,37	3,39
1996	29.651.194,12	53,7	10.224.852,73	18,5	15.316.374,72	27,8	55.192.421,58	3,17
2000	32.082.884,85	58,3	9.593.411,65	17,4	13.367.868,69	24,3	55.044.165,18	3,22
2001	32.063.399,32	56,4	12.682.855,73	22,3	12.112.839,74	21,3	56.859.094,80	3,36

Fonte: Ugá, Marques¹⁰¹ (p.217)

Alícia Ugá e Rosa Marques avaliam que o esforço dos Governos de Fernando Henrique Cardoso e Lula em expandir o superávit primário, elevando a carga tributária em uma época em que o PIB cresce vegetativamente a taxas inferiores à expansão demográfica, para atrair capitais externos especulativos atraídos pelas taxas de juros altas, que por sua vez alavancam a dívida interna pública, gera um ambiente extremamente prejudicial ao financiamento da saúde pública, que desde 2000 soma apenas 17% do orçamento da Seguridade Social e 5% da despesa total efetiva federal¹⁰¹ (I).

Desse modo, o sistema público de saúde tem perdido poder econômico não obstante o forte aumento na receita tributária. No caso, as fontes de receita da saúde advém da arrecadação de diversas modalidades de contribuições sociais: sobre o faturamento das empresas–COFINS, sobre o lucro líquido–CSLL e na movimentação financeira, CPMF, enquanto vigeu. A distribuição das fontes de receita encontra-se no quadro 10.

A constatação do financiamento da previdência social com os recursos da saúde está no quadro 11, pois as fontes constitucionais desta, CSLL, COFINS e CPMF, elevaram-se na razão direta dos gastos com benefícios previdenciários, que não deixaram de crescer.

Ou seja, a redução dos gastos com a saúde em contraponto à elevação da receita fiscal é visível no período entre 1999 e 2002, posto que a despesa decresceu de R\$ 30,0 bilhões para R\$ 28,6 bilhões, enquanto a arrecadação salta de R\$161,4 bilhões para R\$ 183,5 bilhões.

Quadro 10: a distribuição dos Cofins, CSLL e CPMF (%)

Fontes	Saúde	Previdência	Áreas afins	Outras áreas	Retido no Tesouro Nacional (DRU)*	Total
Cofins						
1996	33,08	14,04		29,10	23,8	100,0
1997	27,56	44,40		18,72	9,31	100,0
2000	20,47	23,74		35,24	20,54	100,0
2001	20,75	29,47		25,86	23,90	100,0
CSLL						
1996	41,71	0,00		20,37	37,92	100,0
1997	48,90	6,76		1,03	43,31	100,0
2000	28,41	22,84		28,34	20,40	100,0
2001	18,01	3,49		53,39	26,12	100,0
CPMF						
2000	47,82	33,82		-	18,36	100,0
2001	50,50	25,89		-	23,62	100,0
Fundo Combate à Pobreza						
2001	4,12	2,44	3,83	-	89,61	100,0

(*) Desvinculação dos Recursos da União-DRU

Fonte: Ugá, Marques ¹⁰¹ (p.214)

Quadro 11: Receita e Despesa com Seguridade Social (R\$bi) – Dez/2002

	1999	2000	2001	2002
RECEITA				
Receita Previdenciária Líquida	81,6	81,4	82,7	82,8
COFINS	51,2	56,4	61,8	59,5
CSLL	11,2	12,7	12	14,5
Concursos de Prognósticos	1,6	0,7	0,7	1,2
Receita Própria - MS	1	0,8	1,3	1
Outras Contribuições Sociais	1	1,5	0	0,4
CPMF	13,2	21	22,7	23,6
Total das Receitas	161,4	176,3	182	183,5
DESPESA				
Pagamento de Benefícios Previdenciários Urbanos	79,3	78,7	78,6	80,8
Pag.Befic.Rurais	18	15,2	18,9	19,9
Benefic. Assistenciais	2,6	5,1	5,7	5,9
EPU	0	1	0,9	1,9
Saúde	30	29,9	27,9	28,6
Assist. Social Geral	1,6	1,5	2,5	0,6
Custeio e Pessoal MPAS	2,9	6	4,6	2,8
Ações combate Pobreza	0	0	0,3	2,7
Outras ações Seguridade	0	0	0	2,7
Total das Despesas	134,4	137,4	139,5	146,3
Seguridade Social	1999	2000	2001	2002
Total das Receitas	161,4	176,3	182	183,5
Total das Despesas	134,4	137,4	139,5	146,3

Fonte: Ugá, Marques ¹⁰¹ (p.215)

Ou seja, uma causa nobre, que é a saúde, valorizada e fortemente protegida em todos os países da OCDE, no Brasil serve de pano de fundo para o alcance de metas fiscais e a cobertura de outros tipos de despesa cujos beneficiários detém muito maior poder de contestação política, como é o caso da Previdência Social, voltada ao pagamento de aposentadorias e pensões ¹⁰¹.

Outro ator público relevante é a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, instituída em 2000 para regular o setor com os recursos de poder auferidos pela legislação, com uma estrutura de fiscalização com abrangência nacional e um modelo de gestão por contrato e independência financeira; um sistema de mandato dos diretores e a prerrogativa para captar recursos pela taxação de licenças de funcionamento das operadoras de planos de saúde.

A agência tem por missão “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País” ¹⁰²(p.5).

A ANS tem atuado segundo um modelo de *checks and balances* (II), procurando garantir um equilíbrio entre os interesses dos demais atores, inclusive o próprio Ministério da Saúde, ao qual é vinculada. A força da Agência se dá pelo poder legal que dispõe para impor resoluções voltadas à garantia da solvência financeira do mercado em períodos recessivos; a padronização dos produtos comercializados, prevenindo exclusões de renda, idade ou outro tipo de impedimento, podendo intervir diretamente na própria gestão das empresas, tanto em caráter técnico preventivo como em regime de liquidação extrajudicial.

A agência disciplina, também, a comunicação entre os sistemas da saúde suplementar e o da saúde pública, regulado pelo SUS, evitando que este último absorva, intencionalmente ou não, os custos das operadoras de planos de saúde nos tratamentos dispendiosos. Tendo o valor da saúde como um direito fundamental factível de coexistência equilibrada com o ambiente de liberdade de mercado, os interesses da ANS se materializam na articulação com representantes de diversas áreas do setor, nas reuniões das Câmaras de Saúde, e na própria ação fiscalizatória junto às operadoras de

planos de saúde, visando uma situação na qual auferam da lucratividade sem descurar dos direitos dos usuários do sistema.

A agência orientou sua estratégia organizacional segundo três eixos: a *Sustentabilidade do Mercado*; a *Articulação Institucional* e a *Qualificação da Saúde Suplementar*. Estas linhas referem-se à reorientação do modelo técnico-assistencial, por meio das seguintes ações:

- Sustentabilidade do Mercado: vincula-se aos processos de fiscalização pró-ativa e de monitoramento dos processos assistenciais e de risco do setor.
- Articulação Institucional: refere-se ao relacionamento entre gestores do SUS; a interação entre os atores do setor e a reestruturação do programa *Parceiros da Cidadania*, para fortalecer os canais de proteção aos direitos dos beneficiários;
- Qualificação da Saúde Suplementar: visa a promoção da saúde associada à prevenção de doenças; a redução da assimetria de informações e a intermediação de conflitos entre operadoras e beneficiários com vistas à reparação voluntária e eficaz;

O quadro 12 mostra a evolução das sanções de natureza pecuniária aplicadas pela ANS às operadoras de planos de saúde¹⁰².

Quadro 12: evolução da arrecadação de multas pela ANS

Código Recolhimento		2005	2006	2007	2008
10106	ANS-QUIT.DEB.DIV.ATIVA SUS	27.732,19	564.427,62	32.715,19	100.612,00
10108	ANS DEP HONOR SUCUMBENCIAIS	44.150,40	19.771,88	315.243,36	5.758,08
10301	ANS-MULTA PECUN.FISCALIZ.LEI 9656	290.849,60	610.844,10	1.136.895,50	4.117.172,63
10500	ANS-TX.SUPL.PLAN.SAUDE TSS/TPS	51.870.615,56	50.759.623,03	54.982.532,07	58.203.485,35
10510	ANS-TX.SAUDE SUPL.REG.PROD TSS/TRP	7.985.000,00	3.167.500,00	1.772.000,00	1.511.143,00
10511	ANS TX SAUDE SUPL ALT DADOS PROD TSS/TAP	489.625,00	848.100,00	771.400,00	706.000,00
10520	ANS TX SAUDE SUPL REG OPER TSS/TRO	1.274.000,00	280.000,00	92.000,00	105.000,00
10521	ANS TX SAUDE SUPL ALT DADOS OPER TSS/TRC	297.500,00	370.500,00	389.500,00	426.972,56
10530	ANS TX SAUDE SUPL PED REAJ TSS/TRC	445.000,00	458.000,00	511.500,00	556.000,00
10580	ANS TX.SAUDE SUPL PARCELAMENTO		2.476.010,07	17.564,45	45.935,01
10582	ANS MULTA PECUNIARIA-PARCELAMENTO	200.848,63	250.924,96	356.933,35	768.791,96
10584	ANS-OUTROS PARCELAMENTOS	2.432.536,16	7.026.811,50	7.040.581,68	7.442.155,96
50580	ANS TX.SAUDE SUPL PARCELAMENTO-OP.INTRA-ORCAM			84.905,06	22.770,57
	TOTAL	65.357.857,54	66.832.313,19	67.503.750,66	74.011.795,18

Fonte: Brasil¹⁰⁰ (p. 25)

5.1.2 Os atores privados do sistema

Em contraponto, no âmbito privado, ressaltam as operadoras de planos de saúde como atores de elevada relevância na estruturação do setor, por consequência das ações políticas do segmento na captação de recursos públicos junto ao Estado na meta de universalização do sistema de saúde, assim como no próprio rompimento com o mesmo, na busca pela sua independência da máquina do Estado. O ator presta serviços de saúde diretamente ou por outras redes particulares de assistência no atendimento aos seus clientes, detendo uma estrutura organizacional sólida e presente em todo o País.

O contexto das organizações que operam o sistema de planos de saúde engloba o segmento das empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestões, seguradoras e entidades filantrópicas, as quais apresentam com estruturas de representação similares entre si, na forma de confederações nacionais, superintendências regionais ou escritórios locais, com atuação nos níveis federal, estadual e municipal. As entidades representativas do segmento são a ABRAMGE, CONAMGE, OCB, CIEFAS, FENASEG e CMB (III).

Da mesma forma, outro ator relevante neste contexto consiste na classe médica, que ante a inexorabilidade do fortalecimento das empresas de medicina de grupo, várias oriundas da área financeira, que restringiram a atividade liberal dos médicos, se organizaram criando outra modalidade de operadora de planos de saúde, instituindo as UNIMED, competindo em igualdade de condições no mercado, aperfeiçoando recursos pelo aprimoramento da estrutura normativa e de representação, ou seja, das normas de conduta e da contratação do trabalho médico além do Conselho Federal de Medicina- CFM e da Associação Médica Brasileira- AMB.

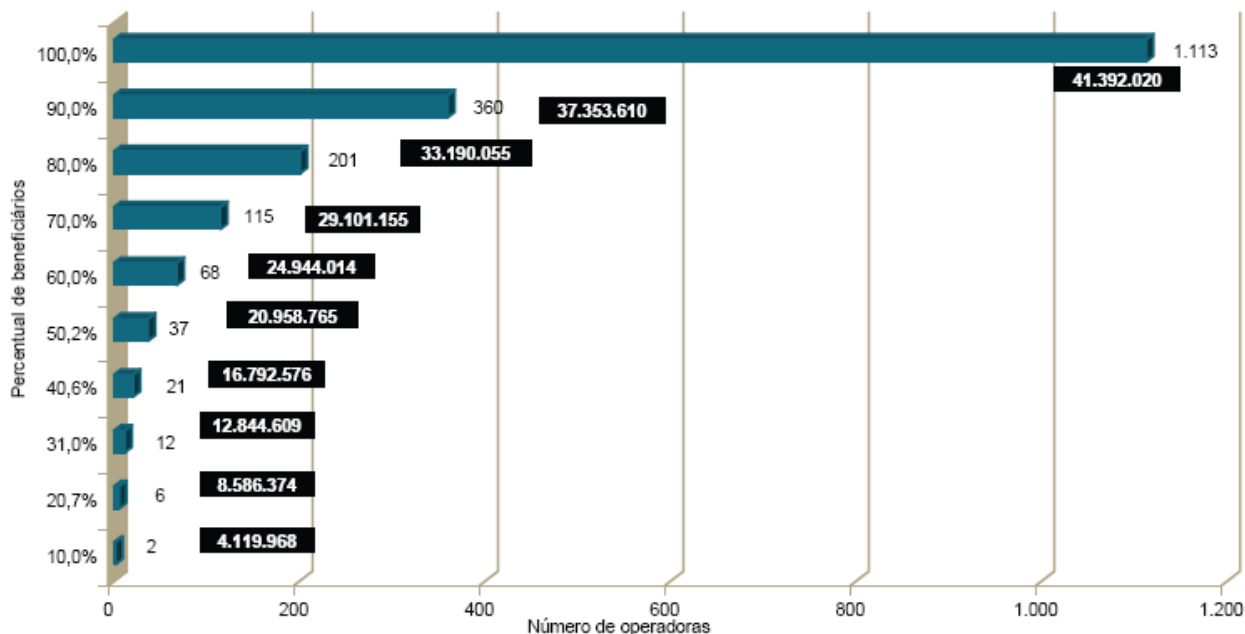
5.1.2.1 As medicinas de grupo

O modelo adotado por este segmento é similar às *Health Maintenance Organizations- HMO*, dos EUA, composto por serviços próprios, credenciados ou ambos, tendo surgido, no Brasil, nos anos 1960, na região do ABC paulista, quando, à época, o governo incentivava a modalidade de convênios-empresa pelos altos preços da medicina liberal. O segmento expandiu por quase todas as cidades com mais de 40 mil habitantes, sendo que 70% das operadoras filiadas são de pequeno porte, com menos de 100 mil

beneficiários, atendem a 17 milhões de usuários, 34% do conjunto de 41 milhões de clientes do sistema de saúde suplementar, tendo injetado mais de R\$ 16,9 bilhões no setor em 2008 (III).

O diagrama 37 ilustra a distribuição dos beneficiários por operadoras de planos de saúde.

Diagrama 37: Curva ABC da distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica entre as operadoras (Brasil - março/2009)



Fonte: Brasil¹⁰⁰(p. 80)

2. Curva A: 201 operadoras (18,1% do total) detêm 80,0% dos beneficiários.

Curva B: 360 operadoras (32,3% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.

Curva C: 1.113 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

Institucionalmente, as medicinas de grupo são representadas pelo sistema formado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo –ABRAMGE; o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo –SINAMGE; e o Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo –CONAMGE.

A ABRAMGE, fundada em 08.08.1966, representa cerca de 270 operadoras, tem por meta estimular o crescimento do setor pelo entrosamento entre as organizações, ampliando a abrangência do atendimento em escala nacional, além de divulgar novas tecnologias estimulando parcerias com a classe médica, prestadores de serviço e fornecedores. O SINAMGE, fundado em 1987, representa a categoria econômica do segmento na posição de patronal, atuando nas negociações coletivas de trabalho com os

respectivos sindicatos de profissionais de saúde, enquanto o CONAMGE, criado em 1990, atua em uma alçada regulamentadora e fiscalizadora das empresas de medicina de grupo, acompanhando a conduta dos associados, com código de ética próprio, instituído junto aos seus estatutos com vistas à proteção mútua de beneficiários e empresas associadas.

O quadro 13 apresenta algumas dimensões quantitativas deste segmento.

Quadro 13: perfil da estrutura da Medicina de Grupo

	2001	2009
Operadoras associadas	300	270
Volume de clientes	18 milhões	17 milhões
Recursos Humanos		
Médicos Credenciados		79.000
Funcionários paramédicos e administrativos	64.500	
Profissionais de serviços auxiliares de terceiros	160.000	
Recursos Físicos		
Hospitais próprios	250	260
Hospitais credenciados	3.800	
Leitos próprios	23.500	25.000
Leitos credenciados	350.000	290.000
Atendimentos		
Consultas médicas por ano		99,9 milhões
Internações hospitalares/ano		3,36 milhões
Partos por cesariana	243.000	
Partos normais	151.000	
Serviços – em milhões		
Exames laboratoriais	82,65	
Exames radiológicos	13,6	
Exames por ultra-som	5,4	
Exames por eletroencefalografia	1,12	
Exames por eletrocardiograma	3,97	
Fisioterapia	13,33	
Quimioterapia	150 unidades	
Radioterapia	1 unidade	

Fonte: com base em ABRAMGE ¹⁰³

5.1.2.2 As Cooperativas de Trabalho Médico

As cooperativas são definidas como associações de pessoas que voluntariamente se unem para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade comum e democraticamente gerida. A origem do cooperativismo remonta, no plano internacional, ao ano de 1760, tendo exercido, desde então, uma forte influência de cunho doutrinário caracterizada como um implante socialista no sistema capitalista, configurando um novo modelo de produção.

Segundo Rabelais¹⁰⁴, existem dois tipos de cooperativas: uma diz respeito a grupos de pessoas desejosas de estabelecer modos alternativos de vida em comunidade, vivenciando experiências comunitárias coletivas, as quais, via de regra, dependem de contribuições filantrópicas para sua subsistência. O outro tipo consiste de cooperativas de trabalhadores qualificados que surgiram no confronto às empresas capitalistas, como uma reação dos trabalhadores aos efeitos nocivos do capitalismo industrial.

No Brasil, o cooperativismo foi regulado pela Lei nº 5.764, de 16.12.1971, que estabeleceu a política nacional do cooperativismo, dispondo sobre o seu regime jurídico e o sistema de representação. Coube, à Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB, sociedade civil sem fins lucrativos, a representação das cooperativas no âmbito nacional, atuando, inclusive, como órgão técnico-consultivo do Governo Federal (V).

No contexto da saúde suplementar, as cooperativas de trabalho médico são classificadas como sociedades constituídas para prestar serviços a seus associados, visando o interesse comum e sem o objetivo de lucro, formadas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos seus pacientes em seus próprios consultórios, assim como em hospitais, laboratórios ou clínicas das próprias cooperativas ou credenciadas.

A Cooperativa UNIMED¹⁰⁴, fundada em 1967 na cidade de Santos, em São Paulo, pela mobilização de dirigentes do sindicato da categoria médica contra o controle do trabalho médico por terceiros. Com o tempo, formaram unidades de serviços complementares à atividade fim da cooperativa médica, tornando complexa a sua estrutura organizacional, viabilizando algumas funções não previstas na legislação pertinente às cooperativas. Atualmente o grupo UNIMED detém 34% do mercado da saúde suplementar.

A ideal que motivou a criação do complexo UNIMED pode ser medido pela declaração de seus fundadores:

“Em 1967, em Santos, nós criamos a primeira Unimed, a primeira Cooperativa, pois nós não queríamos a mercantilização, nós queríamos a ética, o respeito aos usuários. E, definimos o atendimento em consultório, a livre escolha, a personalização do ato médico, socializando meios e mantendo as características liberais”. Castilho, Presidente da Confederação Nacional das Unimeds, do Sindicato dos médicos e fundador da primeira cooperativa ¹⁰⁴(p.371).

O complexo Unimed agrega vários sistemas em dois grupos:

O Sistema Multicooperativo:

1. O Sistema Unimed - cooperativas de trabalho médico;
2. O Sistema Unicred – cooperativas de economia e crédito mútuo; e
3. As Cooperativas Usimed – cooperativas de consumo.

O Sistema Empresarial:

Integra instituições não cooperativistas, formadas por empresas de capital, com o objetivo de lucro, além de uma fundação sem fins lucrativos.

1. Unimed Participações;
2. Unimed Seguradora;
3. Unimed Corretora de Seguros;
4. Unimed Administradora e serviços;
5. A Fundação Centro de Estudos Unimed;
6. A Unimed Sistemas;
7. Unimed Produtos e Serviços Hospitalares; e
8. A Unitel - Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda.

A complexidade do sistema transparece nas categorias e instâncias deliberativas existentes: Cooperativas de 1º grau – com atuação no âmbito municipal; Cooperativas de 2º grau ou Federação - com atuação estadual ou regional e a Cooperativa de 3º grau – consistindo na Confederação de âmbito nacional.

Os médicos se filiam às cooperativas de primeiro grau, vinculadas às federações, que por sua vez, ligam-se à Confederação. Embora duas cooperativas não possam apresentar coincidência de área de ação, isto é permitido parcialmente, às federações. As cooperativas de segundo e terceiro grau podem negociar contratos com empresas de âmbito regional ou nacional, o que é restrito às de primeiro grau, limitadas à esfera local, registra Rabelai¹⁰⁴.

Os recursos recebidos pelos médicos são definidos como reembolso de despesas ou como participação nos resultados da cooperativa. Cada cooperativa estimula a abertura de novas oportunidades de trabalho para a classe.

O quadro 14 apresenta algumas dimensões quantitativas das cooperativas médicas.

Quadro 14: perfil das Cooperativas Médicas UNIMED

	1997	2009
Cooperativas associadas	360	377
Volume de clientes - empresas		73.000
Volume de clientes particulares	11 milhões	15 milhões
Recursos Humanos		
Médicos cooperados	87.621	106.000
Empregados CLT	16.500	
Empregados indiretos	260.000	
Recursos Físicos		
Hospitais próprios	40	
Hospitais credenciados	3.125	3.244
Leitos próprios	2.185	
Leitos credenciados	283.000	
Serviços		
Consultas médicas por ano	50 milhões	
Internações hospitalares por ano	968 mil	
Exames complementares	6,4 milhões	
Rentabilidade		
Faturamento anual	3.500 US\$ milhões	
Faturamento anual por beneficiário	328 US\$	
Custo anual por beneficiário	232,57 US\$	
Valor adicionado (VI)	966 US\$ milhões	

Fonte: com base em Rabelai¹⁰⁴ e UNIMED Brasil¹⁰⁵

5.1.2.3 As Autogestões

A autogestão em assistência à saúde consiste no sistema pelo qual a própria empresa institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa ou plano de saúde dos seus funcionários, reduzindo os gastos decorrentes da intermediação das empresas operadoras de planos privados de saúde existentes no mercado. Em 1999, o sistema englobava cerca de 300 organizações em todo o país, beneficiando 11,7 milhões de pessoas.

Este modelo de gestão remonta a 1974, época em que Governo Federal estimulou as relações entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS e as empresas, tendo o Instituto investido em uma política de convênios, sobretudo com as indústrias e o grande comércio, tendo por modelo a experiência da Volkswagen e da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI, que vigorava desde 1944.

O desenvolvimento deste segmento também está relacionado com a instalação das grandes multinacionais no país, como foi o caso das montadoras nos anos 1950, caso da

Ford, que montou um sistema de saúde diferenciado para seus empregados, à semelhança da matriz americana, circunstância que favoreceu o desenvolvimento do segmento das operadoras de medicina de grupo, conforme CIEFAS¹⁰⁵.

As diretrizes políticas de saúde das empresas sempre foram determinadas pelo porte, as qualificações dos empregados, a organização sindical e a localização geográfica, fatores que fazem destacar certas empresas e setores da indústria, como é o caso da Petrobrás, que em 1976, operando com lucro, adicionou o serviço de saúde próprio para seus funcionários à sua política salarial. Em 1990, a empresa gastava US\$ 280 *per capita* / ano com saúde de empregados fazendo nascer o conceito de ‘salário indireto’¹⁰⁶.

O segmento possui duas entidades representativas, com abrangência nacional: O Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS e a Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas – ABRASPE. Enquanto a ABRASPE, fundada em 1980, congrega 54 empresas com predomínio no Estado de São Paulo, o CIEFAS, fundado em 1990, engloba, direta e indiretamente, um volume de 150 organizações, públicas e privadas, em sistema de autogestão e sem finalidade lucrativa, agregando um contingente de cerca de 7,2 milhões de pessoas, assistidos pelas empresas filiadas, em todo o Brasil. Com sede em São Paulo, o Comitê possui abrangência nacional exercendo influência nas empresas e entidades de classe, por meio de representações estaduais.

Em novembro de 2002, o CIEFAS e a ABRASPE, no o IV Congresso Internacional de Gestão em Saúde oficializou a sua união criando a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS¹⁰⁷, cuja estrutura organizacional representa 148 instituições que respondem pela assistência à saúde para mais de 5 milhões de pessoas.

Por meio desta estrutura, o Comitê logrou constituir um modelo homogêneo de procedimentos em todo o país, como a adoção de tabela consensual de honorários médicos, valores de diárias e taxas hospitalares, dentre outros benefícios. A entidade estabeleceu, para sua missão, “expandir, fortalecer e aperfeiçoar os programas de saúde de suas entidades filiadas; defender os interesses de suas filiadas [...] contribuir para o bom gerenciamento dos custos dos programas próprios de assistência à saúde das filiadas” visando auferir vantagens concretas, em termos de qualidade e abrangência de cobertura, na consideração de que seus custos se resumem às despesas de ordem

administrativa e operacional, não sendo consumidos gastos com propaganda e corretagem.

O quadro 15 apresenta algumas dimensões quantitativas do segmento das autogestões.

Quadro 15: Perfil das Autogestões

Especificação	1988	1999
1. Número de Beneficiários	8 milhões	11,7 milhões
2. Consultas médicas / mês	2,1 milhões	2,9 milhões
3. Exames complementares	3,8 milhões	6,4 milhões
4. Internações hospitalares	80 mil	124 mil
5. Credenciados		258 mil
6. Volume financeiro movimentado / mês	400 milhões	R\$ 640 milhões
7. Número de consultas <i>per capita</i> / ano		2,95
8. Número de internações <i>per capita</i> / ano		0,13
9. Tempo médio de internação	3,5 dias	3,81 dias

Fonte: CIEFAS¹⁰⁶ (VII)

A GEAP

Na esfera pública, um modelo de administração de planos de saúde na forma de autogestão remonta à Resolução nº 185, de 29.09.1945, do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários – IAPI, que criou a chamada "Assistência Patronal" autorizando a concessão de assistência aos funcionários do Instituto por meio de uma entidade fechada de Previdência Complementar sem fins lucrativos.

O custeio da "Assistência Patronal" coube ao INPS, com 3% da dotação orçamentária de pessoal, e ao servidor público, com 2% sobre o salário base e eventual participação direta no preço dos serviços prestados, sendo os recursos consolidados no Fundo de Assistência Patronal -FAP. Em 1989, em função do aumento do número de segurados e dos recursos envolvidos, a Assistência passou a ser administrada sob novos padrões visando melhorar a gestão dos fundos, instituindo o Grupo Executivo de Assistência Patronal – GEAP¹⁰⁸.

Tendo por missão ser o plano de saúde dos servidores e referência em previdência complementar, o GEAP agrega atualmente mais de 700 mil vidas sob sua responsabilidade e 25 mil prestadores de serviço em todo o País. Não há valores diferenciados para o idoso ou àqueles com doenças preexistentes. Atualmente, a contribuição consiste de um valor fixo, por beneficiário inscrito no plano, mais a participação pelos serviços utilizados, de acordo com uma tabela da própria instituição.

Desse modo, a finalidade não lucrativa da GEAP viabiliza a oferta dos benefícios a um custo menor que o de mercado, pois não precisa gerar capital acarretando que os resultados positivos sejam revertidos em benefícios dos próprios assistidos, como a não limitação no número de dependentes. Os produtos oferecidos possuem uma cobertura abrangente no território nacional, além de um preço compatível com o salário do servidor. A instituição está presente em 2 300 municípios brasileiros sendo que em cada capital há uma unidade gestora da Fundação, que administra as redes de serviços locais, adequadas ao perfil populacional e às necessidades de saúde e promoção da vida com qualidade.

5.1.2.4 As seguradoras de serviços de saúde

A primeira companhia seguradora no Brasil, a *Boa Fé*, foi fundada em 1808, na Bahia, à época da vinda da família real e a abertura econômica da Colônia, conforme às normas regulatórias prescritas pela Casa de Seguros de Lisboa, mantendo-se mesmo após o advento da independência, em 1822. Com a Proclamação da República, a atividade seguradora, em todas as suas modalidades foi regulamentada sendo que o Código Civil de 1916 regulou, tal como o Código Comercial em relação aos seguros marítimos, todos os demais seguros, inclusive o de vida. Em 1935, foi fundada aquela que viria a ser a maior companhia seguradora da América Latina, a Atlântica Companhia Nacional de Seguros, hoje Bradesco Seguros¹⁰⁹.

O sindicato dos corretores de seguro foi fundado em 1932 no Rio de Janeiro e, logo após, em 1939, instituído o Instituto de Resseguro do Brasil - IRB, com a atribuição de exercer o monopólio do resseguro no país. Neste passo, em 25.06.1951, foi constituída a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG, que se mantém até os dias atuais. O Decreto Lei nº 73, de 1966, instituiu o Sistema Nacional de Seguros Privados com a criação da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão oficial fiscalizador das operações de seguro.

O seguro saúde foi instituído no Brasil em 1966 (VIII), sendo definido como um seguro voltado a fornecer cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, cuja garantia consiste no pagamento, em dinheiro, efetuado pela sociedade seguradora à pessoa física

ou jurídica prestadora dos serviços. O segmento desenvolveu-se a partir de 1983, com o primeiro seguro de saúde individual com rede ampla e aberta, pela seguradora Bradesco Saúde, seguida por várias outras entidades.

O Bradesco Saúde originou-se de uma cisão da Bradesco Seguros S.A. ao seguir a estratégia de negócios especializados, em substituição ao modelo de seguradora multilinha, para melhorar o desempenho em uma nova frente.

Atualmente, a carteira desta seguradora congrega cerca de 2,5 milhões de segurados, sendo que, destes, 90% são beneficiários de planos empresariais, representando uma significativa parcela do segmento do campo da saúde suplementar. Segundo dados da FENASEG¹⁰⁹, entidade representativa das empresas do setor de seguros, as sociedades que atuam com seguros saúde totalizam 39 empresas, garantindo uma cobertura para cerca de 6 milhões de usuários, com prêmios da ordem de R\$ 5 bilhões e sinistros de R\$ 3,9 bilhões, situação em 31.12.1999.

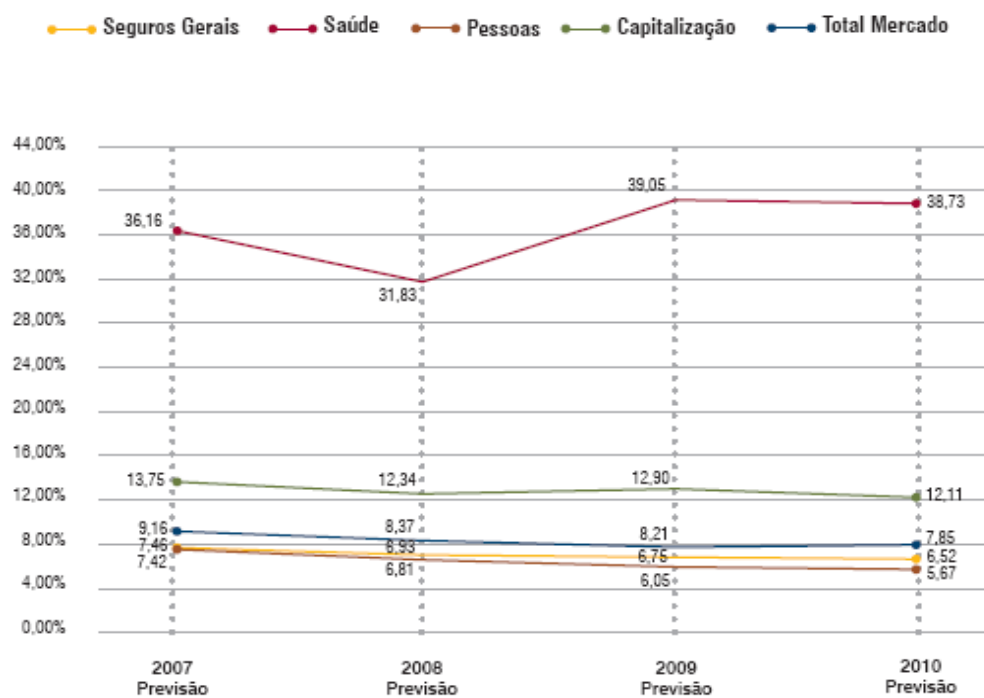
De acordo com a prescrição legal que norteia este segmento de mercado, é condição obrigatória nos contratos, a livre escolha do médico e do hospital pelo segurado, sendo vedado, às seguradoras, acumular assistência financeira com médico-hospitalar, ou seja, as seguradoras não podem prestar serviços de assistência médico-hospitalar com rede própria.

O quadro 16 ilustra a rentabilidade do seguro saúde.

Quadro 16: a rentabilidade do segmento do seguro saúde

Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE) - Medianas

SEGMENTOS	REALIZADO		PROJETADO			
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SEGUROS GERAIS	11,00%	11,26%	7,46%	6,93%	6,75%	6,52%
SAÚDE	16,51%	22,55%	36,16%	31,83%	39,05%	38,73%
PESSOAS	9,29%	8,98%	7,42%	6,81%	6,05%	5,67%
Previdência e VGBL	13,65%	22,05%	17,82%	15,74%	13,28%	11,80%
Vida (sem VGBL) + AP	2,31%	7,63%	6,56%	6,12%	5,67%	5,47%
EAPC sem Fins Lucrativos	7,40%	6,33%	4,39%	5,21%	5,68%	6,59%
CAPITALIZAÇÃO	20,66%	19,19%	13,75%	12,34%	12,90%	12,11%
TOTAL MERCADO	10,40%	11,84%	9,16%	8,37%	8,21%	7,85%



Fonte: FENASEG¹¹⁰ (p. 20)

5.1.2.5 As entidades filantrópicas

As Santas Casas de Misericórdia

Com base na Lei nº 9.656, que regulou os planos e seguros privados de assistência à saúde, cominada à Resolução ANS nº 39, Art. 10, de 27.10.2000, as entidades filantrópicas foram classificadas como operadoras de serviços à saúde suplementar, subordinando-se à ação regulatória da ANS, inclusive para fins de funcionamento, o que integrou as Santas Casas de Misericórdia no contexto da saúde suplementar.

“As instituições filantrópicas, embora não tenham declaradamente fins lucrativos, podem exercer contratos, convênios e credenciamentos com o sistema público e com o setor privado autônomo, inclusive vender planos de saúde, principalmente as instituições cujas clientela sejam abertas e universais”⁷⁰ (p.144).

As Santas Casas consolidaram-se em 1963 como uma Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas- CMB, sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, que integra e representa os interesses das diversas Federações de Misericórdias em 12 Estados, respondendo por 50% dos leitos hospitalares no País (IX).

Embora, na era Vargas e no regime militar, a centralização estatal dos serviços de saúde tivesse deslocado as filantrópicas para uma participação residual nos financiamentos públicos, a partir dos anos 1980 elas passaram a ser favorecidas com 10% dos recursos destinados à iniciativa privada, “pelo fato da rede filantrópica ter sido incorporada à estratégia de governo de universalização da saúde no Brasil”, registra Médici¹¹⁰ (p.10).

Lígia Bahia⁶⁸ (p.13) assinala que em 1994, no plano Real, a expectativa de elevação do poder aquisitivo de expressivo contingente populacional e o aumento do setor informal de trabalho estimularam que hospitais filantrópicos “comercializassem planos individuais de assistência à saúde, embora estes se restringissem a um único estabelecimento hospitalar, geralmente localizado na periferia das grandes cidades ou em municípios de médio ou pequeno porte”.

As Santas Casas visam garantir o status quo na política de saúde, auferindo benefícios fiscais, expedição de registros de filantropia e declarações de utilidade pública. Para tal,

mantém estruturas de comunicação social para os assuntos político-institucionais que tratam da imagem da entidade junto ao público, assim como o acompanhamento de assuntos que envolvam as relações com os órgãos gestores do SUS nas instâncias do poder público federal, estadual e municipal, enfatizando “a vigilância permanente sobre os valores devidos aos hospitais filantrópicos, pela prestação de serviços de saúde” (X).

As Santas Casas promoveram intensa ação contra a Lei nº 9.732, de 11.12.1998, a lei da filantropia (XI), avaliando-a como uma tentativa de aumento da arrecadação tributária pela cobrança de contribuições ao INSS às filantrópicas.

“[...] o lucro espiritual que acarreta o benefício compartilhado é superior ao faturamento, [...] a sociedade somos nós; não queremos mais governo e mais lei. Queremos ação, empresário é líder, somos os fatores de mudança.” Victor Siaulys, Presidente do Conselho da entidade filantrópica Lara Mara e da Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual.

“A lei de filantropia pode levar muitas entidades de ensino, até maio isentas de pagar INSS, artigo 210, a cancelar bolsas de estudo e mesmo fechar suas portas. [...] Com o lucro do Colégio Rio Branco, administrados pelos rotarianos, são mantidas duas entidades sem fins lucrativos, o Centro de Ensino Profissionalizante – CEPRO e uma escola para crianças com deficiência auditiva. Essas entidades funcionam como apêndice do colégio, mas para continuar exercendo suas atividades, após a lei da Filantropia, terão que ser desmembradas da escola e precisarão de nova mantenedora” Dora Maria Cunha Bueno, do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS/MPAS e voluntária de programas sociais do Rotary Clube de São Paulo (XII).

No mesmo sentido, a entidade também combateu o Decreto nº 2.536/1998 que limitou a manutenção de certificados de filantropia apenas aos hospitais que reservarem ao menos 60% de sua capacidade instalada ao SUS, além de restringir o seu direcionamento à iniciativa privada, fonte de receita externa para estes hospitais filantrópicos.

A aplicação do dispositivo legal implicou que inúmeros hospitais filantrópicos tivessem seus certificados cassados por não comprovarem que os valores não recolhidos ao fisco estariam sendo devolvidos à sociedade no âmbito da saúde. Porém, embora houvesse forte coesão interna contra o decreto, aconteceram importantes dissonâncias, como a de Antonio Ermírio de Moraes, diretor do Hospital Beneficência Portuguesa, que atende a 62% do SUS: “[...] É duro, é difícil, mas é um sacrifício que eu faço com prazer, porque estou ajudando os menos favorecidos” (XIII).

5.1.2.6 Análise do ator ‘operadoras de planos de saúde’

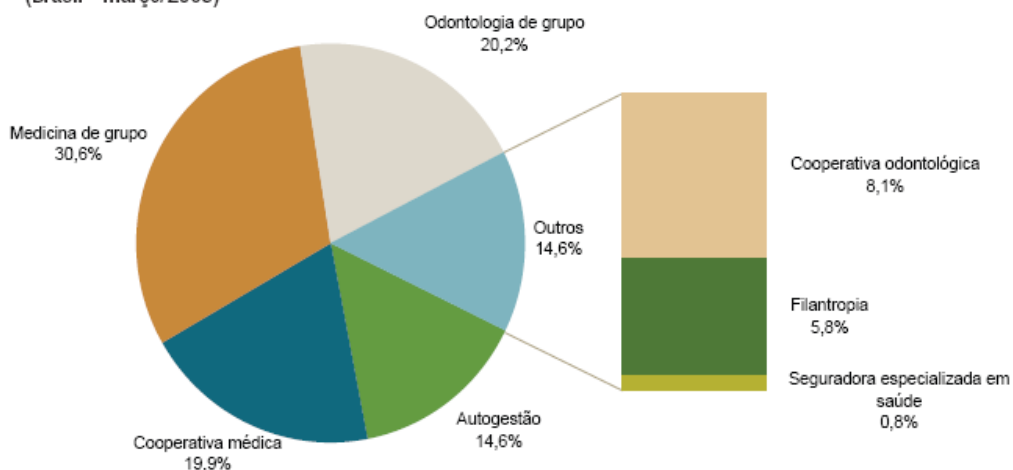
A análise do segmento das operadoras de planos de saúde sinaliza que este ator conta com uma estrutura padronizada, com federações e confederações em três níveis de subordinação ético-normativa, além de suporte jurídico para as lides com consumidores e prestadores de serviços afora as ações contra a ANS. O ator de uma maneira geral mantém áreas de comunicação social, para o trato da imagem junto ao público e colaboradores e unidades especializadas para os assuntos político-institucionais, que diligenciam o seu interesse junto ao Governo, com diferentes abordagens no enfrentamento aos projetos contrários aos seus objetivos.

“Desde 1998, quase sete milhões de usuários saíram do sistema privado [...] A maior dor de cabeça das operadoras hoje se refere às liminares judiciais. A questão é que os consumidores têm recorrido à Justiça ao arripio dos contratos jurídicos perfeitos assinados antes da Lei nº 9.656”.

[...] “esses usuários preferem pagar menos, continuando com suas restrições assistenciais. Porém, nas urgências, tal opção não é respeitada pelo associado, que, ao necessitar de uma cobertura não prevista, lança mão do Código de Defesa do Consumidor transformando seu escudo em punhal via medidas liminares” José Fernando Rossi. CAARJ¹¹². “Supostos benefícios aos consumidores se consubstanciarão em enormes e irremediáveis golpes contra a sociedade”, Frederico Barbosa. ABRAMGE¹⁰³.

O ator divide o setor de saúde suplementar basicamente entre os segmentos de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e as Autogestões além da Odontologia de Grupo. A distribuição do setor entre operadoras encontra-se ilustrada no diagrama 38.

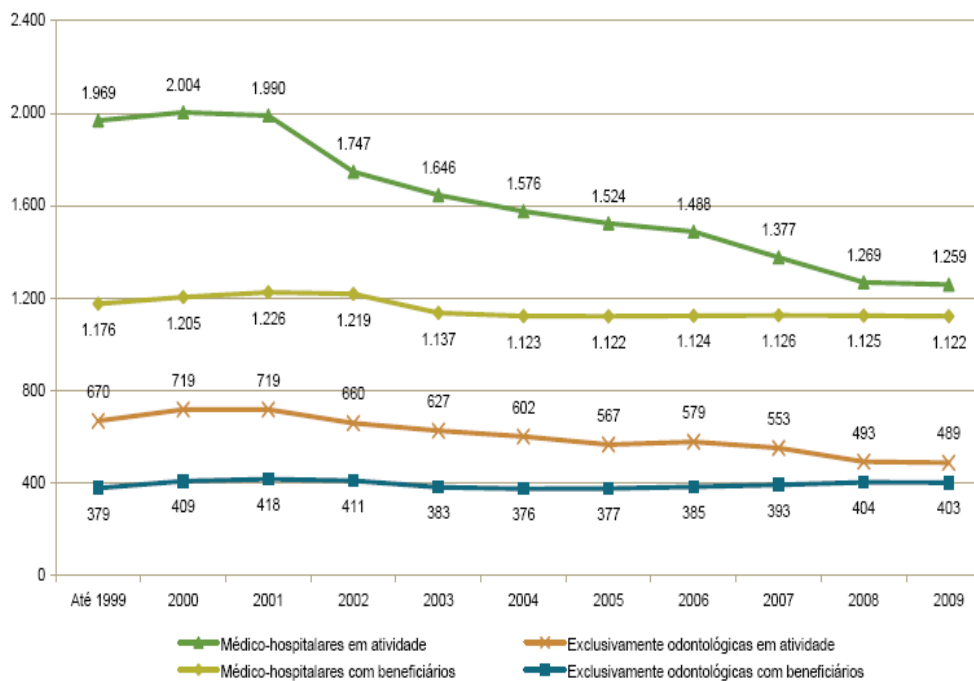
Diagrama 38: Distribuição percentual das operadoras ativas por modalidade (Brasil - março/2009)



Fonte: ANS ¹⁰⁰ (p. 92)

A evolução do segmento das operadoras com serviços médico-hospitalares com beneficiários tem sido constante, como ilustra o diagrama 39.

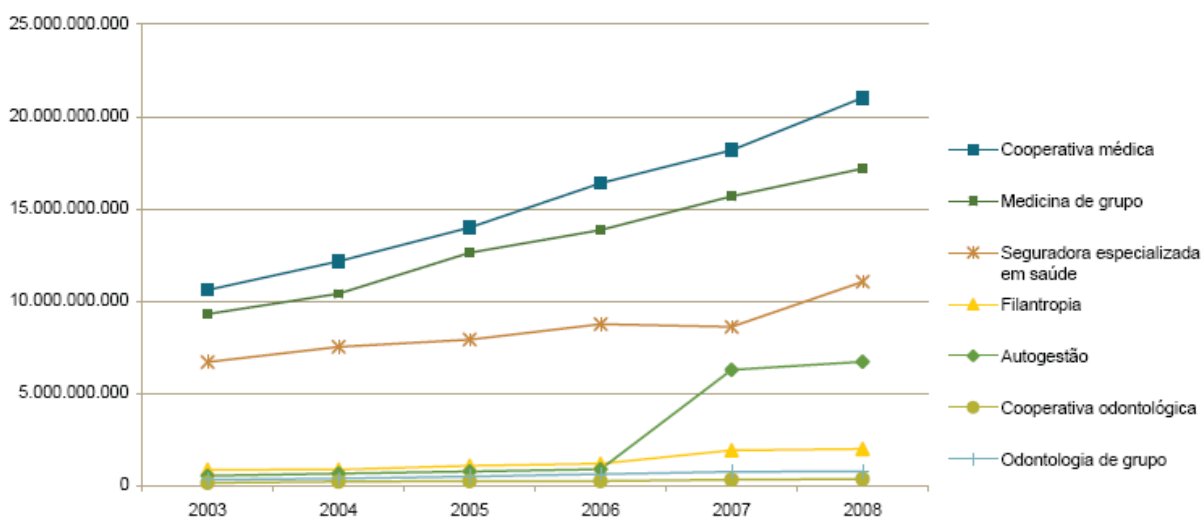
Diagrama 39: Evolução do registro de operadoras (Brasil - 1999-2009)



Fonte: BRASIL¹⁰⁰ (p. 88)

Por outro lado, a receita, com destaque para as Cooperativas Médicas, manteve um ritmo de forte crescimento, como mostra o diagrama 40.

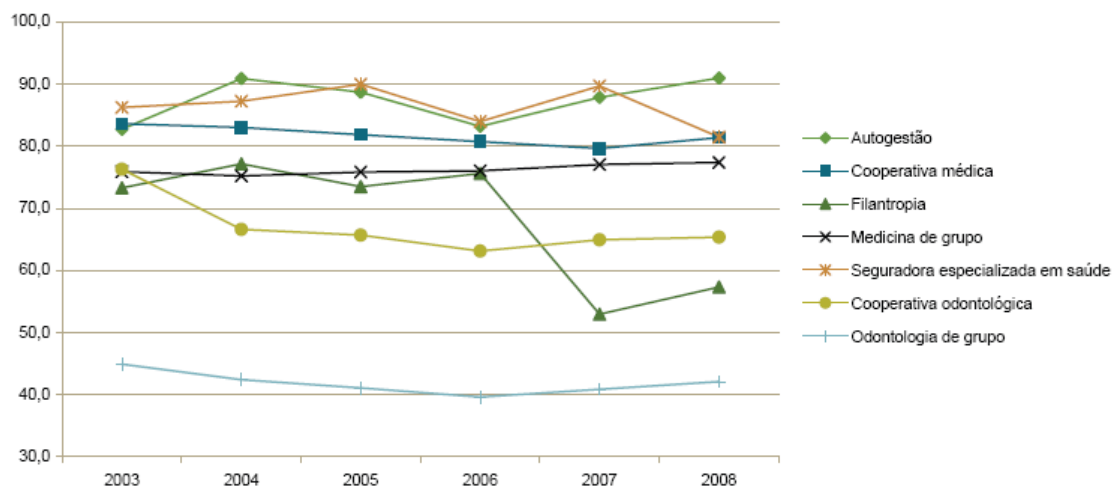
Diagrama 40: Receita de contraprestações das operadoras, por modalidade da operadora (Brasil - 2003-2008)



Fonte: BRASIL¹⁰⁰ (p. 94)

Neste aspecto, as operadoras mantiveram uma taxa de sinistralidade praticamente constante, com exceção das entidades filantrópicas, que a reduziu drasticamente, como mostra o diagrama 41.

Diagrama 41: Taxa de sinistralidade das operadoras de planos de saúde, por modalidade da operadora (Brasil - 2003-2008)



Fonte: BRASIL¹⁰⁰ (p. 97)

5.1.2.7 Os prestadores de serviços de saúde

O principal eixo de relacionamento deste ator no contexto da saúde suplementar ocorre com as operadoras de planos de saúde que tomou força, notadamente, a partir dos anos 1970, como um efeito reverso da pressão das empresas sobre a classe médica que se viu restringida nos aspectos do assalariamento e “perda do controle sobre a autonomia na fixação de honorários e na tomada de decisões”, registra Misocsky¹¹³ (p.9).

Avaliando que a legislação não oferecia mecanismos de defesa à classe médica, relegando as questões polêmicas para o moroso e dispendioso processo judicial, a estratégia de reação da classe médica se materializou segundo dois eixos: por meio da aplicação do código de ética médica contra os dirigentes das operadoras, via de regra médicos, submetendo-os a processos de conduta no ambiente restrito e hermético dos Conselhos de Medicina; e pela inserção de representantes da classe no Poder Legislativo, visando participar da formulação legal do setor da saúde e zelar por seus específicos interesses.

Com base em pesquisas em 1997 sobre honorários médicos pagos pelas operadoras, deu-se uma campanha de conscientização da classe médica quanto aos seus problemas:

“A Marítima, objetivando privilegiar o lucro no lugar da qualidade do atendimento, adotou, de forma truculenta e irresponsável, um corte nos honorários, descumprindo os contratos vigentes (XIV). [...] O Instituto Municipal de Assistência aos Funcionários Públicos de São Bernardo do Campo, que mantém plano de saúde para 27 mil usuários, diminuiu o valor pago pela consulta médica, de R\$25,00 para R\$15,00, limitando, inclusive, um limite de quatro consultas anuais para cada paciente. [...] recentemente uma conhecida empresa ofereceu aos médicos ortopedistas um pacote, no valor de R\$35,00, para atender desde um entorce ou fratura, independentemente da necessidade de raio X e colocação de gesso. [...] ganha espaço outro lucrativo filão da mercantilização da medicina: o seguro por má *praxis* e por responsabilidade civil. [...] os clínicos, que realizam a triagem dos pacientes, são pressionados pelas operadoras para não encaminhá-los aos especialistas. [...] são ingrediente do bolo amargo que pretendem empurrar garganta abaixo do médico brasileiro” CFM¹¹⁴ (XV).

A classe médica também procura seguir uma estratégia de alinhamento político com os consumidores, como na campanha veiculada em junho de 2000: “Planos de saúde. Enfiam a faca em você. E tiram o sangue do médico!” (XVI) pela qual convida a população a denunciar as operadoras de planos e seguros de saúde que estejam descumprindo a lei por negarem atendimentos ou adotarem medidas restritivas e coercitivas contra pacientes e profissionais. A posição da classe médica frente às operadoras é sintetizada no pensamento de Regina Parizi, Conselheira do CREMESP e representante de São Paulo no CFM:

“A recente onda de redução de honorários unilateralmente ou o descredenciamento, em escala, de profissionais ‘descontentes’, tornou ainda mais vulnerável uma relação que já era desigual, marcada pela preponderância do capital financeiro em detrimento dos códigos de ética dos médicos e dos direitos dos cidadãos”¹¹⁴.

Objetivando estruturar formalmente esta visão, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução CFM nº 1.642, de 02.08.2002, prescrevendo os princípios que devem nortear o relacionamento de operadoras para com os médicos e seus usuários, determinando sua observação por empresas de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, seguro-saúde, empresas de auto-gestão, além de outras que atuem sob

a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, ressaltando que:

Artigo 1º_

- a) respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- b) admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;
- c) praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, [...];
- d) vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;
- e) respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos [...];”

Com base neste dispositivo, inúmeros processos éticos foram impetrados contra médicos pertencentes aos quadros de operadoras de planos de saúde, constituindo-se, com o tempo, em uma relevante preocupação para estas.

O segundo eixo da estratégia materializou-se em 1996 quando o segmento alcançou uma expressiva bancada política na esfera Legislativa, com 250 representantes na Câmara dos Deputados, representando 42% do total (XVII), organizando-se como um relevante grupo político com interesses manifestos na isenção de impostos e aplicação da CPMF para pagamento de hospitais privados, além de forte atuação na elaboração da Lei nº 9.656.

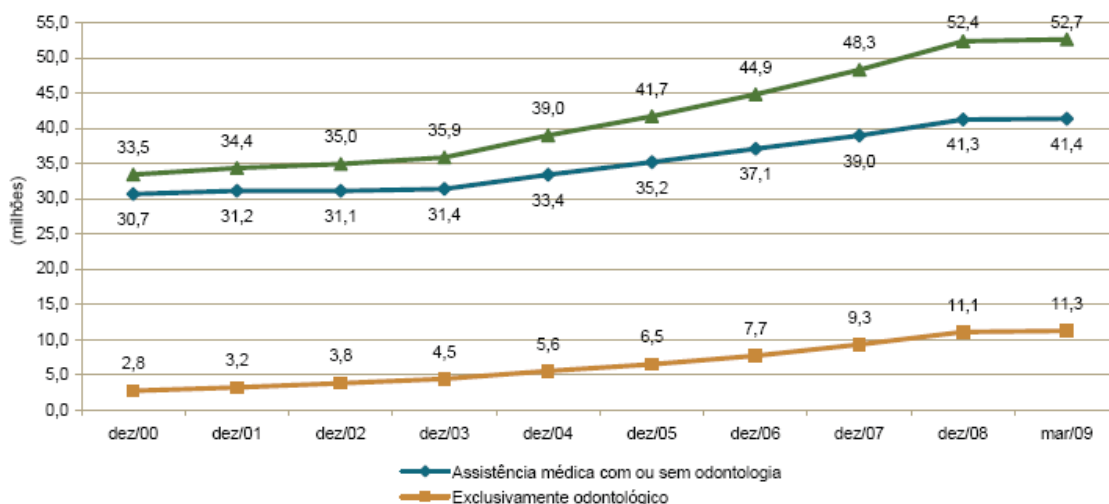
Afora o confronto com as operadoras, este ator também centrou esforços contra inúmeras resoluções da ANS, como no notório caso da tentativa de institucionalização, por meio da Medida Provisória nº 2.177-43 (XVIII), da figura do *gatekeeper* (XIX), importada do sistema de saúde norte-americano *Managed Care*, cuja função equivaleria à do médico generalista ou clínico geral, que atenderia, obrigatoriamente em uma primeira fase, os pacientes e, conforme o caso, os encaminharia para especialistas, otimizando a etapa de diagnóstico e reduzindo os custos do sistema, mas que foi interpretado pela classe médica como sendo mais um mecanismo de restrição da livre autonomia entre médico e paciente, uma tentativa de redução nas despesas das operadoras nos exames de diagnósticos e terapêuticos.

“Nunca podíamos imaginar que tantos benefícios conquistados na lei seriam reduzidos a pó, com apenas uma MP. [...] a medida provisória em vigor favorece escancaradamente as empresas de planos de saúde em detrimento dos consumidores. [...] o processo de transição dos contratos antigos para as novas normas, por exemplo, deixa a maior parte dos consumidores à mercê das empresas de planos de saúde”. [...] restará ao cliente aceitar as condições impostas pela empresa ou cair na vala comum do SUS. Se aceitar, ele sairá da frigideira para o fogo, pois o critério de livre escolha do médico e do hospital torna-se uma ficção a partir da criação da ‘rede hierarquizada’, que delega à empresa a escolha do médico-seletor – na MP consta o neologismo “triador” – um clínico geral que dirá se existe ou não necessidade de consulta a um especialista. [...] à semelhança do que é empregado nas empresas de saúde dos Estados Unidos. Aqui, os seletores receberiam cotas diárias de internação e atendimento especializado – com as conseqüências que se pode imaginar para a imagem do sistema e o estado de saúde dos segurados”. Eleudes Paiva. Presidente da Associação Médica Brasileira- AMB (XX).

5.1.2.8 Os consumidores de planos de saúde

O perfil deste ator identifica um agente cuja importância pode ser medida pelo volume de seus integrantes: 52.653.718 beneficiários (XXI), em março de 2009. Sinalizando um ritmo de crescimento constante, o ator utiliza serviços de saúde por contratos de planos individuais e coletivos e com coberturas assistenciais diversificadas.

Diagrama 42: Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2009)

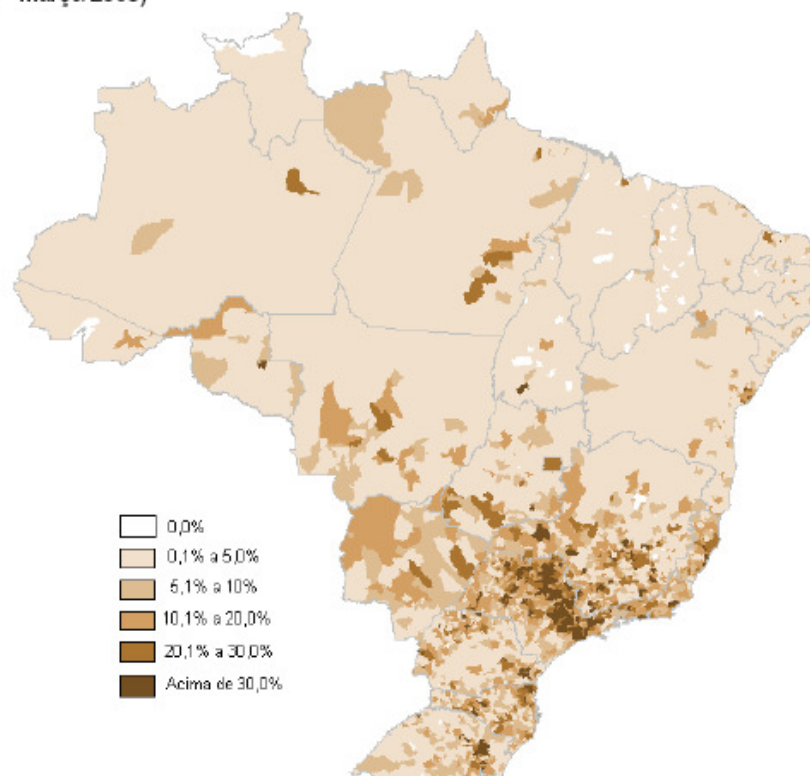


Fonte: BRASIL¹⁰⁰ (p. 43)

O setor apresenta fortes concentrações, como mostrou a distribuição no diagrama 41. Uma parcela de 80 % dos beneficiários tem contrato com apenas 201 operadoras, cerca de 20 % do total, e dentre estas, 70% situam-se na região Sudeste, basicamente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, que, por si só, movimentam 60% do mercado de saúde suplementar.

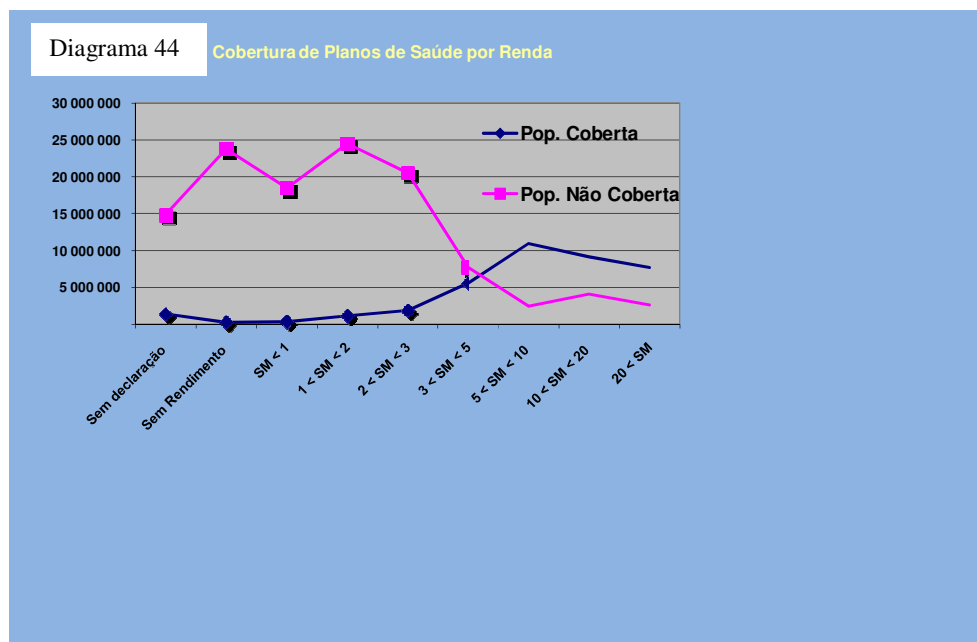
O diagrama 43 ilustra a concentração geográfica do setor.

Diagrama 43: Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por municípios (Brasil - março/2009)



Fonte: BRASIL¹⁰⁰ (p.78)

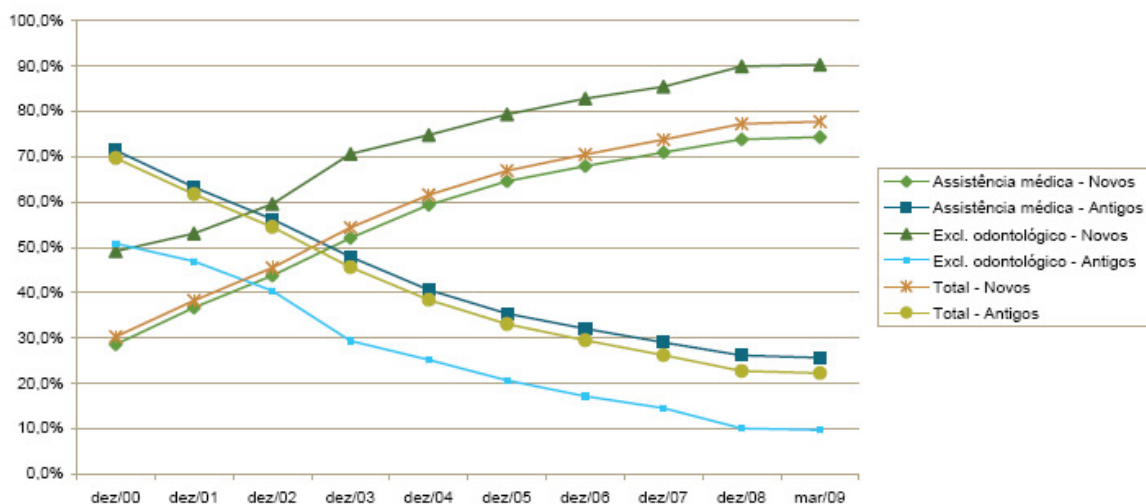
Entretanto, a cobertura dos serviços é fortemente excludente no aspecto da renda, como sinalizam os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD de 1998¹¹, ilustrado no diagrama 44.



Fonte: com base em BRASIL¹¹

O crescimento do setor decorre dos contratos firmados após a Lei 9.656, de 1998, gerando uma redução percentual no segmento dos planos antigos, como mostra o diagrama 45.

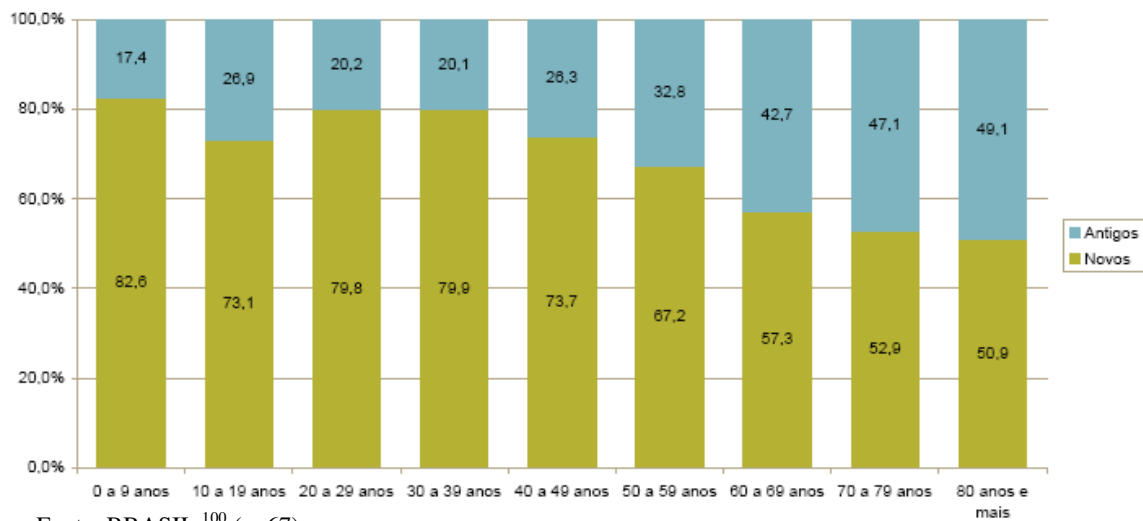
Diagrama 45 Percentual dos beneficiários de planos de saúde por época de contratação e cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2009)



Fonte: BRASIL¹⁰⁰ (p.44)

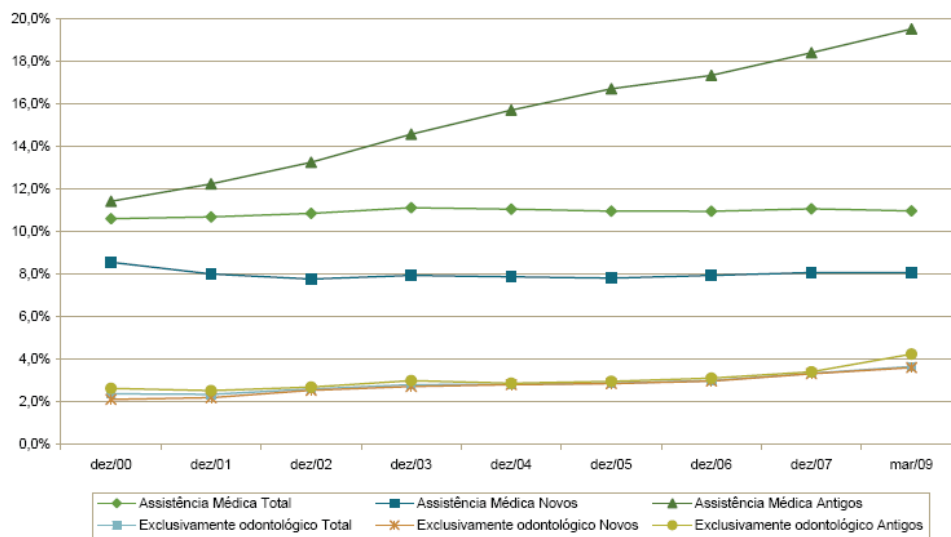
Focalizando a dimensão etária dos beneficiários percebe-se que os planos novos visam a população jovem, com idade inferior a 49 anos, enquanto os idosos mantêm-se nos contratos antigos, possivelmente por questão de preço, como mostra o diagrama 46.

Diagrama 46 Distribuição percentual dos beneficiários de planos assistência médica por época de contratação do plano e etárias (Brasil - março/2009)



Esta avaliação é confirmada pela contínua elevação percentual dos planos antigos entre os beneficiários idosos, conforme ilustra o diagrama 47.

Diagrama 47 Percentual de beneficiários idosos por cobertura assistencial e época de contratação do plano (Brasil - 2000-2009)



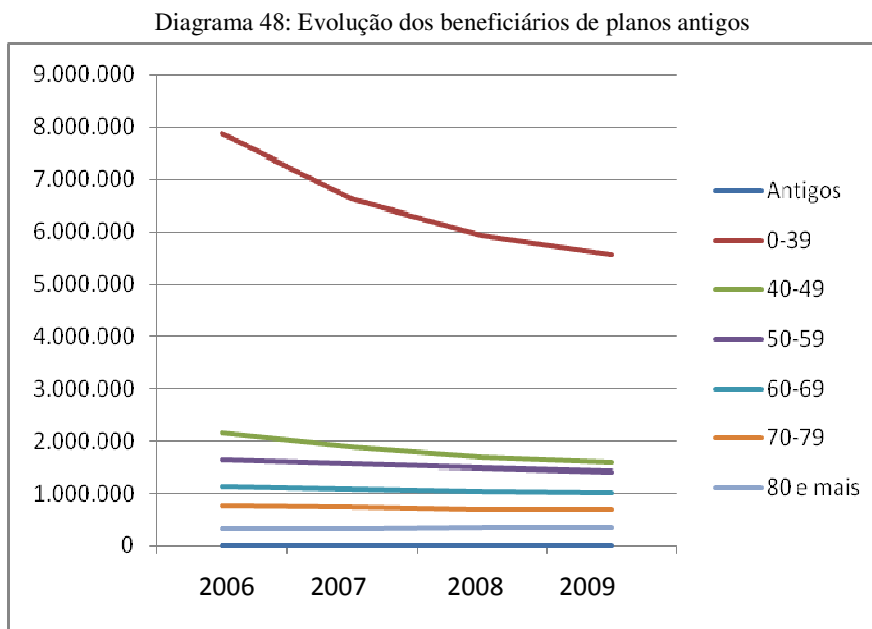
A evolução do conjunto dos beneficiários por faixa etária encontra-se no quadro 17.

Quadro 17: Progressão dos beneficiários do sistema de saúde suplementar		Quantidade de Beneficiários			
		Anterior à Lei 9.656	Posterior à Lei 9.656		Total
Ano	Faixa etária	Conjunto	Planos individuais	Planos coletivos	
2006 (mar)	0-9	1.580.788	1.222.385	2.497.951	5.301.124
	10-19	1.990.582	655.176	2.359.663	5.005.421
	20-29	2.208.226	951.644	3.658.039	6.817.909
	30-39	2.093.655	836.648	3.173.917	6.104.220
	40-49	2.152.275	681.460	2.489.021	5.322.756
	50-59	1.648.320	520.918	1.468.404	3.637.642
	60-69	1.131.744	273.855	655.335	2.060.934
	70-79	747.750	191.016	361.586	1.300.352
	80 e mais	340.640	91.926	149.921	582.487
2007 (set)	0-9	1.242.412	1.306.084	2.918.929	5.467.425
	10-19	1.686.476	716.879	2.734.251	5.137.606
	20-29	1.942.886	997.308	4.416.242	7.356.436
	30-39	1.753.665	890.057	3.900.090	6.543.812
	40-49	1.868.438	727.099	2.991.939	5.587.476
	50-59	1.565.202	601.230	1.799.472	3.965.904
	60-69	1.081.510	335.957	793.137	2.210.604
	70-79	718.851	240.096	424.091	1.383.038
	80 e mais	354.749	125.579	184.887	665.215
2008 (set)	0-9	1.043.926	1.371.757	3.214.074	5.629.757
	10-19	1.493.023	753.649	3.062.823	5.309.495
	20-29	1.796.946	1.048.657	5.243.039	8.088.642
	30-39	1.574.886	965.813	4.609.122	7.149.821
	40-49	1.677.138	767.401	3.462.033	5.906.572
	50-59	1.484.283	639.317	2.112.909	4.236.509
	60-69	1.029.523	368.860	918.527	2.316.910
	70-79	693.207	282.935	475.392	1.451.534
	80 e mais	363.484	145.791	213.343	722.618
2009 (jun)	0-9	973.801	1.482.551	3.131.584	5.587.936
	10-19	1.421.913	839.317	3.025.705	5.286.935
	20-29	1.656.061	1.182.954	5.390.346	8.209.361
	30-39	1.579.395	1.081.658	4.802.553	7.367.863
	40-49	1.579.395	866.929	3.558.596	6.004.920
	50-59	1.419.976	713.043	2.193.825	4.326.844
	60-69	1.015.129	412.731	947.305	2.375.165
	70-79	688.813	289.514	483.601	1.461.928
	80 e mais	369.735	161.638	222.344	753.717

Fonte: BRASIL^{100, 115, 5, 12}

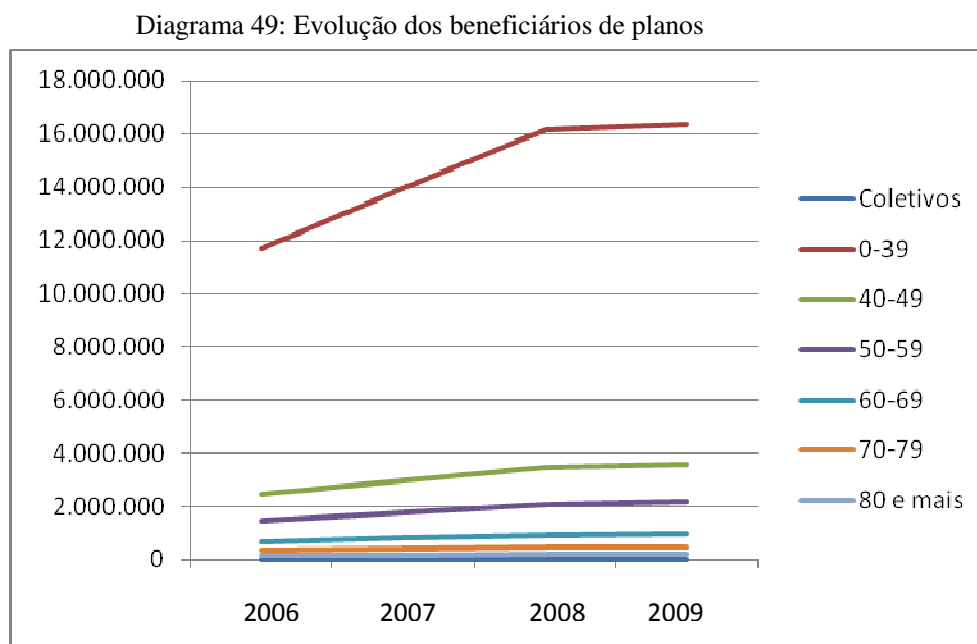
A análise dos dados dos beneficiários por faixa etária sinaliza para algumas tendências:

1. O volume de usuários dos planos anteriores à Lei 9.656, reduz-se nas faixas etárias mais jovens, mantendo-se basicamente constante nas mais avançadas, conforme diagrama 48.



Fonte: BRASIL^{100, 115, 5, 12}

2. Em contrapartida, o segmento dos planos coletivos após forte crescimento, a partir de 2008, apresentou declínio na sua evolução, conforme diagrama 49.

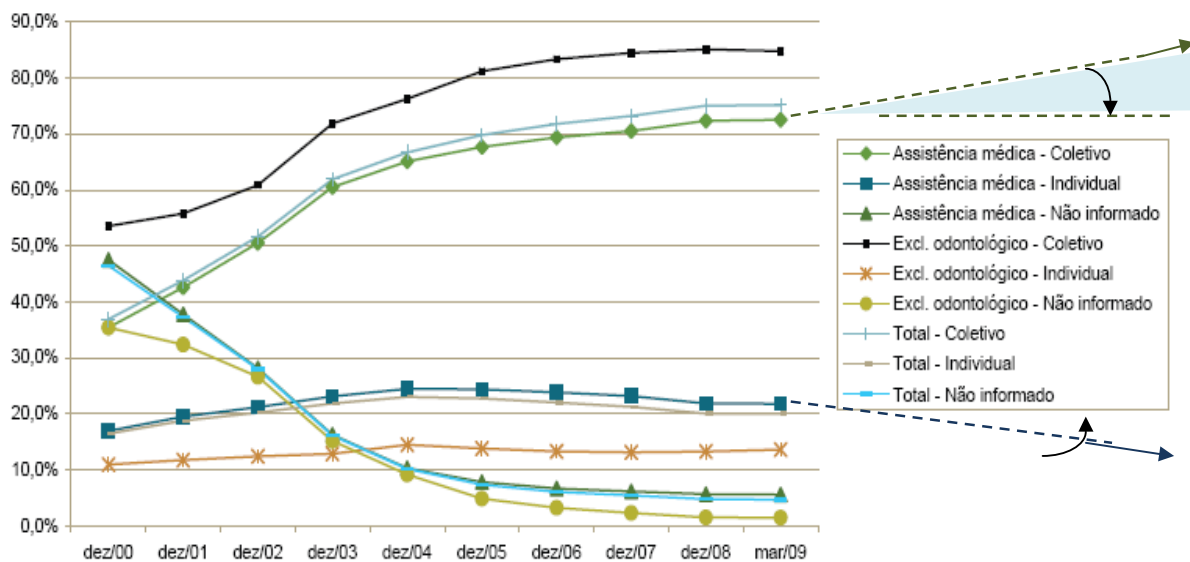


Fonte: BRASIL^{100, 115, 5, 12}

Este comportamento sinaliza para a possibilidade de ocorrência de dois fenômenos: uma recente retração da população jovem, por limitação de renda frente aos preços dos planos novos, deslocando-os na forma de dependentes de parentes idosos beneficiários nos planos antigos, contendo o declínio desta modalidade. A outra possibilidade é a redução gradativa do contingente de idosos nos planos coletivos, mas que mantém o vínculo com outro plano antigo, de menor custo, freando o crescimento dos coletivos para a faixa etária dos idosos, mas nivelando a evolução dos planos antigos.

O comportamento dos planos coletivos novos, que sofreram uma significativa redução no ritmo de crescimento, basicamente em 2008, pode ser explicado como um possível efeito da crise financeira internacional, que desmobilizou massas de trabalhadores de média e alta renda (XXII), afastando-os não apenas do mercado de trabalho como também dos planos de saúde corporativos, possivelmente deslocando-os para os planos individuais, invertendo a curva percentual até então descendente destes, como mostra o diagrama 50.

Diagrama 50: Percentual dos beneficiários de planos de saúde por tipo de contratação e cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2009)

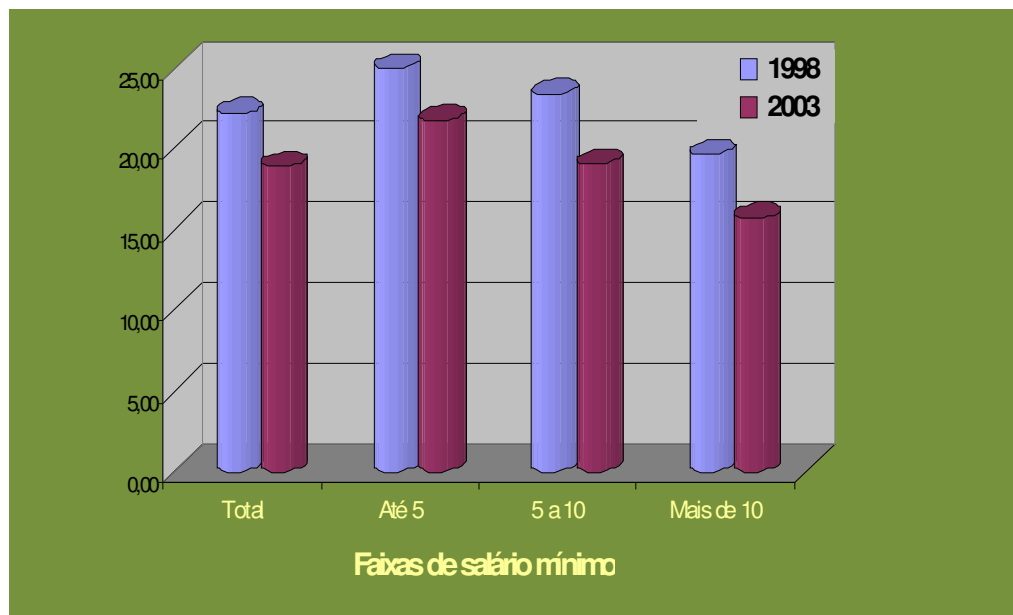


Fonte: adaptado de BRASIL¹⁰⁰ (p. 43)

No caso, a redução nos postos de trabalho dos beneficiários dos planos coletivos pode ser analisada à luz do Art. 30 da lei 9.656, cujo dispositivo prescreve que ao beneficiário que tiver contribuído para o plano coletivo e for demitido sem justa causa, ou se desligar do emprego, é assegurado a continuidade no plano pelo período de um terço de sua permanência, sendo garantido um prazo mínimo de seis meses e um máximo de 24 meses. Entretanto, o beneficiário deverá arcar com o valor integral da mensalidade do plano após o desligamento da empresa. Porém, este benefício não será válido caso o empregador custeie integralmente o pagamento do plano.

Neste aspecto, os dados da PNAD de 1998¹¹ e 2003³ registram que, embora com uma taxa decrescente, em termos gerais o empregador participa com cerca de 20% do financiamento dos planos de saúde de seus empregados, como ilustra o diagrama 51.

Diagrama 51: O financiamento integral de planos de saúde por empregadores



Fonte: com base em BRASIL^{11,3}

Quanto à defesa de direitos dos beneficiários de planos de saúde, a regulação do setor, principalmente a partir da Lei nº 9.656, de 03.06.1998, veio ao encontro de um conjunto de iniciativas institucionais desenvolvidas na década de 1990, integrando-se às ações de defesa dos consumidores por entidades civis, que já contavam com um instrumento legal abrangente e capaz de gerar jurisprudência, o Código de Defesa do Consumidor (XXIII).

As primeiras associações civis de proteção ao consumidor surgiram nos Estados Unidos, nos anos 1930, a partir do término da segunda grande guerra, basicamente nos anos 1960, alastrando-se pela Europa e passando a figurar na agenda política da maioria dos governos⁹³.

No Brasil, o movimento de defesa de consumidores surgiu formalmente em 1976 com o Sistema Estadual de Proteção ao Consumidor do Estado de São Paulo (XXIV), cujo Grupo Executivo, PROCON, deu origem a entidades similares em outros Estados. Em 1985, foi disciplinada a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente e ao consumidor (XXV), culminando, em 1990, com o Código de Defesa do Consumidor- CDC, que sistematizou a legislação até então esparsa, e definiu as diretrizes para uma política nacional de relações de consumo, como a qualidade de produtos e serviços prestados, as práticas contratuais e de comercialização, sanções e a defesa do consumidor em juízo.

Embora o consumidor de planos de saúde seja um ator de relevante importância nas relações estruturais do setor, em termos organizacionais ele não constitui uma entidade na defesa dos seus direitos, dependendo da ação externa de instituições, públicas e privadas, que direta ou indiretamente atuam no pressuposto de que ele representa o pólo de maior vulnerabilidade, pela elevada assimetria de informações nas relações com prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde, principalmente quanto ao desconhecimento de direitos básicos e à falta de estrutura técnica que defenda os seus legítimos interesses, em conformidade ao amparo constitucional da CF/1988.

O sistema formado pelos PROCON estaduais e municipais ganhou força com a instituição dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais (XXVI), voltados para o julgamento de causas de pequeno valor econômico e a defesa do consumidor, imprimindo celeridade ao julgamento dos processos. No caso, embora o Poder Judiciário não integre, institucionalmente, o sistema da saúde suplementar, dele participa de modo indireto na resolução de conflitos envolvendo questões de direito entre consumidores e operadoras, decidindo sobre lesões e expectativas de lesão de direitos, principalmente quando o interesse maior, a vida, é confrontado com dispositivos contratuais que afastam a garantia da sobrevivência do paciente, no entendimento de que o direito à vida prepondera sobre o direito econômico, mesmo quando estabelecido em contrato.

A posição do Judiciário é clara quando focaliza os serviços privados de saúde sob a ótica de consumo, como se deduz do teor de algumas ementas dos Juizados Especiais Cíveis (XXVII), firmadas com base na jurisprudência dos tribunais.

“EMENTA 103_ Seguro-saúde. Cirurgia de implantação de válvula cardíaca. Cláusula excludente de cobertura. Ineficácia. Em se tratando de cirurgia destinada à implantação da válvula aórtica, de cuja realização depende a sobrevivência do segurado, é ineficaz a cláusula contratual que exclui da cobertura a prótese, por configurar exagerada vantagem em favor da empresa seguradora, uma vez que se verifica restrição dos direitos inerentes à natureza do contrato de tal modo ampla que tome extinto seu objeto, ante a provável morte do paciente. Dever de indenizar reconhecido”.

Mário Scheffer¹¹⁶ descreve os resultados de 735 sentenças prolatadas em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – TJ-SP, em Corte de Apelação, no período entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004, com decisão favorável aos consumidores de planos de saúde, em grande parte por demandas individuais, sendo duas ações coletivas, tendo por principal foco questões envolvendo a exclusão de próteses e não cobertura de doenças crônicas.

O número de acórdãos analisados pelo TJ-SP, envolvendo questões sobre planos de saúde encontra-se no quadro 18.

Quadro 18: Número de Acórdãos do TJ-SP favoráveis aos consumidores entre 1999 e 2004

Ano	Número de Decisões	%
1999	145	19,7
2000	201	27,3
2001	107	14,6
2002	98	13,3
2003	102	13,9
2004	82	11,2
<hr/>		
Total	735	100

Fonte: Scheffer ¹¹⁶ (p. 85)

Em consonância à diretriz do Poder Judiciário, os PROCON e entidades privadas como o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor- IDEC têm atuado sistematicamente na defesa dos usuários de planos de saúde. Seus relatórios motivaram, inclusive, a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde, em junho de 2003, sob a Presidência do médico Ribamar Alves, justificada pelos estudos do IDEC sobre infrações pelo não-cumprimento de cláusulas contratuais, denúncias de aumento abusivo de preços e de inúmeros equívocos na formulação da própria política regulatória (XXVIII).

“Muitos usuários pagam durante toda a vida seu plano e quando chegam à idade avançada, são punidos por reajustes abusivos” Lúcia Helena Magalhães, Assistente de Direção do Procon de São Paulo. (XXIX)

A principal preocupação destas entidades são os descredenciamentos de médicos, reajustes de preços e as restrições fundadas em doenças pré-existentes, pelas quais o usuário deve, por força de norma da ANS, declarar qualquer problema de saúde que tenha conhecimento ou lembrança, sob risco de ser acusado de fraude, podendo optar por um custo adicional, chamado agravo, ou resignar-se a uma cobertura parcial por um período de dois anos.

Além de patrocinar ações executivas contra as operadoras de planos de saúde, o PROCON¹¹⁷ divulga cadastros anuais de reclamações fundamentadas sobre inúmeros assuntos, inclusive sobre as operadoras, como o Procon de São Paulo no quadro 19.

Quadro 19: Reclamações contra operadoras de planos de saúde em São Paulo

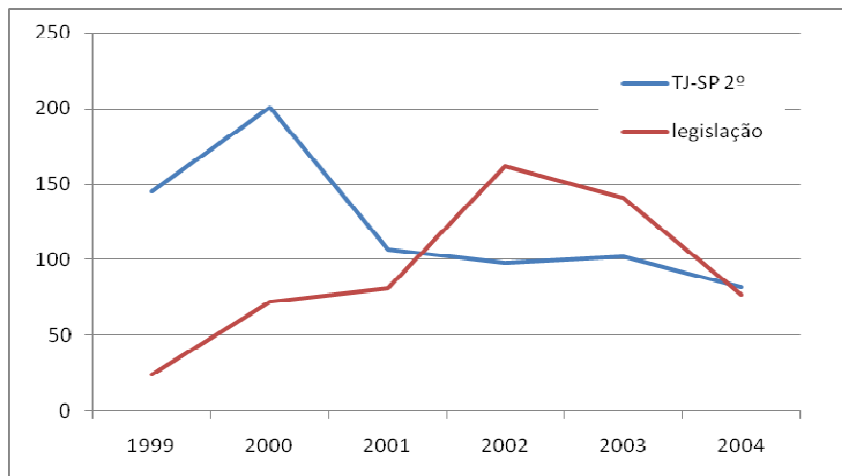
Ano	Número de Reclamações	Motivos usuais
2003	615	- Reajustes por alteração de faixa etária sem previsão contratual;
2004	1044	- Negativa de cobertura;
2005	952	- Descrédenciamento de prestadores de serviços
2006	528	- Reajustes em desacordo com a periodicidade permitida
2007	429	- Alteração de contrato de saúde
2008	483	

Fonte: PROCON¹¹⁷

Por outro lado, o arcabouço legal e o conjunto das medidas regulatórias da ANS, no período entre 2000 e 2004, aparentam contribuir para a redução dos litígios judiciais envolvendo questões de saúde suplementar. É possível, entretanto, que outros fatores

concorram para a redução dessas demandas, como o próprio movimento de ajustamento à legislação pelas operadoras, como ilustra o diagrama 52.

Diagrama 52: evolução de demandas judiciais e produção normativa da ANS⁵



Fonte: Scheffer¹¹⁶ e Brasil⁵

Por outro lado, a ANS apresenta uma forte sensibilidade à alternância no Poder Executivo, na medida em que, no período de sua criação, entre 2000 e 2004, seguiu o entendimento de que o órgão regulador não deve se ater a casos concretos, mas focalizar os agregados que integram a economia e a estrutura do mercado, aplicando multas nos casos relacionados com práticas gerenciais.

Entretanto, na gestão do Governo Lula, entre 2004 e 2007, adotou um outro sentido, julgando 427 processos de fiscalização, em 2ª instância administrativa, de modo contrário às operadoras, sendo que 50% dos processos incidiam sobre doenças e lesões preexistentes, além de notificar, nos anos de 2006 e 2007, o lançamento de débito fiscal em 47 casos (XXX).

O montante das multas aplicadas até o ano de 2004, cerca de R\$ 80 milhões, perderam parte da sua eficácia, pois na época o tempo médio do processo administrativo em 1ª instância consumia quase dois anos de análise até a fase de julgamento de recursos pela Diretoria Colegiada da Agência, para após estacionar sem prazo, aguardando, se fosse o caso, o prosseguimento pela via judicial. Neste período, a ANS cadastrou na Dívida Ativa e no CADIN 39 processos, que somaram perto de R\$ 1,2 milhões.

Retornando ao Poder Judiciário, a inteligência jurídica aplicada na fundamentação da defesa de direitos dos beneficiários de planos de saúde segue a seguinte análise teleológica:

1. O contato consiste de um negócio jurídico realizado mediante concurso de vontades, sendo bilateral por excelência e cuja principal característica é o *sinalagma*, ou seja, a dependência recíproca das obrigações e prestações correlatas e nos quais as duas partes ocupam, simultaneamente, a dupla posição de credor e devedor. Cada qual detém direitos e obrigações. À obrigação de uma parte corresponde o direito da outra, como ensina Orlando Gomes¹¹⁸.

2. Por outro lado, o moderno direito brasileiro, que é a ciência do “dever-ser” e não do “ser”, acolheu o sentido do brocardo romano *rebus sic stantibus* (XXXI), renovando-a sob o nome de “teoria da imprevisão”, estabelecendo limites à autonomia da vontade no interesse da comutatividade dos contratos, para assegurar a equivalência das prestações das partes quando, por algum motivo imprevisto, uma destas se torna excessivamente onerosa, razão pela qual, nas demandas judiciais, o Juiz interpreta as declarações de vontade atendendo à sua intenção, mais do que ao sentido literal da linguagem, modificando, por conseguinte, a estrutura do contrato, conforme Arnoldo Wald¹¹⁹.

3. Nos contratos de planos de saúde, é evidente que os problemas relacionados com doenças constituem eventos futuros e incertos que podem ocorrer tanto de modo brando como catastrófico, comprometendo a própria sobrevivência, consumindo sofisticados recursos tecnológicos e elevadas somas financeiras, que podem estar disponíveis ou não, pois constituem fatores imprevisíveis.

Desse modo, seguindo esta linha de entendimento, as mais altas Cortes do Judiciário têm entendido que os direitos fundamentais sociais previstos na Constituição, no caso, os direitos à vida e à saúde, que se traduzem ainda no direito à vida digna, representam um “mínimo existencial” e, destarte, não podem ser descurados pelo Estado, nem mesmo sob o argumento da escassez de recursos quando nos casos afetos ao SUS.

Distribuição Gratuita de Medicamentos a Pessoas Carentes. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF.” (RE-AgR. 271286/RS Ag.Reg. no Recurso Extraordinário. Relator Min. Celso de Mello. Julg. 12/09/00).

É com base nesse dever inafastável do Estado, de prover um mínimo existencial, vida e saúde, que se avolumam no Supremo Tribunal Federal e no Superior Tribunal de Justiça decisões impondo ao Estado e ao setor privado a obrigação de garantir uma existência digna aos usuários de serviços de saúde. A posição do Judiciário é clara, formando jurisprudência que se consolida em matéria sumulada (XXXII) do Superior Tribunal de Justiça e nas ementas dos Juizados Especiais Cíveis (XXXIII).

STJ. Súmula 302. É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. Data da Publicação: DJ 22.11.2004.

Um dos problemas mais comuns envolvendo particulares é o da negativa de cobertura dos planos de saúde às patologias cardíacas crônicas e doenças infecto-contagiosas, como a AIDS, por exemplo. No caso, os julgados (XXXIV) têm sido contrários à exclusão da cobertura de tais eventos, entendendo abusiva a inclusão de cláusulas em contratos de consumo neste sentido, como ilustra a seguinte decisão do Superior Tribunal de Justiça:

"Processual Civil. Civil. Recurso Especial. Embargos de Declaração rejeitados. Inexistência de omissão. Seguro-saúde. Invalidez de cláusula restritiva de cobertura de tratamento de AIDS. Obrigação de reembolsar despesas médicas. [...]
- É inválida a cláusula que exclui da cobertura do seguro-saúde o tratamento de AIDS, tendo em vista tratar-se de contrato de adesão, em que inserido dispositivo exageradamente desfavorável ao segurado, parte mais fraca da relação jurídica, e que esta cláusula fere a natureza mesma do seguro-saúde.[...]" (Resp 304.326 - SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, DJ de 3/2/2003).

No mesmo sentido, dentre inúmeras outras, as seguintes ementas do STJ:

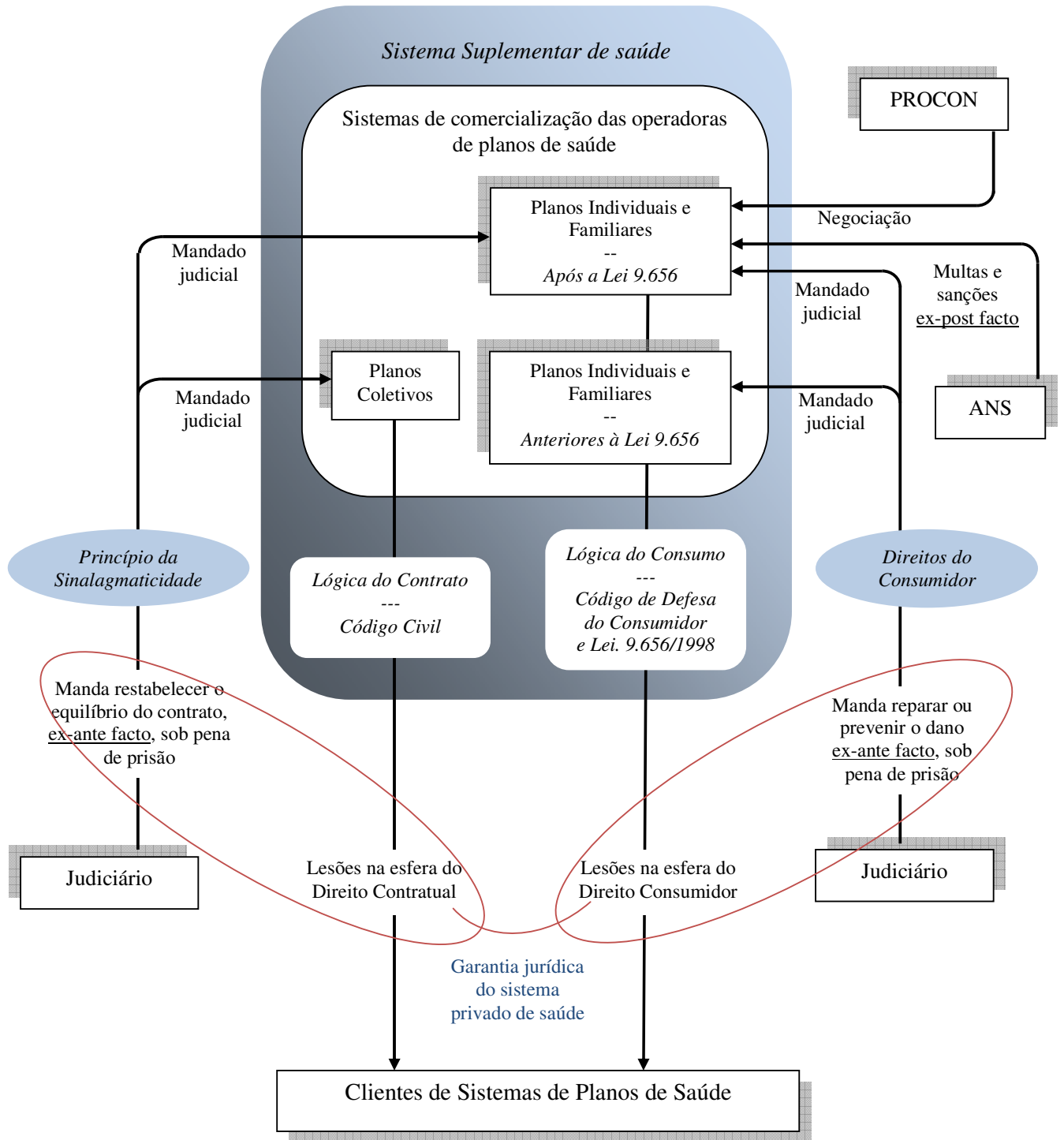
EMENTA 10_ Contrato de seguro de saúde. Alteração unilateral, pelo prestador, de cláusulas de serviço e econômico financeiras, impondo condições mais gravosas para o consumidor. Violação dos princípios da transparência e da informação, bem assim descumprindo, pelo prestador, do dever de ministrar as provas de que o contrato novo derogou o anterior, com plena ciência e adesão da segurada. Incidência do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor;

EMENTA 273_ Seguro de Saúde. Apólice estabelecendo prazo de carência de três e sete meses para urgências clínicas e procedimentos cirúrgicos, respectivamente. As cláusulas contratuais em sede consumerista devem ser interpretadas nos termos que se afigurem mais favoráveis ao consumidor. É considerada de urgência clínica a internação emergencial de segurado, por mal súbito, considerando-se conseqüente e abrangida pela circunstância de emergência e cirurgia que se faz necessária ao salvamento da vida do paciente. Somente se enquadra no segundo prazo de carência as cirurgias que não apresentem caráter de urgência, repelida em qualquer hipótese a má-fé do segurado, o que não ocorre na hipótese em exame.

Com base nesta fundamentação jurídica, entendemos que os controles institucionais para a garantia de direitos no sistema de saúde suplementar se pautam pelo equilíbrio do contrato e da teoria da imprevisão, nos casos afastados da competência formal da ANS, restando à Agência e aos PROCON os casos amparados na Lei nº 9.656.

Nesse entendimento, o modelo de garantia de direitos no contexto da saúde suplementar pode ser ilustrado no diagrama 53.

Diagrama 53: As salvaguardas de direitos no sistema suplementar de saúde



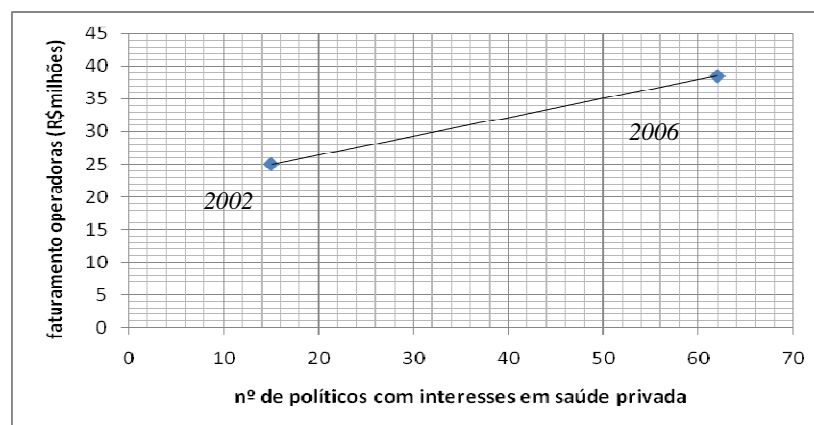
Neste aspecto, identificando o Poder Judiciário como o principal ator antagonista aos seus objetivos, as operadoras de planos de saúde se aproximaram do Poder Legislativo, na forma de doações de campanha a parlamentares simpáticos aos seus interesses, visando patrocinar mudanças na legislação do setor e, por consequência, restringir a ação judicante por força legal.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES¹²⁰, sinalizou a extensão da chamada “bancada da saúde no Congresso” (XXXV) no volume crescente das doações pelas operadoras a partidos políticos, na defesa de interesses junto ao Legislativo. Segundo a pesquisa, o número de empresas doadoras aumentou de 15 a 62, entre as eleições de 2002 e 2006, concentrando recursos da ordem de R\$ 7,2 milhões, 757% superior à eleição anterior, logrando elevar de 17 para 31 o número de parlamentares ligados a interesses corporativos das organizações de saúde.

No caso, estes políticos focalizam propostas de rejeição à obrigatoriedade de pagamento de despesas de acompanhante de idosos e crianças; a cobrança de PIS e COFINS às cooperativas médicas e a suspensão de convênios públicos com o Fundo GEAP redirecionando-os às operadoras privadas, dentre outros.

O diagrama 54 ilustra a associação entre o volume de doações e o faturamento das operadoras

Diagrama 54: as doações a políticos e o faturamento das operadoras.



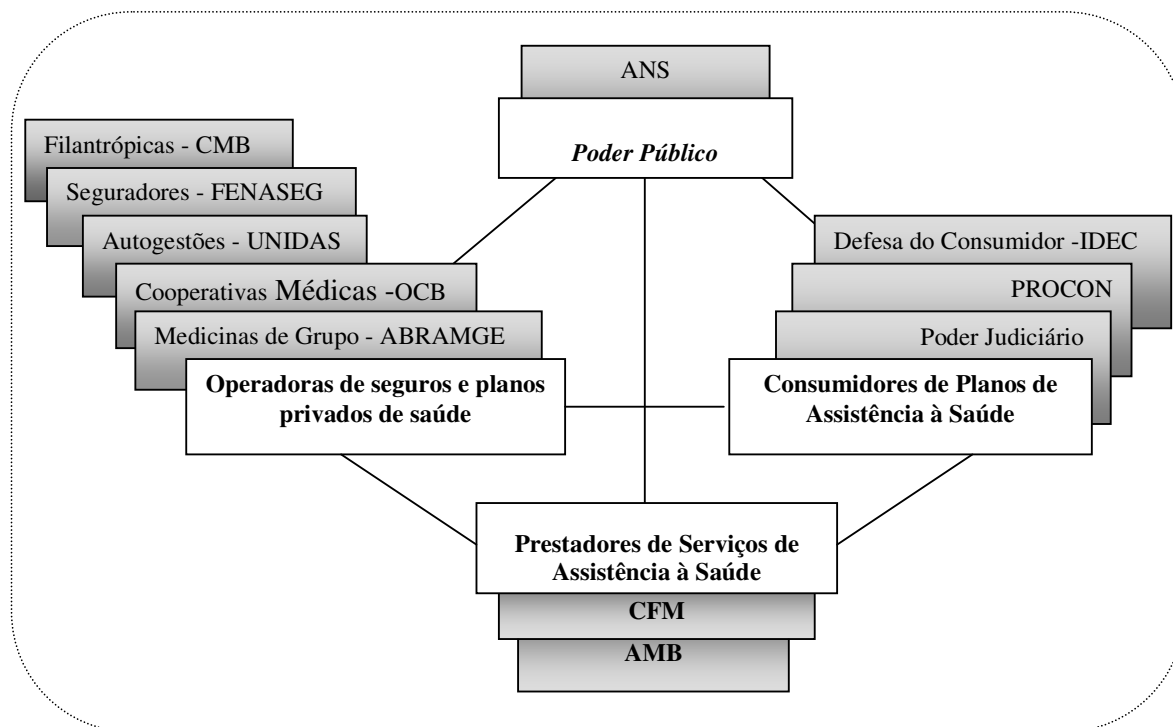
Fontes: CEBES¹²⁰; Brasil¹⁰⁰

5.2 As interações sociais no contexto da saúde suplementar

A identificação e a análise dos atores que integram o contexto do sistema de saúde brasileiro, descritos no subcapítulo anterior, evidenciam aqueles que participam diretamente das relações no âmbito do setor da saúde suplementar.

No caso, o contexto das relações sociais dos atores que integram o setor da saúde suplementar no Brasil, cujas práticas ao longo do tempo têm contribuído para modificar a sua estrutura, pode ser ilustrado no diagrama 55, aonde são contrapostos os atores por suas entidades representativas e organizações públicas e privadas relacionadas, direta ou indiretamente, com o setor.

Diagrama 55: as interações sociais na estrutura da saúde suplementar



O ambiente das forças políticas que interage no setor tende a um equilíbrio instável, na medida em que o *quantum* de poder dos atores se altera em função das modificações do contexto macroeconômico do país, gerando sensíveis reflexos nas orientações estratégicas desses agentes, seja para conquistar, ou ao menos garantir, suas posições relativas com suporte em específicos recursos de poder.

Os interesses estratégicos, manifestos ou não, dos atores assim como os recursos de poder utilizados no alcance de seus objetivos, adequando-se conforme as circunstâncias ao longo do tempo, encontram-se sintetizados no quadro 20.

Quadro 20: os atores sociais da estrutura da saúde suplementar no Brasil

Principais atores, interesses e recursos de poder no setor da saúde suplementar no Brasil			
Ator	Objetivos e interesses	Papéis	Recursos de poder
As operadoras de planos de saúde não filantrópicas	- Não intervenção Governo - Mercado interno fechado - Crescimento econômico - Benefícios fiscais.	Supressor das deficiências do Estado na prestação de serviços de saúde à população	- Poderio econômico; - Lobby no Legislativo - Estrutura organizacional nos três níveis da federação.
As entidades filantrópicas: Santas Casas de Misericórdia	- Legitimação social no âmbito da saúde; - Participação nos recursos federais; - Benefícios fiscais.	- Articulação política nas três esferas de governo em programas de saúde pública; - Assistência aos excluídos sociais.	- Tradição de filantropia e caridade; - Estrutura em federações e uma confederação nacional; - Presença em 15 UF do país.
Prestadores de serviços de saúde: a classe médica e os donos de clínicas e hospitais privados	- Legitimação social no contexto da saúde; - Participação nos recursos públicos; - Benefícios fiscais	- Articulação política nas três esferas de governo, em temas de interesses na saúde - Assistência à saúde pública e privada.	- Códigos de conduta ética; - Estrutura organizacional em federações, associações e conselhos; - Bancada no Congresso.
O consumidor de serviços de saúde suplementar	- Legitimação do direito à assistência ampla, com qualidade e preço compatível com a renda; - Influência na legislação e controles no setor.	- Articulação política nas três esferas de Governo; - Mediação da exploração econômica da saúde privada, junto ao órgão de controle do Governo.	- Código do Consumidor; - Lei dos planos de saúde; - Poder Judiciário; - PROCON; - Entidades de defesa do consumidor.
- ANS- Agência reguladora do setor da saúde suplementar	- Equilíbrio econômico e social da prestação de serviços privados à saúde, em harmonia com o sistema público.	- Estruturação das atividades, nível de preços e da liberdade de mercado; - Articulação com programas de interesse público; - Harmonia com o SUS.	- Regulação por Resoluções e projetos de lei; - Independência dos diretores por mandato de três anos; - Recursos próprios, por meio de taxas específicas.

Nesse ambiente, o poder público se faz representar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que, por força da lei nº 9.961, de 28.01.2000, tem atuado como uma espécie de um *poder moderador* (XXXVI) do setor, procurando manter uma posição equidistante frente aos demais atores, inclusive quanto ao Ministério da Saúde, ao qual é vinculada. O elo mais intenso percebido na análise das relações internas do setor da saúde suplementar pertence ao eixo formado pela ANS e as operadoras de planos privados de saúde.

A atuação da Agência se dá por meio do poder que dispõe para monitorar a solvência econômica do mercado e a padronização dos planos comercializados, para que não haja exclusões de renda, idade ou cobertura assistencial ao consumidor de planos de saúde;

além de intervir diretamente na própria gestão das empresas de assistência médico-hospitalar, seja em caráter técnico preventivo ou em regime de liquidação extrajudicial.

A agência disciplina, também, as relações entre os setores da saúde suplementar e o da saúde pública, calculando o custo, ao nível de mercado, a ser ressarcido pelas operadoras pelos serviços prestados pelo SUS a clientes dos planos de saúde, evitando que o sistema público seja explorado economicamente pelo privado nos tratamentos dispendiosos.

Desse modo, a agência caracteriza um ator com valores que lhe são próprios e típicos de Estado, adequando-se aos ideais de justiça social - *o tratamento desigual para desiguais, na medida de suas desigualdades* – visando garantir o acesso dos segmentos sociais mais vulneráveis aos serviços privados de assistência à saúde. O órgão atua tendo as operadoras como organizações comerciais com interesses puramente lucrativos, que gradativamente se afasta das práticas gerenciais que vulneram tanto os interesses sociais dos beneficiários como a credibilidade do próprio mercado da saúde suplementar.

Em contrapartida, as operadoras de planos de saúde, englobando o segmento das medicinas de grupo, cooperativas médicas, autogestões, seguradoras e entidades filantrópicas, por meio de estruturas de representação bastante similares entre si, na forma de confederações nacionais, superintendências regionais ou escritórios locais, com atuação nos níveis federal, estadual e municipal, como no caso da ABRAMGE, CONAMGE, OCB, UNIDAS, FENASEG e CMB (XXXVII), exercem pressão em todo o ambiente do setor, pressionando todos os demais, a julgar pelos dados da pesquisa e dos registros em periódicos, na medida em que interagem, com igual intensidade, contra os prestadores de serviço, os consumidores e, principalmente, contra o Governo e a ANS.

No caso, as pressões deste ator se fundam no elevado porte empresarial, que favorece uma tendência a formar oligopólios no mercado, pois concentra 80 % do segmento consumidor em apenas 20% das empresas. As operadoras mantêm um discurso alinhado, não conflitivo entre si, sinalizando valores baseados em princípios próprios de regulação.

As operadoras exercem os recursos de poder contra a ANS de inúmeras maneiras:

- impetrando ações diretas de inconstitucionalidade junto ao Supremo Tribunal Federal-STF contra reajustes;
- na segmentação de novos formatos de mercado consumidor, visando escapar do alcance da Lei nº 9.656, focada nos planos individuais, pela consolidação dos planos corporativos, modalidade não regulada pela citada lei;
- no *lobby* junto ao Poder Legislativo, para atenuar os rigores e a amplitude da lei, como no caso do Deputado Pinheiro Landin, que ao longo de inúmeros substitutivos ao projeto da Lei nº 9.656, resultou na redução das faixas de idade para elevação nos preço dos planos de saúde (XXXVIII);
- no financiamento de campanhas políticas, cujas contribuições concentraram recursos da ordem de R\$ 7,2 milhões nas eleições de 2006, registrando um crescimento 757% superior às doações da eleição de 2002, logrando elevar de 17 para 31 o número de parlamentares vinculados a interesses corporativos do setor, conforme CEBES¹¹⁹;
- na barganha junto à sociedade e o Governo, enfatizando a perspectiva de deixarem sem cobertura milhares de beneficiários de planos privados de saúde, caso sejam restringidos nas margens de lucro ou sofram intervenção pelo Estado, remetendo-os à esfera do SUS;
- na pressão orquestrada sistematicamente contra a ANS, quer seja no Conselho de Saúde Suplementar, em seminários ou na mídia, sempre associando o sistema público de saúde aos símbolos da ineficiência administrativa, lentidão e má qualidade de atendimento.

Contra os prestadores de serviço, as operadoras procuram reduzir o poder médico assalariando-os e restringindo a sua autonomia na escolha de procedimentos médicos e no relacionamento com os clientes de planos de saúde, atuando no descredenciamento de profissionais junto às redes de assistência, na redução de honorários e glosas das faturas de pagamento pelos serviços prestados. No plano do simbólico, este ator procura associar a figura do médico ao velado interesse financeiro, fragilizando a imagem de um ator humanitário, altruísta, que cura e salva vidas.

A estratégia contra os prestadores também se dá na forma de *lobby* junto ao Legislativo e à própria ANS, quando esta acatou a tese do “médico triador”, o clínico geral que filtra os pedidos de exames de diagnóstico-terapêuticos para reduzir custo agregado do

sistema, objeto da Medida Provisória nº 2.177-43, mas que não logrou êxito, pela fortíssima pressão política contrária, orquestrada por *lobbies* de prestadores e consumidores, resultando na retirada da pauta de votação no Congresso em menos de uma semana de promulgada.

Por sua vez, a reação dos prestadores de serviços contra as operadoras é igualmente forte, atuando por meio de instrumentos normativos de classe profissional gerados no Conselho Federal de Medicina e na Associação Médica Brasileira. Recursos de poder voltados aos médicos em postos gerenciais nas empresas médicas, com base nos códigos de conduta que alimentam inúmeros processos de ética médica. Esta estratégia tem sido eficaz pois tanto a prática como a comercialização de serviços de saúde não podem prescindir do profissional de saúde, subordinando, indiretamente, as operadoras à classe médica, caso da Resolução CFM nº 1.642, de 07.08.2002 (XXXIX), base de inúmeros processos éticos contra médicos empregados das operadoras.

Quanto à dimensão simbólica, os prestadores procuram associar as operadoras à figura do capitalista de cartola e fraque, interessado tão somente nos lucros advindos da prestação de serviços de saúde, insensíveis ao seu valor social. A classe médica tem procurado a adesão dos consumidores, como nas sistemáticas pesquisas conjuntas realizadas entre o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor- IDEC (XL), procurando demonstrar, igualmente recorrendo ao simbolismo, que as agruras dos consumidores têm origem nas operadoras, um inimigo comum de ambos os atores, assim como na ineficiência da própria ANS (XLI).

A análise das relações entre as operadoras de planos de saúde e beneficiários, mostra que a interação é igualmente conflituosa, geralmente por questões relacionadas com os preços dos planos e a exclusão de atendimentos por motivação econômica. As operadoras atuam na restrição dos exames diagnóstico-terapêuticos, utilizando uma argumentação associada a simbolismos, como na imagem do desperdício de pessoas hipocondríacas que após a aposentadoria, por meio de constante visitas aos médicos, preenchem o vazio de suas vidas alimentando um ciclo vicioso de gastos que o plano é obrigado a pagar, não percebendo que encarecem o sistema sendo, indiretamente, os responsáveis por aumentos dos preços dos planos de saúde.

Por sua vez, em contrapartida, os consumidores reagem por meio de entidades de defesa de direitos, como o Poder Judiciário e os PROCON, com base nos recursos de poder auferidos pelo Código de Defesa do Consumidor e a Lei nº 9.656, dos planos de saúde, na promoção de ações judiciais, inúmeras com antecipação de tutela, consolidando uma robusta jurisprudência que dispõe sobre a exclusão de assistência médica, obrigando as operadoras ao pagamento dos serviços e saúde utilizados pelos beneficiários.

5.3 A análise dos atores em face do modelo teórico

Avaliamos que o modelo teórico de Anthony Giddens, apresentado na seção 2.3, sobre a dialética da prática em sistemas sociais, se ajusta ao padrão de relações dos atores que integram a estrutura da saúde suplementar, pois são sempre reflexivas e alimentam uma dinâmica social que se reproduz ao longo da história por meio de atividades cotidianas condicionadas por uma estrutura prévia.

As relações de dependência presentes na estrutura habilitam que agentes subordinados influenciem as ações de seus superiores, como ocorre entre as operadoras e o poder regulador do Estado e entre estas e os prestadores de serviços, gerando inúmeras conseqüências não premeditadas que se realimentam sistematicamente gerando as bases de novos contextos sociais e, por extensão, novo atos. Como no caso dos efeitos da restrição de prerrogativas e assalariamento dos médicos, pelas operadoras de planos de saúde, que estimularam a criação de cooperativas médicas gerando fortes concorrentes no mesmo plano empresarial.

Por outro lado, a ação do Estado é claramente premeditada, intervindo racionalmente no mercado com base no monitoramento contínuo dos efeitos de suas ações e na análise das reações dos atores, que as vezes são fortes e conclusivas, como no episódio da Medida Provisória nº 2.177-43. No caso, a ANS subestimou a capacidade de mobilização dos prestadores de serviços associados aos consumidores, que criaram forte barreira política à instituição do médico generalista na triagem dos serviços de saúde, como era intenção das operadoras para minimizar os custos das carteiras dos planos de saúde.

Ou seja, os atores da saúde suplementar alteram constantemente o seu comportamento em um fluxo contínuo e interativo de mudança conformando cenários sociais futuros de difícil antecipação.

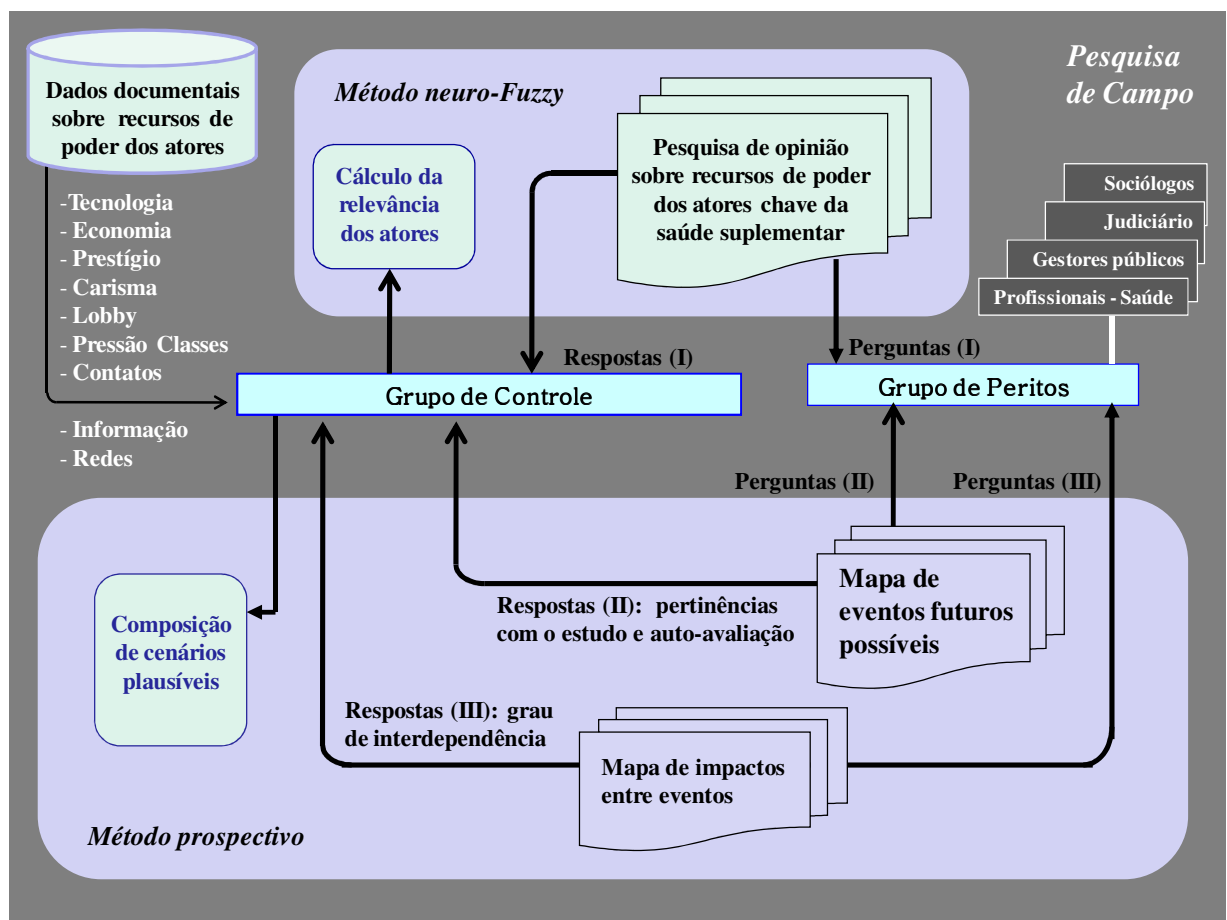
6. A PESQUISA DE CAMPO

6.1 A logística da construção base empírica

Nesta etapa, a partir dos dados históricos detalhados no capítulo 4, sobre a formação da estrutura social da saúde no Brasil, e com base nas metodologias de coleta e análise de dados, descritas no capítulo 3, procedemos à construção da base empírica do estudo.

O esquema de trabalho, que conduziu a bom termo a pesquisa, seguiu as regras estabelecidas no item 3.11.4.5 do capítulo da metodologia. Foram criados dois grupos de trabalho, o de Controle, concentrado na pessoa do próprio pesquisador, e o grupo dos Peritos, composto por quinze especialistas convidados para participar da pesquisa.

Diagrama 56: O esquema de operações – visão geral



O quadro de respostas por perfil de perito e tipo de questionário encontra-se no quadro 21.

Quadro 21: perfil das respostas aos questionários

	Convite Formal	Formulário Recursos de Poder	Questionário Cenários	Questionário Matriz de Impactos Cruzados
Médicos privados	7	1	-	-
Área de Saúde pública	4	4	2	2
Gestores públicos	3	3	3	1
Área do Direito	1	1	1	1
Total	15	9	6	4

6.2 Adaptações na metodologia

Ou seja, o número de peritos que efetivamente participou da pesquisa sofreu forte perda, tendo variado entre nove e quatro respondentes, de um total original de quinze promitentes colaboradores. A forte ausência foi possivelmente motivada pelo fato de que a utilização de matrizes por profissionais de áreas não exatas não é usual, os quais preferiram optar por não se pronunciarem a cometerem erros de avaliação

Por esse motivo, no curso do recebimento das respostas, prevendo uma possível grande evasão, foi necessário efetuar algumas adaptações nos métodos utilizados no tratamento dos dados de campo.

Quanto ao Delphi, os questionários não foram aplicados de modo interativo, como prevê a essência desse método, pois antecipamos que provavelmente não haveria um volume representativo de respostas já na segunda interação. No caso, identificamos várias pesquisas similares que reforçaram esta expectativa (I).

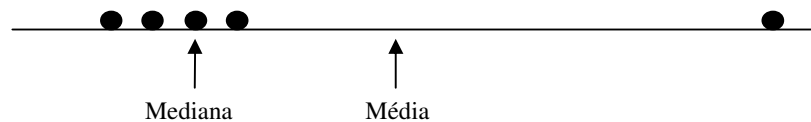
- Embora a Internet aparente ser o meio mais propício para estimular uma resposta, pela facilidade, tal não acontece na realidade e a taxa de evasão costuma ser muito elevada pois não há um compromisso. Por outro lado, uma pesquisa tradicional com formulário aplicado *in loco*, presencialmente, condiciona com mais força o respondente, obrigando-o à gentileza de um retorno à pergunta formulada.

- No caso de aplicações Delphi pela Internet, é comum a taxa de retorno na segunda interação se situar em torno de 25% e em apenas 10% na terceira. Principalmente se os entrevistados não forem “cativos”, que pertençam a um ambiente profissional comum e sob uma mesma rede social que os pressione à resposta. É comum que o pesquisador se detenha por muito tempo, consumindo valioso tempo da análise da pesquisa, na súplica por uma resposta, garimpando cada retorno como uma rara pedra preciosa.

Sendo o fato, avaliamos que, na prática, o que se espera das interações do Delphi é uma convergência das respostas em torno da *mediana*, estimulada a partir do conhecimento de cada perito quanto ao seu desvio de respostas frente aos demais. Ora, aquele que já se posicionou próximo à *mediana* não vai mudar de opinião, e o que se distanciou tenderá se aproximar desta, confirmando-a.

Esta visão seguiu a comparação entre os comportamentos da média e da mediana, pela qual mostramos que a média é afetada por valores extremos, como no diagrama 57.

Diagrama 57: comparação entre média e mediana



Fonte: Stevenson ¹²³ (p. 23)

Por esta razão, e também por força de prazo, optamos por abrir mão das interações do Delphi e ajustar as respostas por meio de medidas de *tendência central* e de *dispersão*, contornando as dificuldades operacionais da coleta de dados ajustadas por interações sucessivas, sem uma perda relevante na qualidade na pesquisa, tendo em conta que esta visa identificar linhas de evolução política de longo prazo, em seus aspectos gerais.

Nesse entendimento, a análise dos resultados se amparou, *in concreto*, em frequências das percepções subjetivas escolhidas pela associação entre a menor dimensão do desvio padrão com a maior dimensão da mediana nas respostas sobre a pertinência dos cenários hipotéticos frente ao tema do estudo.

Desse modo, contornando o “gargalo” operacional do Delphi, substituindo-o pelo mapa das frequências medianas ajustadas, foi possível dar continuidade rapidamente aos cálculos da matriz de impactos cruzados e à construção dos cenários.

Ou seja, em resumo, nove entrevistados responderam o primeiro formulário, sobre os atributos de poder dos atores, enquanto seis preencheram o segundo corretamente, relativo às hipóteses de cenários para o ano de 2020. Por outro lado, apenas quatro peritos se dispuseram a preencher o terceiro e último questionário da matriz de impactos, o mais trabalhoso, pois consome efetivamente um relevante esforço de associação de efeitos entrelaçados entre 20 cenários, com onze níveis de influência que produzem 400 opiniões. No caso, o Grupo de Controle calculou os efeitos de 1 600 impactos cruzados que apontaram as hipóteses mais relevantes para o estudo, sendo analisados em termos de cenários de resultado e de explicação.

Em que pese o reduzido número de respostas, quanto à representatividade de segmentos sociais que integram o setor da saúde suplementar, avaliamos que a pesquisa foi bem distribuída, como mostram os diagramas 58, 59, 60 e 61.

Diagrama 58: distribuição dos convites aos peritos

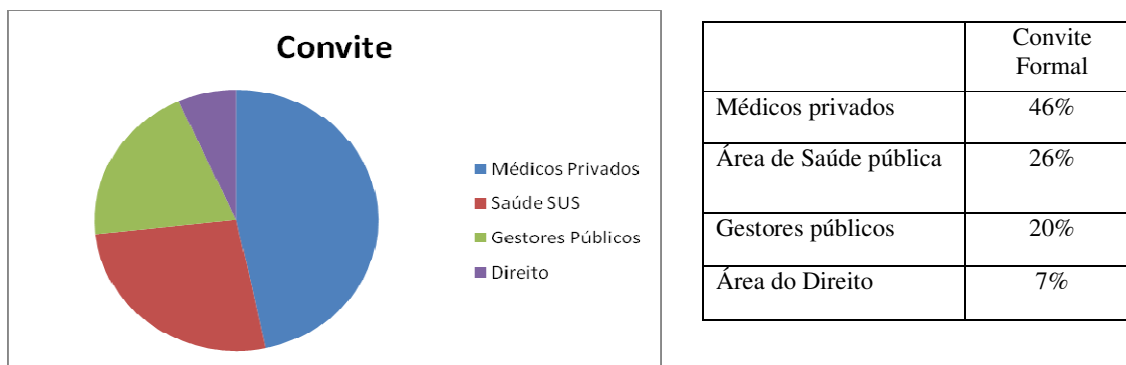
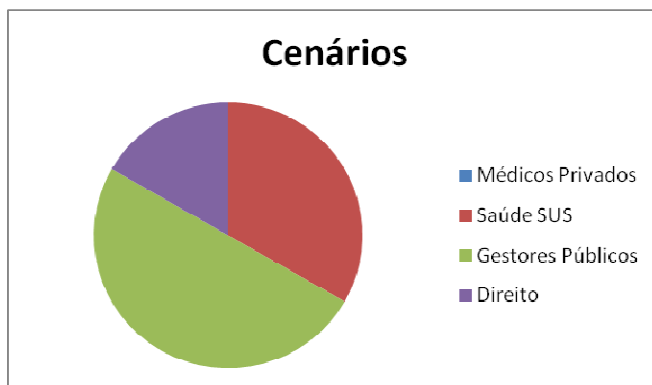


Diagrama 59: participação na pesquisa dos recursos de poder



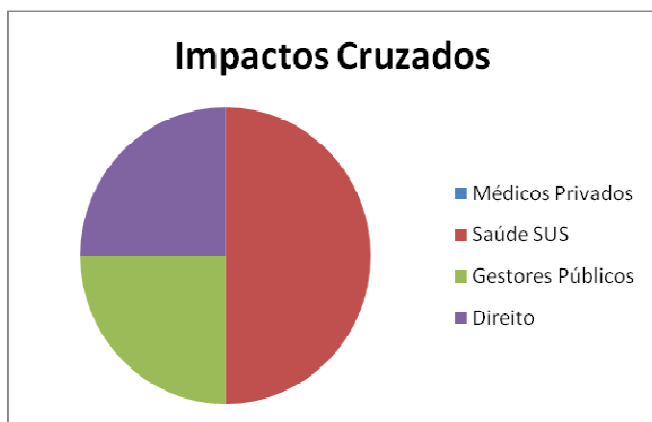
	Formulário Recursos de Poder
Médicos privados	11%
Área de Saúde pública	45%
Gestores públicos	33%
Área do Direito	11%

Diagrama 60: participação na pesquisa dos cenários



	Questionário Cenários
Médicos privados	-
Área de Saúde pública	33%
Gestores públicos	50%
Área do Direito	16%

Diagrama 61: participação na pesquisa dos impactos cruzados

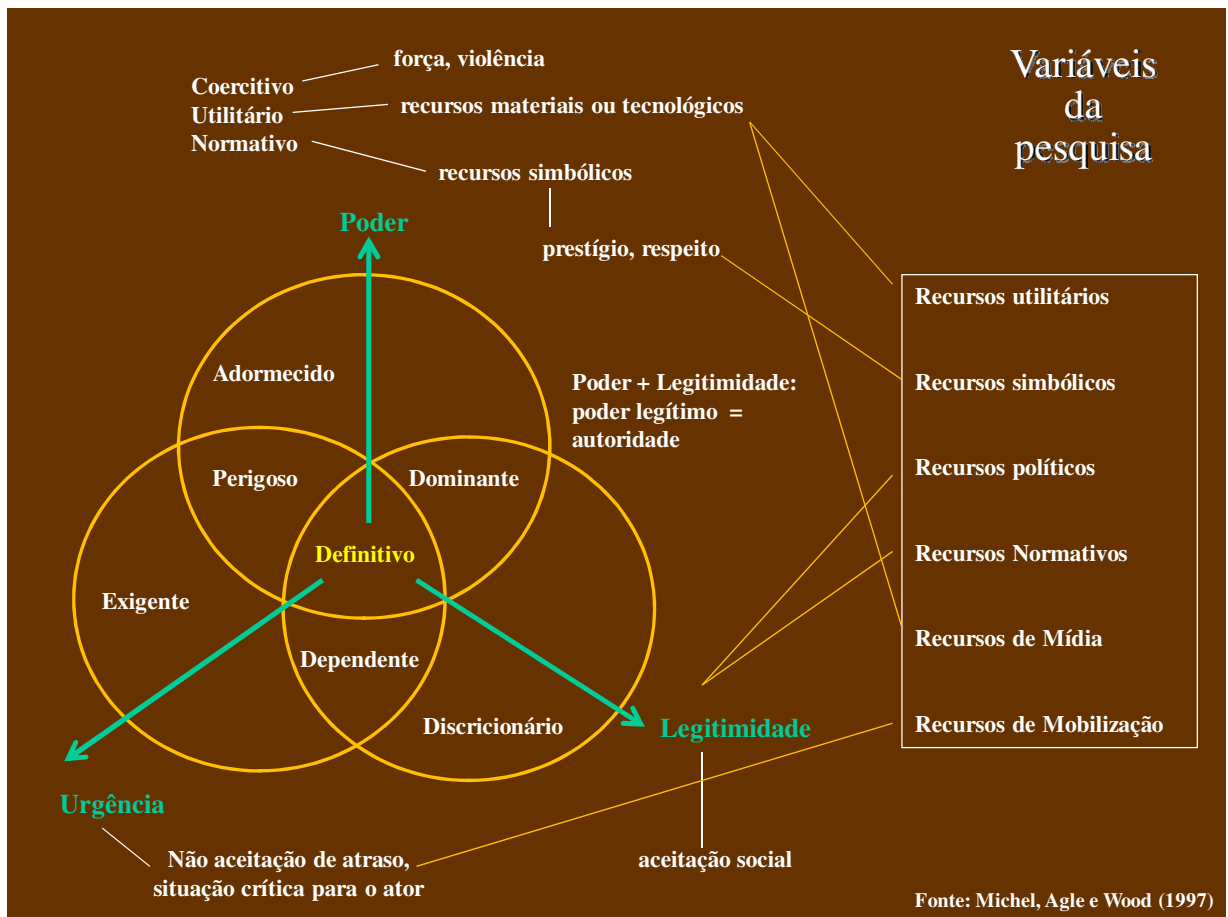


	Questionário Matriz de Impactos Cruzados
Médicos privados	-
Área de Saúde pública	50%
Gestores públicos	25%
Área do Direito	25%

6.3 A escolha das variáveis de pesquisa

A partir da tipologia desenvolvida por Mitchel, Agle e Wood para a categorização dos recursos de poder de atores relevantes, descrita no item 3.11.2, e uma vez identificados os atores chave que interagem no setor da saúde suplementar, cujas relações encontram-se descritas no item 5.2 do capítulo do Mapeamento das Relações Sociais da Saúde Suplementar, desenvolvemos a seguinte análise voltada à escolha das variáveis do *quantum* de poder destes atores, ilustrada no diagrama 62:

Diagrama 62: A variáveis de pesquisa



Nesse entendimento, as variáveis principais factíveis de representação dos recursos de poder dos atores em questão são as seguintes:

Recursos tecnológicos; Recursos econômicos; Prestígio; Carisma; Estrutura de Lobby; Presença no Legislativo; Pressão de classes; Presença no Executivo; Redes; Sistemas de informação; Clamor popular; Rede de comunicação.

Seguindo a visão estruturada de Mitchel, Agle e Wood, elaboramos uma configuração que associa três níveis de camadas de inferência resultando em dois grupos de variáveis intermediárias que, ao final, possibilitaram identificar o grau de preponderância de cada ator e os principais aspectos da sua capacidade de influência no setor.

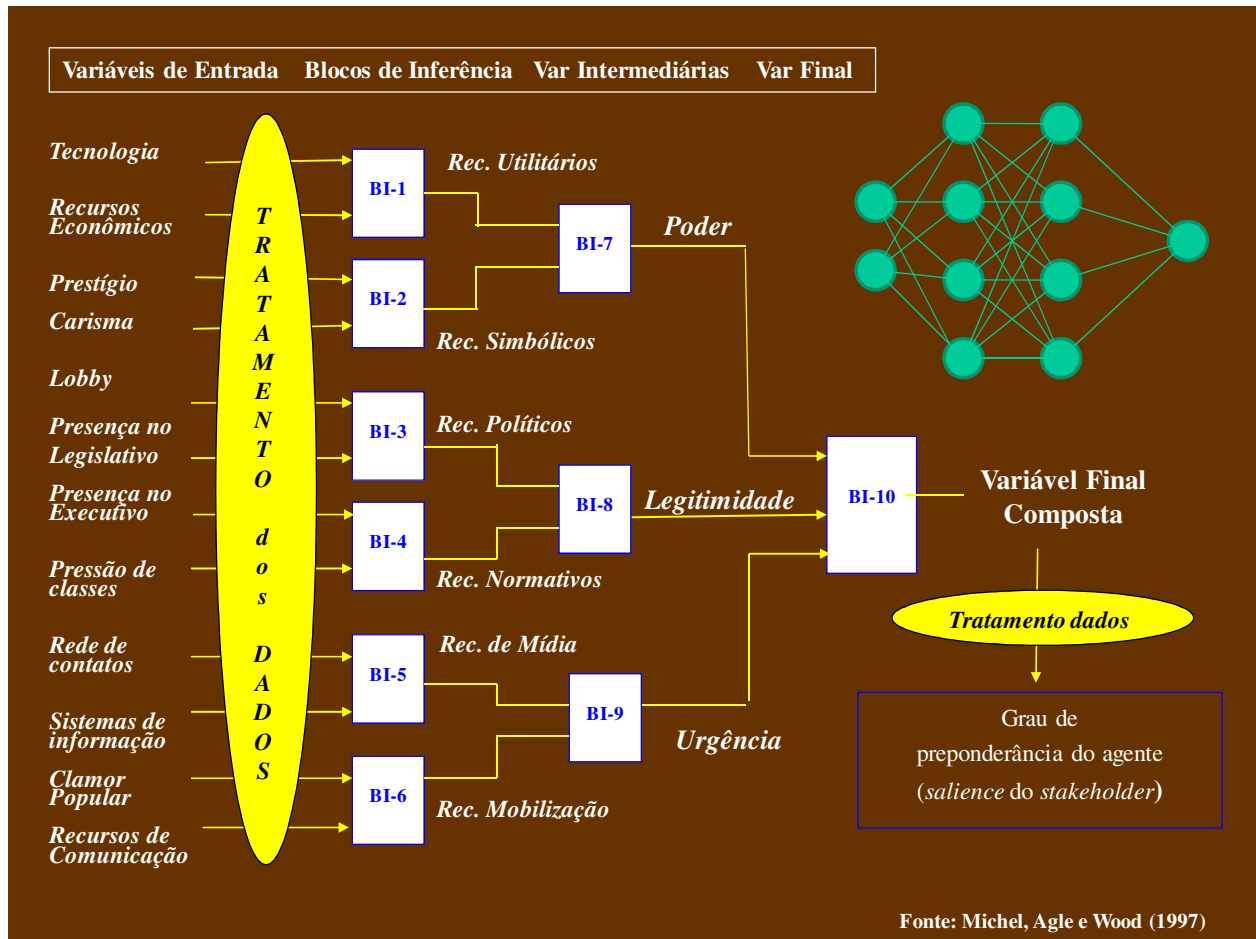
Desse modo, entendemos que as variáveis primárias do sistema seriam em número de doze, suficientes para compor uma rede de avaliação de poder, conforme no quadro 22.

Quadro 22 : Composição das variáveis de poder da pesquisa			
Variáveis de Entrada	Variáveis Intermediárias		Variável Final
	1º nível	2º nível	
Recursos tecnológicos	Recursos Utilitários	Poder	Relevância do Ator portador de interesse
Poder econômico			
Prestígio			
Carisma	Recursos Simbólicos	Legitimidade	
Estrutura de lobby			
Presença no Legislativo			
Pressão de classes	Recursos Normativos	Urgência	
Presença no Executivo			
Rede de contatos	Recursos de Mídia		
Sistemas de informação	Recursos de Mobilização		
Clamor popular			
Recursos de comunicação			

A partir de métricas obtidas pelos dados de campo, apuramos a percepção dos peritos quanto ao nível de relevância dos atores portadores de interesse no setor, sendo possível identificar os níveis intermediários dos atributos das forças presentes e, principalmente, os atores considerados definitivos, capazes de exercer uma efetiva influência nos rumos da saúde suplementar.

A rede *neuro-fuzzy* desenhada a partir do quadro 11, relativa aos atributos dos atores relevantes para a pesquisa, encontra-se ilustrada no diagrama 63

Diagrama 63: Rede das variáveis de recursos de poder dos atores da saúde suplementar

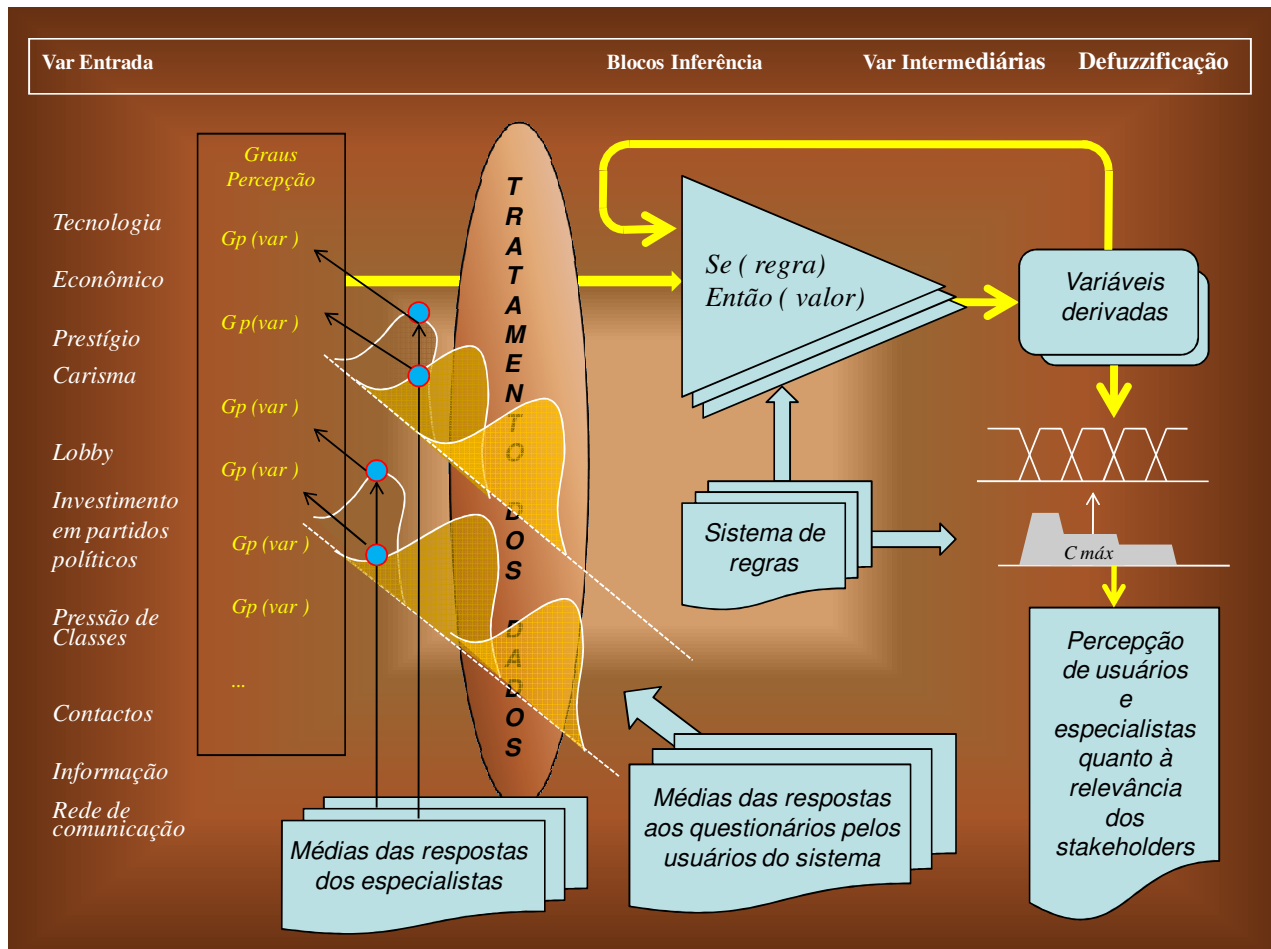


Uma rede via de regra deve ser “treinada”, para que sua configuração reflita um padrão de comportamento estável, não gerando divergências muito acentuadas nos resultados da variável final entre os entrevistados. Um algoritmo de aprendizagem seria uma solução, atuando sobre os neurônios da rede no ajuste dos pesos das conexões, ou seja, os Graus de Certeza. Um possível processo de aprendizado também seria a incorporação gradativa das respostas dos entrevistados monitorando-se os resultados da variável final, até uma estabilização aceitável no desvio padrão dos seus valores.

Na presente pesquisa não foi feito treinamento da rede sendo os pesos atribuídos pelos próprios entrevistados, por entendermos que o trabalho visa, principalmente, apresentar uma abordagem conceitual heurística para a avaliação da relevância dos recursos de poder dos atores do setor da saúde suplementar.

Por sua vez, o diagrama 64 ilustra o conjunto das etapas envolvidas no processamento dos dados subjetivos, visando a obtenção de variáveis secundárias e o resultado final sobre a relevância e o tipo de recursos de poder dos atores do setor da saúde suplementar.

Diagrama 64: o tratamento da rede utilizado na pesquisa



A partir destas linhas mestras e com base nos dados documentais contidos no capítulo 4, sobre a estruturação social da saúde no Brasil, elaboramos as perguntas aos peritos sobre os recursos de poder dos atores chave na saúde suplementar, quais sejam: As operadoras de planos de saúde; os consumidores de planos de saúde; os prestadores de serviços de saúde; e os órgãos do Estado relacionados com a regulação do setor e a proteção de direitos do consumidor.

As perguntas, em número de vinte e cinco, encontram-se no quadro 23 enquanto o formulário, propriamente dito, aplicado na pesquisa de campo, incluindo o grau de conhecimento do perito no assunto, encontra-se no item 2.1 dos Anexos.

Quadro 23: Perguntas para o levantamento das variáveis de poder

No âmbito da saúde suplementar, como o Senhor (a) avalia cada um dos seguintes aspectos?

1. Quanto à TECNOLOGIA MÉDICA, os avanços e o desenvolvimento de novos procedimentos médicos são fundamentais para garantir a saúde de idosos e doentes crônicos no Brasil ?
2. Quanto à PRESENÇA NO LEGISLATIVO, os grupos de interesse privado na área da saúde têm capacidade para restringir pela via legal o custeio de serviços a idosos e doentes crônicos em procedimentos de alto custo?
3. Quanto à PRESENÇA NO EXECUTIVO, seja no Ministério da Saúde ou na Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, os integrantes de cargos de direção com ligações com grupos de interesse na área da saúde têm capacidade para minimizar os efeitos punitivos por infrações por operadoras de planos de saúde?
4. Quanto aos RECURSOS ECONÔMICOS, as entidades privadas da área de saúde têm capacidade para segmentar o mercado de planos de saúde, em planos coletivos e individuais, elitizando o sistema pela exclusão dos usuários de alto risco financeiro ?
5. Quanto aos RECURSOS ECONÔMICOS, os usuários de classe média que integram o sistema de planos empresariais de saúde, manterão sua capacidade de custeio após a eventual aposentadoria ?
6. Quanto aos RECURSOS ECONÔMICOS, os usuários de classe média que integram o sistema de planos empresariais de saúde, sofrerão decréscimo na renda familiar ao longo do tempo?
7. Quanto à ESTRUTURA DE LOBBY junto ao Legislativo, as entidades privadas de medicina têm capacidade para restringir o alcance de direitos de consumidores de planos de saúde?
8. Quanto ao CARISMA, a ação política de profissionais de saúde é importante para buscar soluções de mediação de interesse entre as entidades privadas de saúde e entidades de proteção de direitos de usuários de planos de saúde?
9. Quanto ao PRESTÍGIO, o Poder Judiciário tem capacidade para proteger os direitos dos idosos e doentes crônicos?
10. Quanto à PRESSÃO DE CLASSES, os profissionais da área médica têm capacidade para equilibrar a pressão político-econômica das organizações privadas de serviços de saúde contra uso de procedimentos de alto custo?
11. Quanto à PRESSÃO DE CLASSES, as entidades de proteção de direitos de usuários de planos de saúde, como o IDEC, têm capacidade para equilibrar a pressão político-econômica das organizações privadas de serviços de saúde?
12. Quanto aos SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, o Estado tem capacidade operacional para monitorar efetivamente o movimento financeiro do mercado de saúde suplementar ?
13. Quanto aos SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, as operadoras de planos de saúde têm capacidade para manter cadastros de doenças de todos os usuários do sistema?

14. Quanto às REDES DE COMUNICAÇÃO, as operadoras de planos de saúde têm capacidade para intercambiar cadastros de usuários de alto risco?
15. Quanto às REDES DE COMUNICAÇÃO, o Estado tem capacidade de articulação para entrosar sistemas de proteção ao consumidor de planos de saúde, como os PROGRAMAS DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR- PROCON, os Tribunais de Justiça e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS?
16. Quanto aos RECURSOS DE MÍDIA, as entidades de defesa do consumidor têm capacidade para sensibilizar a opinião pública a favor dos interesses de idosos e doentes crônicos?
17. Quanto aos RECURSOS DE MÍDIA, as entidades privadas de saúde têm capacidade para sensibilizar a opinião pública contra a abertura do mercado de serviços de saúde a organizações estrangeiras?
18. Quanto à PRESENÇA NO LEGISLATIVO, as operadoras de planos de saúde têm capacidade de afastar a ação regulatória da ANS sobre os planos coletivos?
19. Quanto ao CLAMOR POPULAR, as entidades de defesa dos usuários de serviços de saúde, públicos ou privados, têm capacidade para sensibilizar a sociedade junto aos representantes no Congresso na defesa dos direitos de idosos e doentes crônicos portadores de planos de saúde?
20. Quanto à ESTRUTURA DE LOBBY, as entidades de defesa de direitos de idosos e doentes crônicos, portadores de planos de saúde, têm capacidade para equilibrar as pressões políticas dos grupos privados de saúde?
21. Quanto à PRESENÇA NO LEGISLATIVO, as entidades de defesa de direitos de portadores de planos de saúde têm capacidade para inibir as doações de campanha política pelas organizações privadas de saúde?
22. Quanto às REDES DE COMUNICAÇÃO, as entidades de defesa de direitos de portadores de planos de saúde têm capacidade para somar esforços políticos em outras áreas e regiões do país?
23. Quanto aos RECURSOS DE MÍDIA, as entidades de defesa de direitos de idosos e doentes crônicos têm capacidade para sensibilizar a imprensa na defesa dos seus interesses?
24. Quanto ao PRESTÍGIO, os profissionais de saúde têm capacidade política para contrapor a pressão de parlamentares comprometidos com interesses econômicos de organizações privadas de saúde?
25. Quanto à PRESENÇA NO LEGISLATIVO, o Governo tem capacidade para oferecer planos de saúde à baixo custo para a população de baixa renda?

6.4 Formulação das hipóteses prospectivas

A seu turno, a coleta das percepções sobre hipóteses futuras, de início planejado para ser obtida pelo método Delphi, mas posteriormente substituída pelas frequências medianas ajustadas, também utilizou o meio de comunicação à distância, pela Internet, no levantamento da percepção dos peritos, a partir de uma lista preliminar de eventos elaborada com base nos resultados obtidos na pesquisa dos recursos de poder.

No caso, como demonstrado em detalhes no próximo capítulo sexto, referente aos resultados da pesquisa neuro-fuzzy, o ator *Operadoras de Planos de Saúde* desponta como dominante no setor, detendo um grau de relevância elevado e homogêneo nos atributos do Poder, Legitimidade e Urgência.

Por sua vez, o ator *Consumidor de Planos de Saúde* detém relevância moderada em apenas dois, Legitimidade e Urgência, carecendo do atributo do Poder. O *Estado*, englobando a ANS e o Judiciário, assim como os órgãos de defesa de direitos do consumidor, como os PROCON, detém apenas um atributo de poder, embora elevado, a Urgência, enquanto os *Prestadores de Serviços de Saúde* não figuram como atores relevantes, não sendo considerados como *stakeholders* pois suas ações não geram efeitos no comportamento do setor.

Desse modo, com base nos resultados sobre os recursos de poder dos atores associados com os fatos portadores de futuro, estes estabelecidos a partir da análise do contexto social brasileiro, objeto do capítulo quatro, foi elaborada a lista de hipóteses factíveis de ocorrência no ano de 2020, marco temporal da pesquisa.

No desenho de eventos futuros, na forma de cenários prospectivos, avaliamos como *fatos portadores de futuro* as situações com potencial para gerar desdobramentos relevantes na questão da saúde suplementar, as que se seguem (X):

- O rápido envelhecimento e longevidade da sociedade brasileira;
- O impacto dos custos da tecnologia médica;
- A redução da renda da classe média
- A saturação operacional do SUS
- O poder político dos interesses privados do setor da saúde no poder legislativo
- A baixa capacidade do Estado em regular o mercado de saúde suplementar

Ou seja, a partir dos dados sobre a relevância e os recursos de poder dos atores e os fatos portadores de futuro, construímos as principais questões a serem levadas à apreciação dos Peritos selecionados, sempre considerando que a hipótese central a ser testada é a de que os custos da saúde podem acarretar uma relevante exclusão da população de idosos e doentes crônicos no sistema de saúde suplementar, que será referido no futuro como:

“Em 2020...?”

sendo os quesitos individuais do instrumento de coleta de dados, em número de vinte, os listados a seguir no quadro 24:

Quadro 11: Lista preliminar de eventos futuros

1. O contingente de idosos e doentes crônicos no sistema de planos de saúde será 50 % inferior ao de 2006.
2. A abrangência dos planos individuais e familiares, segmento regulado pela ANS, estará restrita a 10 % do mercado de planos de saúde como um todo.
3. O volume de parlamentares comprometidos com os interesses das entidades privadas de saúde somará 50% do Congresso.
4. O volume de sentenças judiciais contrárias aos interesses das operadoras de planos de saúde sofrerá redução em 50 %, em relação a 2006, pela legislação produzida pela chamada “bancada da saúde” no Congresso.
5. O sistema de planos de saúde terá riscos compartilhados entre as operadoras de planos e os usuários, para a contenção dos custos.
6. O SUS não suportará o contingente da classe média excluída do sistema dos planos de saúde resultando que 10 milhões de pessoas fiquem sem assistência médica.
7. A questão da saúde de idosos e doentes crônicos formará a plataforma dos discursos de políticos candidatos a cargos eletivos.
8. O contingente de usuários do sistema de planos individuais e familiares será 100% inferior do que no ano de 2006.
9. O sistema dos planos coletivos será mais seletivo, por critérios de renda e idade, resultando em redução em 50% do total segurado, em relação ao ano de 2006.
10. O Estado criará Juizados Especiais Cíveis, especializados em questões de saúde.
11. O inexorável envelhecimento da sociedade, a par da elevação dos custos da medicina, impulsionará a elevação em 100% nas dotações orçamentárias do Sistema Único de Saúde -SUS.
12. Serão desenvolvidos novos modelos de planos de saúde, diferenciados por região geográfica e o perfil de saúde de cada estrato e consumidores.

13. A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula, por instrumentos diretos ou indiretos, os planos coletivos.
14. O Governo regulará a importação de tecnologia de ponta.
15. O acesso à tecnologia médica de ponta não será acessível aos idosos e doentes crônicos de classe de renda média.
16. O mercado de planos de saúde será aberto às organizações estrangeiras.
17. Os gastos com saúde em planos coletivos são tributados.
18. Haverá uma migração de idosos ao interior visando acesso à saúde de qualidade pelo SUS.
19. O SUS será inteiramente reformulado encampando o mercado da saúde suplementar.
20. Os planos de saúde individuais e familiares deixam de existir.

6.4.1 Instruções para o preenchimento do questionário das hipóteses futuras

O perito deverá opinar sobre sua crença na possibilidade de ocorrência de cada uma das hipóteses dentro do horizonte de tempo fixado, que no nosso caso, se estende ao ano de 2020, sendo que esta possibilidade deverá ser traduzida pela atribuição de uma opinião, entre 0% e 100%, adotando a seguinte convenção:

Quadro 25: Tabela de probabilidade de ocorrência de evento

Na sua opinião, qual é a probabilidade de ocorrência destes eventos ?

A ocorrência do Evento é:	Probabilidade (%)
Certa	100
Quase certa	81 – 99
Muito provável	61 – 80
Provável	41 – 60
Pouco Provável	21 – 40
Improvável	1 – 20
Impossível	0

Do mesmo modo, o especialista deverá opinar sobre a pertinência, ou seja, a relevância, a importância e validade da hipótese em relação ao tema que se está estudando, tendo em conta que a pertinência independe da probabilidade de ocorrência da hipótese, atribuindo valores de acordo com a convenção a seguir:

Quadro 26: tabela de grau de pertinência de evento

Na sua opinião, como o senhor (a) avalia a pertinência de cada hipótese ?

Pertinência	Grau
Altíssima	9
Muito Alta	8
Bem alta	7
Alta	6
Média	5
Baixa	4
Bem baixa	3
Muito baixa	2
Baixíssima	1

Quanto à coluna de auto-avaliação, cada perito deve avaliar o seu grau de conhecimento sobre cada hipótese isoladamente, atribuindo valores conforme o quadro 27.

Quadro 27: Tabela de auto-avaliação do perito

Quanto à sua auto-avaliação nesses assuntos, como se considera ?

O avaliador se considera:	Grau
Conhecedor do assunto	9
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de atividades que exerce atualmente	8
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de atividades que exerceu e se mantém atualizado	6 / 7
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de leituras, por livre iniciativa	5
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de atividade que exerceu e não está atualizado	3 / 4
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de leituras, por livre iniciativa, e não está atualizado.	2
Tem conhecimento apenas superficial	1

6.4.2 Instruções para o preenchimento da Matriz de Impactos Cruzados

Cada especialista deverá opinar sobre a influência que a ocorrência de um evento causará na probabilidade de ocorrência dos demais, o que denominamos como impacto. A ocorrência de um determinado evento fará com que os outros sejam influenciados em uma das formas dadas pelo quadro 28 :

Quadro 28: Tabela de influências cruzadas

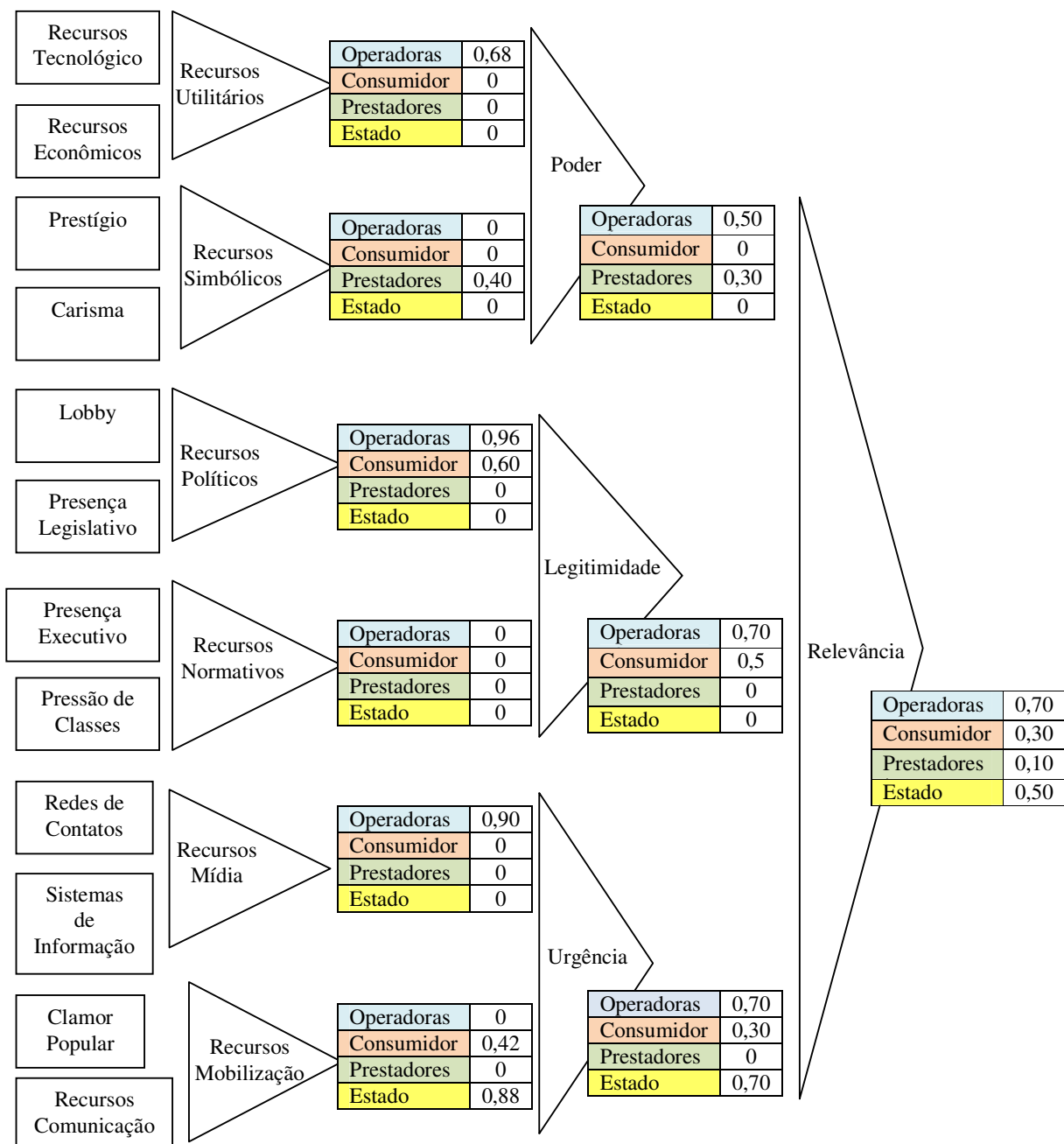
Influências cruzadas	
Perito:	
Se o Evento i ocorrer, o Evento j	Impacto
- é certo que ocorre	+ 5
- tem aumentada fortemente sua probabilidade de ocorrer	+ 4
- tem aumentada consideravelmente sua probabilidade de ocorrer	+ 3
- tem aumentada moderadamente a sua probabilidade de ocorrer	+ 2
- tem aumentada fracamente sua probabilidade de ocorrer	+ 1
- não tem alterada sua probabilidade de ocorrer (evento independente)	0
- tem diminuída fracamente sua probabilidade de ocorrer	- 1
- tem diminuída moderadamente sua probabilidade de ocorrer	- 2
- tem diminuída consideravelmente sua probabilidade de ocorrer	- 3
- tem diminuída fortemente sua probabilidade de ocorrer	- 4
- é certo que não ocorre	- 5

Desse modo, a matriz de correlações a ser avaliada, como mostrada no quadro 29, será a seguinte:

6.5 Resultados da pesquisa sobre os recursos de poder

A apuração na pesquisa de campo, dados e cálculos disponíveis no Anexo 3, sobre percepções subjetivas sobre a capacidade dos atores do setor da saúde suplementar em alcançar objetivos com base em recursos de poder que lhe são próprios, sinalizou para a configuração ilustrada no diagrama 65.

Diagrama 65: Os recursos de poder dos atores da saúde suplementar



6.5.1 Análise dos atributos de poder dos atores

A análise dos recursos de poder dos atores que integram o contexto da saúde suplementar evidencia a superioridade das *Operadoras de Planos de Saúde*, como um ator portador de interesse com poder de influência bem superior aos demais, sendo dominante neste setor.

No caso, as operadoras reúnem os três atributos básicos de poder, conforme a tipologia de Mitchel, Agle, Wood³⁷, conformando uma alta relevância. Para tal, o ator conta com recursos utilitários, oriundos do suporte econômico e tecnológico; recursos políticos derivados de competentes lobbies no acesso a representantes do poder legislativo e de sólidos recursos de mídia, advindos de competentes sistemas de informação e uma ampla rede de contatos com outros agentes que compartilham interesses comuns no setor da saúde suplementar, embora não o integrem diretamente, como os centros de diagnóstico-terapêuticos.

Um ponto claro de fraqueza neste ator está na dimensão dos recursos simbólicos, composto pelo *Prestígio* e o *Carisma*, posto que normalmente este agente não é visto com simpatia pelos demais atores e grande parte da população, desempenhando o papel do vilão do sistema ao ser vinculado à imagem do capitalista que lucra com a doença. Embora não explícita nos meios de comunicação, o efeito das sucessivas lides judiciais e o *ranking* das multas aplicadas pelos PROCON e a ANS têm contribuído para formar a imagem negativa deste ator junto aos beneficiários de planos de saúde, sendo entendidos como importantes e necessários, porém não bem quistos.

Por esta razão, a capacidade para envolver, mobilizar, o público pelo *Clamor Popular*, ou mesmo outros setores envolvidos com a área da saúde é muito baixa, exigindo um robusto esforço de mídia para compensá-lo. Naturalmente, falta a este ator uma estratégia mais integrada de marketing social junto à população.

Quanto aos *Consumidores de Planos de Saúde*, este conta apenas com medianos recursos políticos e de mobilização, que contribuem para uma aceitação social que legitima seus interesses com uma intensidade média, pela percepção generalizada de que este é próprio a uma sociedade construída com base nos valores e nas normas.

A escassez de recursos utilitários contribui para a ausência de sistemas de informação que facilitem o entrosamento com outros agentes com interesses similares, gerando redes de contatos políticos que poderiam por meio da mídia fortalecer a pressão do Clamor Popular sobre o Legislativo e o Executivo, compensando a baixa capacidade de organização.

De um modo geral, este ator é representado por específicas entidades do Estado, como a ANS, os PROCONs e o Poder Judiciário, mas que, por sua vez, não desenvolvem estratégias compartilhadas não se comunicado entre si, resultando que seus objetivos sejam alcançados com um nível baixo de Urgência.

Desse modo, os *Consumidores* se enquadram na tipologia adotada como um ator que não possui Poder necessário para viabilizar seus interesses, embora estes sejam avaliados como legítimos, o que o caracteriza como um ator *Latente e Dependente* dos demais, mostrando uma baixa relevância na dinâmica do setor.

Quanto aos *Prestadores de Serviços de Saúde*, estes contam apenas com o atributo dos recursos simbólicos, o *Prestígio* e o *Carisma* traduzidos na imagem do médico que cura, sendo praticamente nula a sua capacidade de ação na dinâmica interna do setor. Não detém recursos utilitários para acionar recursos de mídia junto à população e na formação de redes que poderiam pressionar o Legislativo e a ANS na defesa dos seus interesses. A sua relevância no setor é extremamente baixa, caracterizando-o como um *não stakeholder*. Um agente que não participa das relações sociais do setor.

O ator *Estado*, de acordo com a pesquisa aparentemente não utiliza os recursos utilitários que certamente dispõe, ou pelo menos do modo que sejam percebidos pela população. Os recursos simbólicos, advindos do *Prestígio* e *Carisma* são muito baixos, o que pode ser explicado pela ausência de uma política de esclarecimento de suas funções institucionais junto à segmentos mais amplos da sociedade. Entretanto, o ator apresenta uma elevada capacidade de mobilização, advindos do *Clamor Popular* e dos *Recursos de Comunicação* que dispõe, o que favorece a imposição de *Urgência* nas questões que considera importante ou crítica aos interesses que advoga. Porém, a sua Legitimidade é muito baixa, reforçando a hipótese de que os órgãos do Estado não estão apropriadamente configurados conforme um sistema social baseado em valores. A sua relevância na saúde suplementar é mediana.

6.6 Resultados da pesquisa das hipóteses futuras

Nesta fase, procuramos testar a hipótese de que os custos agregados da saúde podem acarretar uma forte exclusão da população de idosos e doentes crônicos do sistema de saúde suplementar, tendo por referência temporal o ano de 2020. Para tal, foram elaboradas hipóteses com base nos resultados nos recursos de poder dos atores, e nos fatos portadores de futuro:

- O envelhecimento e a longevidade da sociedade brasileira;
- Os custos da tecnologia médica;
- A redução da renda da classe média;
- A saturação operacional do SUS;
- O poder político dos grupos de interesses privados junto ao Legislativo e
- A baixa capacidade do Estado em regular o mercado de saúde suplementar.

O processamento das percepções dos peritos sobre as pertinências das hipóteses com o tema em estudo sinalizou as seguintes frequências, no quadro 30:

Quadro 30: As hipóteses pertinentes ao estudo

RESULTADOS:		As hipóteses pertinentes ao estudo												
Eventos	Pertinência						Tendência Central			Dispersão	Interesse ao Estudo			
	A	B	C	D	E	F	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Alto	Médio	Fraco	
1	2	2	8	8	8	8	5,3	8,0	8	3,09				
2	6	4	8	9	6	6	5,9	6,0	6	1,76				
3	5	4	8	6	8	5	5,6	5,5	5	1,67				
4	3	3	8	8	8	6	5,7	7,0	8	2,45				
5	6	5	8	8	8	6	6,6	7,0	8	1,33				
6	9	1	8	8	9	6	6,7	8,0	9	3,06				
7	7	8	5	9	7	7	7,1	7,0	7	1,33				
8	9	1	8	8	6	6	6,6	7,0	8	3,06				
9	7	4	4	8	7	6	6,4	6,5	7	1,67				
10	9	5	4	9	8	5	7,1	6,5	9	2,25				
11	9	6	8	7	8	6	7,9	7,5	6	1,21				
12	8	7	5	8	7	6	7,6	7,0	8	1,17				
13	6	5	8	7	8	6	7,6	6,5	6	1,21				
14	8	1	4	7	7	5	6,6	6,0	7	2,58				
15	9	2	8	8	7	8	8,1	8,0	8	2,52				
16	8	7	4	5	6	6	7,4	6,0	6	1,41				
17	8	5	8	5	8	7	8,3	7,5	8	1,47				
18	8	5	4	6	6	8	7,9	6,0	8	1,6				
19	8	1	4	7	9	8	8,0	7,5	8	3,06				
20	9	2	2	7	7	7	7,7	7,0	7	2,94				

Como explicado no item 6.2 deste capítulo, o método Delphi foi substituído pelo das frequências das respostas, ajustadas por medidas de tendência central e de dispersão. No caso, algumas decisões estratégicas foram assumidas pelo Grupo de Controle:

- Seleção das hipóteses com menor grau de dispersão, identificadas pelo desvio padrão das respostas.
- Dentre estas, seleção das hipóteses com corte nas medidas das medianas e das médias com valor igual ou superior a 7,0
- Desse conjunto, seleção daquelas avaliadas como de fraco, médio ou alto interesse estratégico para o estudo.

Desse modo, as hipóteses finais, selecionadas como eventos estratégicos mais alinhados com a hipótese central da pesquisa foram em número de onze, descritos no quadro 31.

Quadro 31: os eventos mais pertinentes com o estudo

nº	Eventos
7	A questão da saúde de idosos e doentes crônicos formará a plataforma dos discursos de políticos a cargos eletivos.
10	O Estado criará Juizados Especiais Cíveis, especializados em questões de saúde.
11	O inexorável envelhecimento da sociedade, a par da elevação dos custos da medicina, impulsionará a elevação em 100% nas dotações orçamentárias do Sistema Único de Saúde -SUS, em relação a 2006.
12	Serão desenvolvidos novos modelos de planos de saúde, diferenciados por região geográfica e o perfil de saúde de cada estrato e usuários.
13	A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula, por instrumentos diretos ou indiretos, os planos coletivos de saúde.
15	O acesso à tecnologia médica de ponta não será acessível aos idosos e doentes crônicos da classe de renda média.
16	O mercado de planos de saúde será aberto às organizações estrangeiras
17	Os gastos com saúde em planos coletivos são tributados
18	Haverá uma migração de idosos ao interior do País visando acesso à saúde de qualidade pelo SUS
19	O SUS será inteiramente reformulado encampando o mercado da saúde suplementar
20	Os planos de saúde individuais e familiares deixam de existir

Uma vez identificadas os onze eventos avaliados como os mais pertinentes com a questão central da pesquisa, procedemos ao cálculo das suas probabilidades de ocorrência, ajustadas pela auto-avaliação dos peritos em cada evento, como mostra o quadro 32.

Quadro32: Cálculo das probabilidades e auto-avaliação dos entrevistados

Eventos	Probabilidades dos Eventos Pertinentes						Auto - Avaliação nos eventos pertinentes					
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
7	90	90	50	90	30	30	6	8	5	6	3	4
10	30	30	30	30	50	30	6	5	5	7	3	2
11	30	50	90	60	30	30	6	7	5	6	3	2
12	90	70	70	80	50	10	6	7	5	7	3	1
13	50	50	90	30	70	50	6	4	5	6	3	4
15	10	30	90	70	50	50	6	8	5	7	3	2
16	10	70	30	20	50	50	6	7	5	7	3	2
17	30	50	90	20	50	50	6	4	5	7	3	2
18	10	30	30	30	30	10	6	5	5	7	3	2
19	70	0	30	40	30	10	6	7	5	7	3	2
20	0	10	10	30	30	30	6	7	5	7	3	4

Sendo calculadas as probabilidades ponderadas para os cenários, conforme o quadro 33.

Quadro 33: probabilidades e eventos selecionados

Eventos	Probabilidade ponderada dos eventos	
	Equação	P(e) [%]
7	$[90 \times 6 + 90 \times 8 + 50 \times 5 + 90 \times 6 + 30 \times 6 + 30 \times 3] / 6+8+5+6+3+4$	72,5
10	$[30 \times 6 + 30 \times 5 + 30 \times 5 + 30 \times 7 + 50 \times 7 + 30 \times 2] / 6+5+5+7+3+2$	39,2
11	$[30 \times 6 + 50 \times 5 + 90 \times 5 + 60 \times 7 + 30 \times 3 + 30 \times 2] / 6+7+5+6+3+2$	50
12	$[90 \times 6 + 70 \times 8 + 70 \times 5 + 80 \times 6 + 50 \times 3 + 10 \times 2] / 6+7+5+7+3+1$	72
13	$[50 \times 6 + 50 \times 4 + 90 \times 5 + 30 \times 6 + 70 \times 3 + 50 \times 4] / 6+4+5+6+3+4$	55
15	$[10 \times 6 + 30 \times 8 + 90 \times 5 + 70 \times 7 + 50 \times 3 + 50 \times 2] / 6+8+5+6+3+2$	50
16	$[10 \times 6 + 70 \times 7 + 30 \times 5 + 20 \times 7 + 50 \times 3 + 50 \times 2] / 6+7+5+7+3+2$	36
17	$[30 \times 6 + 50 \times 4 + 90 \times 5 + 20 \times 7 + 50 \times 3 + 50 \times 2] / 6+4+5+7+3+2$	45
18	$[10 \times 6 + 30 \times 5 + 30 \times 5 + 30 \times 7 + 30 \times 3 + 10 \times 2] / 6+5+5+7+3+2$	24
19	$[70 \times 6 + 0 \times 7 + 30 \times 5 + 40 \times 7 + 30 \times 3 + 10 \times 2] / 6+7+5+7+3+2$	32
20	$[0 \times 6 + 10 \times 7 + 10 \times 5 + 30 \times 7 + 30 \times 3 + 30 \times 2] / 6+7+5+7+3+2$	16

Nesta fase, uma nova decisão estratégica foi tomada pelo Grupo de Controle:

- Seleção das hipóteses com corte nas médias dos valores atribuídos às percepções de probabilidades com valor igual ou superior a 50,0 %

As hipóteses pertinentes com o estudo e com maior probabilidade de ocorrência estão descritas no quadro 34.

Quadro 34: probabilidades dos eventos pertinentes com o estudo

Eventos	P(e) %	Descrição dos Eventos Pertinentes com o Estudo
7	72,5	A questão da saúde dos idosos e doentes crônicos forma a plataforma de políticos a cargos eletivos
10	39,2	
11	50	O inexorável envelhecimento da sociedade, a par da elevação dos custos da medicina, eleva em 100% nas dotações orçamentárias do SUS, em relação a 2006.
12	72	São desenvolvidos novos modelos de planos de saúde, diferenciados por região geográfica e o perfil de saúde de cada estrato de usuários
13	55	A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula, por instrumentos diretos ou indiretos, os planos coletivos de saúde
15	50	O acesso à tecnologia médica de ponta não é acessível aos idosos e doentes crônicos da classe de renda média.
16	36	
17	45	
18	24	
19	32	
20	16	

RESULTADOS:

As Probabilidades de ocorrência dos eventos pertinentes

IMPACTOS CRUZADOS

Cenário formado pelas hipóteses combinadas

Ou seja, os cinco eventos considerados como definitivos são os descritos no quadro 35.

Quadro 35: Eventos definitivos

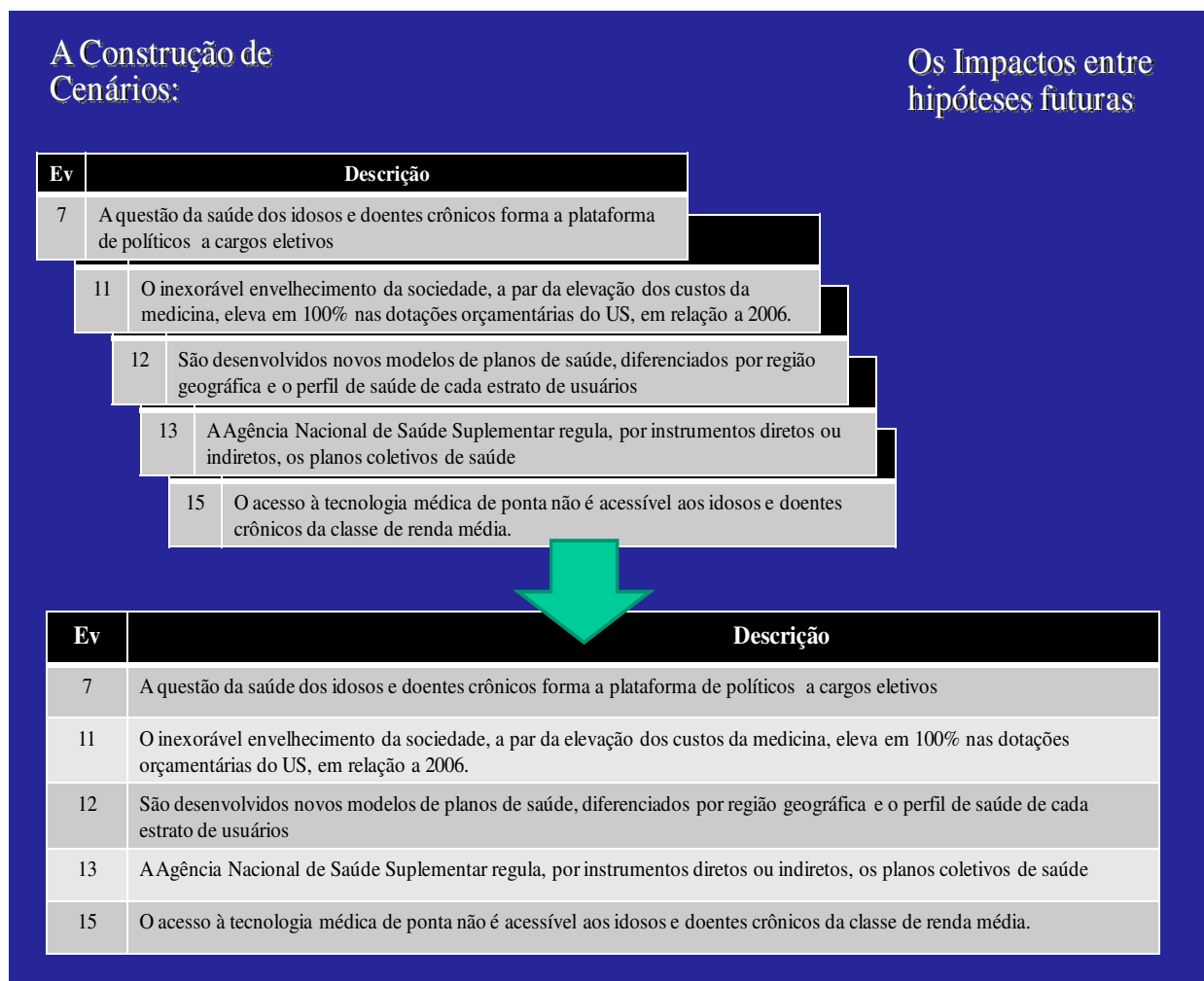
Eventos	Descrição
7	A questão da saúde de idosos e doentes crônicos formará a plataforma de políticos a cargos eletivos.
11	O inexorável envelhecimento da sociedade, a par da elevação dos custos da medicina, impulsionará a elevação em 100% nas dotações orçamentárias do Sistema Único de Saúde -SUS, em relação a 2006.
12	Serão desenvolvidos novos modelos de planos de saúde, diferenciados por região geográfica e o perfil de saúde de cada estrato e usuários.
13	A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula, por instrumentos diretos ou indiretos, os planos coletivos de saúde.
15	O acesso à tecnologia médica de ponta não será acessível aos idosos e doentes crônicos da classe de renda média.

Desse modo, de acordo com a pesquisa no ano de 2020 poderá efetivamente ocorrer uma forte exclusão do segmento de idosos e doentes crônicos do sistema da saúde suplementar, pela falta de acesso às tecnologias médicas de ponta, dentre outras causas.

6.7 Resultados da matriz de impactos cruzados

Com base em Grumbach⁵⁶ e nas opiniões dos peritos entrevistados, interpretamos o grau de influência de cada evento sobre a probabilidade de ocorrência dos demais, formando uma Matriz de Impactos Cruzados Medianos a partir dos eventos definitivos descritos no capítulo anterior, conforme ilustração do diagrama 36.

Diagrama 36: os impactos entre as hipóteses



A apuração das medianas dos impactos cruzados, das respostas dos peritos, encontra-se no quadro 37.

Quadro 37: os impactos cruzados entre eventos pertinentes e prováveis

RESULTADOS:
Matriz de Impactos Cruzados Medianos

Ev	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7											+4+4+3+4	+5+4+0+4	+4+4+0+0		+5+1+3+3					
8																				
9																				
10																				
11							+2+4+4+3					0+4+0+3	0+4+0+0		+4+4-2+4					
12							+4+3+4+3				+3+4+3+4		+4+4+0+0		+5-2+2+4					
13							+3+2+0+3				0+0+0+3	+3+4+0+3			+4-1+0+0					
14																				
15							+3+4-5-3				-2+4-3+0	+4+4+3+3	+2+4-4-3							
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

A Matriz de Impactos Cruzados Medianos, que deriva dos eventos definitivos calculados no capítulo anterior, encontra-se no Quadro 38.

Quadro38: Matriz de impactos medianos

Impacto De Sobre	P(ev)	7	11	12	13	15	Dependência
		Ev 7	72		4	4,5	
Ev 11	50	2,5		1,5	0	4	8
Ev 12	72	3,5	3,5		2	4,5	13,5
Ev 13	55	3	1,5	3		2	9,5
Ev 15	50	0	-1	3,5	-0,5		2
Motricidade		9	8	12,5	3,5	14,5	

A interpretação desta matriz reforça o grau de confiança na pesquisa e nas frequências ajustadas pois confirma as características dos cenários, que são dispostos em quatro quadrantes em relação aos pontos médios da Motricidade e da Dependência, segundo eixos coordenados, como ilustrado no diagrama xx.

Ponto médio da Motricidade: $(14,5 + 3,5) / 2 = 9$

Ponto médio da Dependência: $(14,5 + 2) / 2 = 8,25$

O Quadrante I identifica os valores máximos tanto da motricidade como da dependência identificando as variáveis que interligam as variáveis explicativas com as de resultado. O Quadrante II mostra as variáveis com alta motricidade e baixa dependência, ou seja, as variáveis explicativas que condicionam o restante do sistema. O Quadrante III aponta as variáveis com valores baixos da motricidade e da dependência, sinalizando as variáveis autônomas que não condicionam o sistema podendo ser desconsideradas, e o Quadrante IV mostra os valores baixos da motricidade e altos de dependência, identificando as variáveis de resultado, conforme Narcisa Santos¹²⁰.

Conforme o quadro 34, as coordenadas dos eventos, em termos da dependência e da motricidade, dispostos em eixos de abscissas e ordenadas, respectivamente, são:

Ev 7 : (14,5 ; 9)

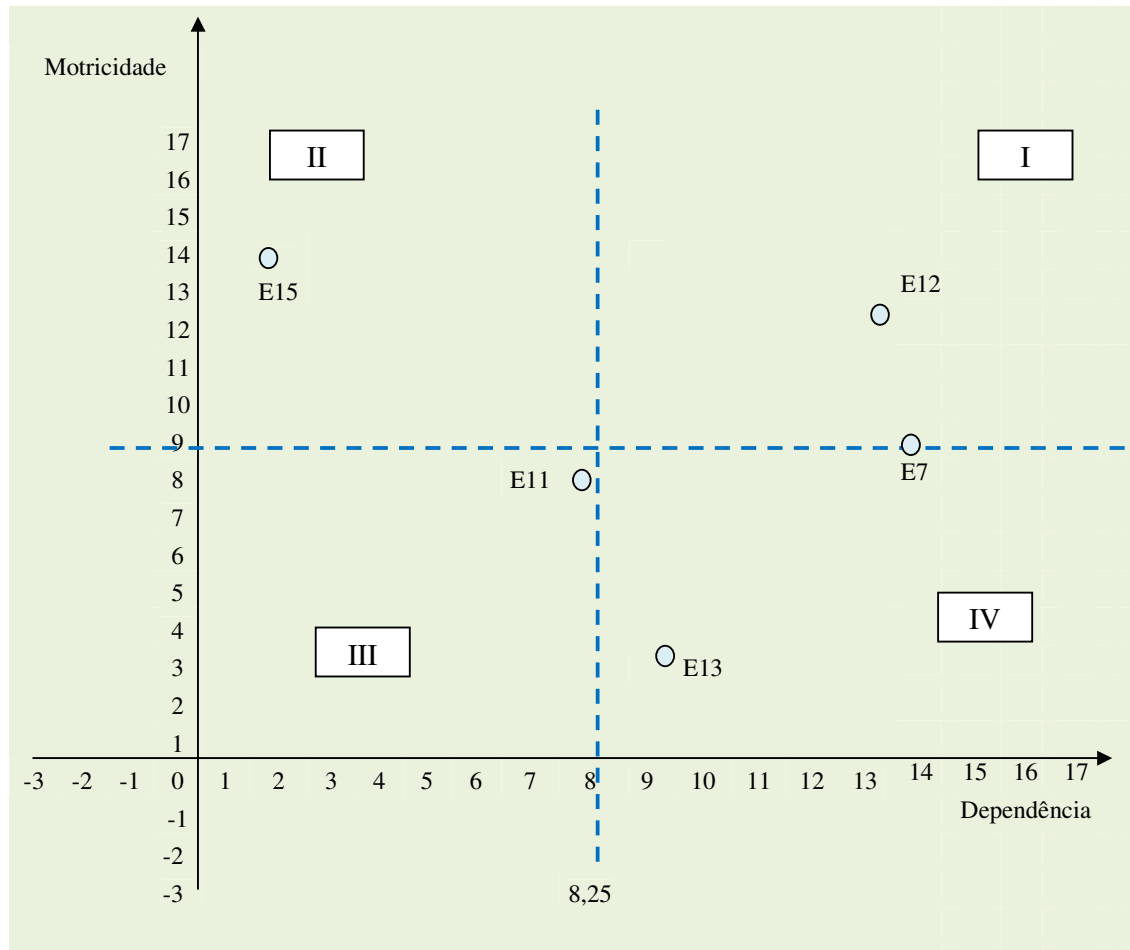
Ev 11: (8 ; 8)

Ev 12: (13,5 ; 12,5)

Ev 13: (9,5 ; 3,5)

Ev 15: (2; 14,5)

Quadro 39: Os quadrantes da motricidade e dependência

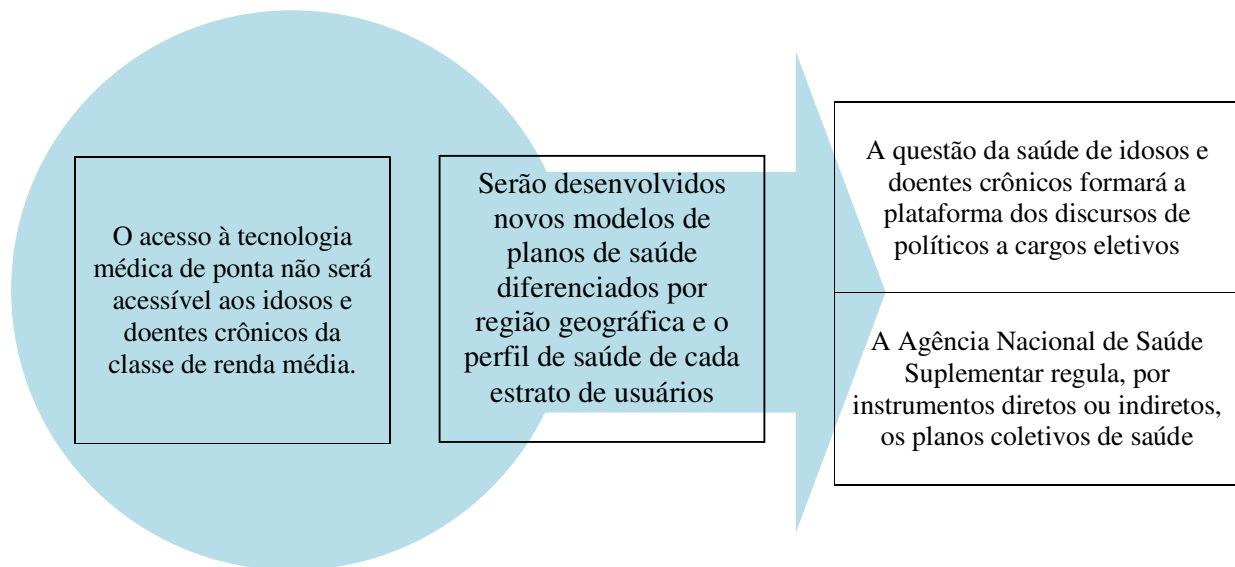


Desse modo, concluímos que:

- As variáveis de resultado são os eventos 7 e 13;
- As variáveis explicativas são os eventos 15;
- A variável de ligação é o evento 12 e
- A variável autônoma é o evento 11, passível de ser desconsiderada.

Ou seja, a relação entre as hipóteses decorre de um fluxo de dependência que se origina no evento 15, é reforçado pelo evento 12 agregando efeitos nos eventos 7 e 13, as variáveis de resultado, como ilustrado no diagrama 66.

Diagrama 66: Os desdobramentos entre os eventos futuros

Em 2020....,

Que pode configurar o seguinte quadro social:

Quadro 40: cenário social projetado para 2020



6.8 Análise dos cenários projetados para 2020

De acordo com o estudo, o cenário projetado para o ano de 2020 confirma a hipótese de exclusão de relevante contingente de idosos e doentes crônicos do sistema de saúde suplementar, pertencentes à classe média de renda, por fatores relacionados aos elevados custos das tecnologias e procedimentos médicos de vanguarda.

O fenômeno deverá acarretar o desenvolvimento de ajustes nos produtos do mercado da saúde suplementar, tornando-os mais acessíveis à capacidade de desembolso dos beneficiários. Para tal, é possível que os planos fiquem bastante diferenciados entre si, sendo configurados conforme o perfil saúde-renda dos titulares e familiares cobertos pelos planos de saúde, cujos dados serão apurados em procedimentos formais e obrigatórios de *anamnese* (II), identificando-se a história médica pregressa e o histórico familiar, pessoal e social dos beneficiários. As situações de epidemias, como a dengue e a gripe suína daria margem à cobrança de sobretaxas nas prestações para compensar os custos excepcionais das operadoras de planos de saúde.

Outro parâmetro a ser considerado na composição do perfil saúde-renda do titular do plano de saúde poderá ser a região geográfica do seu domicílio, resultando que a qualidade do meio ambiente influencie o preço do plano. Ou seja, um morador dos centros urbanos populosos, em bairros próximos da periferia das cidades, ou de favelas, poderá arcar com incrementos nos preços pela sua maior vulnerabilidade à violência urbana.

Por outro lado, a experiência da crise financeira global dos anos 2008-2009, que gerou uma forte desalocação de postos de trabalho e conseqüente desligamento de relevante número de beneficiários dos planos coletivos de saúde, ensejará uma provável pressão política junto à ANS para que esta estenda mais efetivamente a ação regulatória sobre os planos coletivos de saúde, por meio de regras que garantam a continuidade do acesso à saúde aos eventuais desempregados.

Desse modo, é possível que as organizações empregadoras, contratantes de seguros de saúde junto às operadoras, assumam a plenitude dos *riscos da mercancia*, arcando com o custo de seguros compartilhados com as operadoras para dar continuidade à cobertura de saúde àqueles indivíduos que percam o vínculo empregatício formal, aceitando que

estes dêem continuidade aos pagamentos de sua cota-parte por fontes alternativas de renda, não necessariamente comprováveis.

O estudo sinaliza que embora o SUS possa receber no ano 2020 maciços reforços orçamentários, para potencializá-lo à elevação dos custos da tecnologia médica e do contingente de idosos, impulsionando a melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde, estas medidas poderão não ser suficientes para seduzir a classe média contratante dos seguros privados de saúde para o seu âmbito, mesmo que estes segmentos fiquem sob risco de perder os vínculos com a saúde suplementar. Ou seja, os dois sistemas devem continuar independentes, atendendo públicos diferenciados por fatores sociais.

Naturalmente, o cenário projetado para 2020, com 18 milhões de sexagenários eleitores sob risco de exclusão do sistema de planos de saúde, reforçará o oportunismo de inúmeros candidatos a cargos eletivos no poder Executivo e Legislativo, advogando a causa do acesso à saúde dos idosos e doentes crônicos em toda a sua plenitude.

Por outro lado, este quadro poderá reverter o forte desequilíbrio no poder político dos atores da saúde suplementar, pela via da renovação do Congresso e o ingresso de parlamentares mais compromissados com o valor social da saúde. Neste sentido, setores sociais até então adormecidos ou apenas latentes poderão ser sensibilizados e criar entidades organizadas na defesa de seus direitos, elegendo representantes próprios ao Legislativo.

Ou seja, é possível que ante um quadro extremamente severo, gerador de uma forte crise social, novas relações sociais sejam geradas entre os atores do sistema de saúde brasileiro e uma nova configuração na estrutura da saúde suplementar seja desenvolvida.

7. RELAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL

Neste ponto do trabalho, consideramos interessante acrescentar uma breve descrição dos principais sistemas de saúde no contexto internacional e as relações sociais identificadas, visando agregar subsídios comparativos com o modelo de saúde misto no Brasil.

7.1 O ambiente europeu

A tendência à institucionalização de sistemas públicos de proteção social na Europa Ocidental foi muito forte nos países que se envolveram fortemente em conflitos bélicos, sofrendo pesadas perdas humanas e arcando com o peso dos mutilados e a vulnerabilidade às endemias, resultando na produção de um elevado número de leis protecionistas nos períodos pós-guerra tanto no final do século XIX como após os anos de 1918 e 1945.

No caso, a motivação política da atenção à saúde remonta à Idade Média, quando os hospitais eram controlados pelas ordens religiosas, sendo depois agregados à esfera do Estado após a reestruturação das propriedades da Igreja Católica, que se viu obrigada a manter redes próprias, providas por doações voluntárias, formando as bases de um sistema privado de saúde em contraposição ao público.

Mais tarde, no bojo das pressões sociais do séc. XIX foram instituídas *Sociedades de Ajuda Mútua*, de cunho voluntário, e os *Fundos de Doenças* para o suporte financeiro aos seus membros, criando as bases dos atuais *Fundos Mútuos de Seguro de Saúde*, avaliados, naquela época, como forma alternativa de organização da classe trabalhadora, dando início ao processo de intervenção estatal no sistema privado da saúde.

Modernamente, as ações públicas voltadas à regulação dos sistemas de saúde focalizam três programas básicos de financiamento: 1) os subsídios públicos a organizações de seguro voluntário – no caso, os Fundos Mútuos; 2) a tributação sobre folhas de salários para o custeio de seguros nacionais de saúde; e 3) impostos gerais sobre a renda para o financiamento da rede de assistência de serviços públicos de saúde.

As regras para os subsídios aos *Fundos Mútuos* incidem sobre as empresas vinculadas nesta modalidade de programa, não se confundindo, entretanto, com a legislação própria das sociedades mutualistas ou de proteção ao consumidor. Não intervém no processo de livre escolha dos filiados e nos níveis de remuneração dos médicos, deixado à livre negociação entre estes e a Administração dos Mútuos, além de não impor vínculos institucionais entre os médicos e os hospitais ao Estado, conforme Ellen Immergut¹²⁵.

Por outro lado, a regulação dos seguros nacionais de saúde é ampla e robusta: incide sobre as entidades seguradoras integrando-as na estrutura do Governo, dispõe sobre a remuneração dos médicos e os dispêndios dos hospitais; incide também sobre os pacientes, que contribuem compulsoriamente para o financiamento embora usufruam deste de modo seletivo, segundo as faixas de renda e de idade. O financiamento à rede de assistência de serviços ocorre pela centralização orçamentária da rede pública e nas restrições contratuais com prestadores privados terceirizados, médicos e hospitais.

Ou seja, os programas de saúde centralizam o poder de compra do Estado, gerando um sólido monopólio, mas estimulam a oferta de serviços médicos privados ao injetarem recursos públicos no sistema pela assistência aos segmentos sociais de baixa renda. Ellen Immergut¹²⁴ avalia que os instrumentos de intervenção nos sistemas de saúde se ajustam à estratégia de fortalecimento do poder executivo pela via do atendimento aos interesses dos trabalhadores e dos prestadores privados de serviços de saúde.

Entretanto, no período entre 1980 e 1990 os sistemas de saúde da maioria dos países desenvolvidos sofreram uma forte pressão externa por restrições fiscais oriundas da competitividade e internacionalização das economias, insurgindo a visão liberal sobre as metas de Governos comprometidos com a estruturação de ambientes de Bem Estar Social, *welfare state*.

Dentre esses, destacam-se as soluções adotadas pelo Reino Unido e a Alemanha, aquele mesclando fundamentos do neoliberalismo com liberdade de mercado, porém sob forte controle do Estado, enquanto na Alemanha, rejeitando as teses de Adam Smith, formulou estruturas de risco diferenciadas por desigualdades de classes, mas igualmente sob rígido controle do Estado, como avaliam Giaimo e Manow¹²⁶.

Os fundamentos ideológicos dominantes nestas duas sociedades ajudam a entender a natureza das decisões políticas que desenharam as reformas, assim como algumas tendências futuras.

No Reino Unido, fatores como a forma unitária do Estado inglês, a ascensão ao poder do partido conservador com Margareth Thatcher e a adesão tradicional da população à tese da regulação pela mão invisível do mercado, de Adam Smith, favoreceram a implantação de um modelo de competição gerenciada, *managed competition*, de Alain Enthoven, porém, paradoxalmente, sob total controle do Estado nas relações entre fornecedores e compradores de insumos e serviços médicos para o *National Health Service*.

A introdução de mecanismos de mercado na saúde visou elevar os níveis de eficiência e a contenção de custos, além de inibir o poder de pressão de grupos corporativos, como os fornecedores e a própria classe médica. No caso, o fortalecimento político dos médicos generalistas – *general practitioners - GP* gerou controles sobre as práticas médicas reduzindo a relação custo/benefício dos serviços de saúde. Porém, as doenças advindas da pobreza estimularam a criação de *Health Action Zones*, voltadas à prevenção de males derivados do meio ambiente e da exclusão social, conforme Iliffe e Munro ¹²⁷.

A ação restritiva dos *GPs* acarretou mudanças negativas no sistema quanto à equidade, evidenciado no aumento das filas de espera nos procedimentos de alto custo, na medida em que, sintonizados na visão de livre mercado, os *GPs* desconsideraram ou retardam as providências necessárias ao atendimento às prescrições médicas de custo mais elevado. Embora o governo britânico fuja à sua responsabilidade nestes casos, é improvável que altere a atual configuração do sistema, pela continuidade da força do partido conservador – de secular tendência liberal – porém sem abrir mão do controle centralizador no Estado, avalia Immergut ¹²⁵.

Na Alemanha, a tradição bismarckiana de Estado-Nação sempre refutou tendências ao comunismo ou às teses liberais dos ingleses, modelando conceitos e instituições segundo um tipo de solidariedade baseada em critérios de justiça contributiva e níveis diferenciados de bem estar, conformando uma visão segmentada e estratificada de *welfare*.

A reforma privilegiou a flexibilidade de migração dos contribuintes entre fundos de seguro de saúde, cada qual assumindo seus riscos e estimulando uma concorrência sadia, porém garantindo a existência de arranjos de *risk-polling* como estratégia para atenuar os efeitos de determinados perfis de beneficiários de alto risco. Ou seja, embora não explícito, suspeita-se que a prática da seleção adversa, ou *cream skimming*, pelos Fundos reduzem a solidariedade do sistema e elevam os dispêndios dos indivíduos e dos grupos de pacientes sujeitos a compartilhamento de custos, afóra a restrição aos gastos com enfermagem domiciliar, de acordo com Maarse e Paulus¹²⁸.

Uma tendência futura é que sejam normatizados protocolos de conduta médica e as novas tecnologias, e eleve o número de profissionais vinculados aos seguros de saúde por meio da elevação dos seus rendimentos salariais, deixando inalterados os demais fatores.

7.2 As relações sociais no ambiente europeu

De uma maneira geral, a classe médica, por meio de suas associações profissionais, se opõe sistematicamente ao que considera uma intervenção ilegítima do Estado sobre sua independência no custeio do sistema, entendida como uma prerrogativa dos profissionais da medicina e sem a qual estaria comprometida a qualidade da saúde prestada à sociedade.

Entretanto, o objetivo da classe médica não consiste apenas na garantia de um *status* social e padrão de renda elevado, mas na contenção efetiva da institucionalização de sistemas intervencionistas no mercado, como as agências reguladoras e companhias de seguro de saúde, assegurando sua autonomia em receber pagamentos diretamente dos seus pacientes, buscando afastar modelos como os instituídos na Suécia e Inglaterra, aonde perderam força política em proveito do sistema estatal de saúde.

Desse modo, a força da classe médica sobre os Governos não ocorre no campo econômico, mas principalmente na arena legislativa, aonde os atores envolvidos formam grupos de pressão política. Porém, nessa arena o monopólio médico e a capacidade de mobilização de contingentes de profissionais não constitui um fator determinante para

os votos dos parlamentares, os quais, via de regra, são sensivelmente contrários a distúrbios sociais.

O poder corporativo dos médicos é ilustrado pelo fato de que em um conjunto de doze países, apenas quatro lograram êxito na instituição de sistemas nacionais de saúde: Inglaterra, Suécia Itália e Espanha e, mesmo assim, somente na segunda metade do século XX, sendo os dois primeiros pioneiros na implantação deste modelo. O elevado volume de produção legislativa na Suíça e Holanda, seguido de longos períodos de estagnação, sinaliza uma forte instabilidade política e um elevado grau de confronto com os médicos nestes países. No caso da Suíça, todas as leis promulgadas entre 1900 e 1986 voltadas à implantação de um sistema nacional de saúde falharam, salienta Immergut¹²⁵.

A estratégia dos profissionais de medicina focaliza a proteção dos mecanismos que lhes permitam trabalhar à margem do sistema público, como as entidades de seguro privado, os hospitais privados e os pacientes que independem do sistema público de saúde, compradores de seus serviços além dos aliados políticos junto ao Governo quando nas barganhas políticas por melhorias dos preços médicos. Embora não seja factível a migração em massa da classe médica para o setor privado, pelos altos custos da tecnologia e procedimentos médicos, a simples possibilidade de que possam deixar o setor público representa um importante elemento estratégico na negociação de honorários e salários.

Os sistemas nacionais de saúde são avaliados de modo diferenciado pela classe médica conforme a posição que ocupam no mercado. Para os que prestam serviços aos pobres, os seguros constituem uma necessidade econômica, pois garantem a sua remuneração e os liberam de recorrer ao controle dos *Fundos de Doenças*. Porém, os médicos que possuem pacientes privados de alta renda rejeitam os seguros, advogando a liberdade de cobrança de todos os custos com independência do financiamento pelo Estado.

Ou seja, os governos, como potenciais empregadores de médicos e contratantes de seus serviços, elevam a disponibilidade da mão-de-obra incrementando a oferta de médicos por meio da expansão do sistema de formação profissional e aceitando serviços de práticos, para prestarem serviços em regiões carentes e sem acesso à assistência à saúde.

Ellen Immergut¹²⁵ avalia que a similaridade dos propósitos políticos de inúmeros Governos, sejam da Europa Ocidental ou da América do Norte, não advém necessariamente de modelos de assistência à saúde, porque a complexidade do tema engloba diferentes fatores, como os culturais, sociais e políticos, e não apenas os de natureza econômica, na medida em que além da autonomia da profissão médica concorrem principalmente à liberdade de associação e as relações industriais, os seguros nacionais e as mudanças nos conceitos de equidade social.

Desse modo, os sistemas nacionais de saúde ajustam-se às políticas de fortalecimento de estruturas governamentais no âmbito do poder executivo, congregando interesses dos trabalhadores e dos empresários, tal como no dístico “ferro e canteio” de Bismarck nos anos 1840 ou no sistema de saúde da Europa Oriental quando sob domínio da URSS no período posterior a 1945, conforme Light¹²⁹.

7.3 O modelo de saúde norte-americano

Nos Estados Unidos da América, o modelo dominante de sistema é o *seguro privado de saúde*, sendo o principal método de financiamento privado agregando 37% do total dos gastos com saúde. Kozhaya¹³⁰ avalia que o modelo aparente agregar um forte contingente de excluídos do acesso à saúde, estimado no ano de 2003 em 45 milhões de pessoas, ou seja, perto de 15,6% da população, este grupo se encontra coberto pelas modalidades *Medicare* para os sexagenários e o *Medicaid* para os efetivamente pobres.

No caso, a ausência no acesso ao seguro de saúde deriva basicamente de uma relação de trabalho, situação que envolve dois terços da população com idade inferior a 65 anos e não pagam seguros, não possuem emprego em tempo integral, ou vivem em famílias onde todos estão desempregados. Por outro lado, alguns segmentos ficam sem cobertura apenas por um período inferior a um ano nesta situação. Há, também, um significativo volume de pessoas não seguradas, com capacidade de renda da ordem de US\$ 75.000 que optam por não aderir ao sistema dos seguros privados.

Ou seja, o mito de que o sistema de saúde americano seja totalmente privado, ou quase, não procede na medida em que inúmeras instituições públicas despendem volumosos recursos na área de saúde, como hospitais públicos, ou por benefícios do Departamento

de Veteranos, que movimentam montantes superiores ao de muitos países, como ilustra o quadro 41

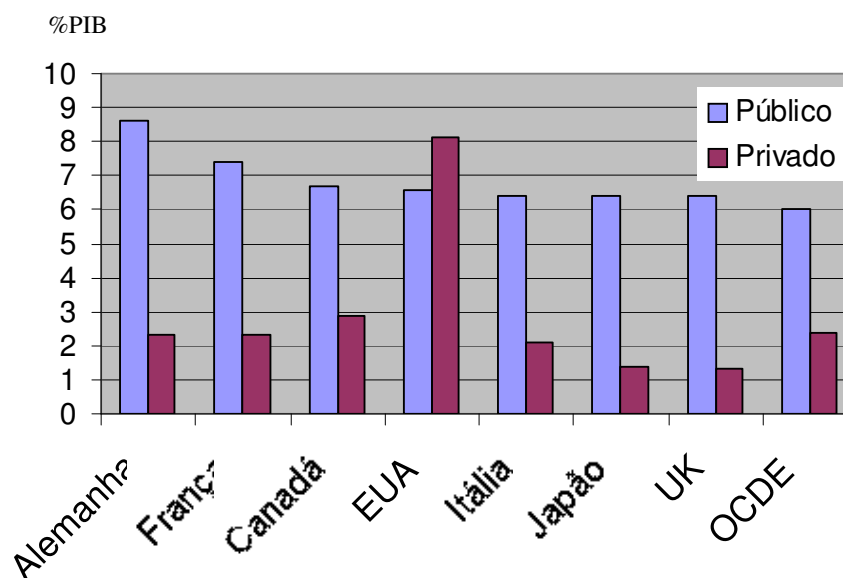
Quadro 41: Gasto público e privado nos EUA

Tipo de investimento em saúde	População EUA (%)
Segurados	84,4
Seguros Privados (total)	68,6
Por meio de empregadores	60,4
Sistemas Públicos (total)	28,6
Medicaid	12,4
Medicare	13,7
Militares	3,5
Não segurados	15,6

Fonte: Kozhaya¹³⁰

Vale a pena ressaltar algumas divergências à visão crítica do modelo norte-americano, claramente definido como de mercado, mas que ao contrário de outros sistemas mistos ou com foco universalista, oferece um conjunto de garantias bem mais equilibrado. O quadro 42 compara as fontes de gastos, público e privado com saúde, em termos de Produto Interno Bruto-PIB, entre alguns sistemas de financiamento da saúde.

Quadro 42: comparações entre montantes de gastos público-privado com saúde



Fonte: elaborado com base em Kozhaya¹³⁰

7.4 O contexto da saúde na América latina

De acordo com Sonia Fleury¹³¹, a instituição de sistemas de proteção social constitui um dos mais importantes canais de cooptação e controle social, utilizado por líderes populistas no processo de barganha entre a legitimidade de plataformas políticas e o provimento de benefícios sociais diferenciados à classe trabalhadora urbana, estimulando e realimentando um processo de fragmentação no corpo social.

As nítidas diferenciações entre as reformas implantadas nos sistemas de saúde dos países latino-americanos devem-se aos efeitos da crise fiscal dos anos 1980 nas economias nacionais e os respectivos ajustes estruturais, além dos mecanismos desenvolvidos para a transição dos regimes autoritários para democráticos.

A autora¹³¹ registra que as reformas dos sistemas de saúde na América Latina foram desenhadas quanto aos objetivos originais segundo valores sociais alinhando-se à tendência europeia do *welfare state* no pós guerra, embora Chile e Colômbia tenham adotado alguns preceitos da *onda* neoliberal que grassou na maioria dos países nos anos 1990, motivando profundas reformas no aparelho dos Estados (III).

Desse modo, as reformas visaram originariamente às seguintes metas sociais:

1. Direcionamento da política pública de saúde para os pobres;
2. Participação residual do Estado;
3. Processo de livre-escolha dos consumidores por serviços de saúde privada;
4. Custo compartilhado;
5. Separação entre as funções de financiamento e de prestação de serviços;
6. Competição saudável entre as organizações de seguro e prestadoras de serviços de saúde.

Os programas sociais implantados em bases neoliberais comprometeram a sua eficácia e não lograram êxito, agravados, inclusive, pelas sucessivas crises na economia mundial, haja vista os resultados obtidos depois de uma década de operação, conforme Fleury¹³¹:

1. Robustecimento da estratificação social, com exclusão sistêmica de determinados segmentos populacionais;
2. A fragmentação das instituições sociais;
3. Uma frágil base de financiamento, via-de-regra mantida com contribuições dos salários dos trabalhadores;
4. Gestão ineficiente e centralizadora;
5. Uma rede prestadora de serviços altamente concentrada;

6. Orientação à prática curativa em detrimento da prevenção e ações coletivas;
7. Vulnerabilidade das metas sociais pela força dos “direitos adquiridos” de atores com fortes recursos de poder junto à esfera política.

Desse modo, o mercado tende a perder a tradicional influência sobre os sistemas de segurança social pelo estímulo das autoridades no fomento à competitividade entre os diversos atores do sistema, quer sejam de natureza pública ou privada. No caso, é crescente a importância dos prestadores de serviços privados e seguradoras de saúde no redesenho das estruturas de poder da região, enfraquecendo a burocracia estatal, a *expertise* na gestão dos sistemas de saúde e a capacidade política de regulação dos Estados.

Sonia Fleury¹³¹ sinaliza um conjunto de fatores que inibem as metas de expansão da cobertura da saúde: a política de exclusão dos contingentes pobres, o aumento dos preços dos serviços médicos, os processos de gestão ineficientes, a fragmentação das instituições e a baixa qualidade dos serviços prestados. Há uma elevada dificuldade dos governos em contar com fontes de financiamento estáveis, que suportem economicamente a expansão contínua de coberturas de saúde às populações locais, fato gerador de uma dependência sistêmica das contribuições dos trabalhadores privados, sejam voluntárias ou compulsórias.

Ou seja, fatores políticos como a ausência de representação da classe trabalhadora e falta de coesão entre os partidos alinhados a programas sociais têm estimulado o populismo fortalecendo o patrimonialismo, comum na região, permitindo que interesses de grupos privados prevaleçam sobre os coletivos, razão pela qual a força política é fundamental para a consecução de programas sociais nos países emergentes, não obstante os fatores adversos advindos de uma economia globalizada (IV).

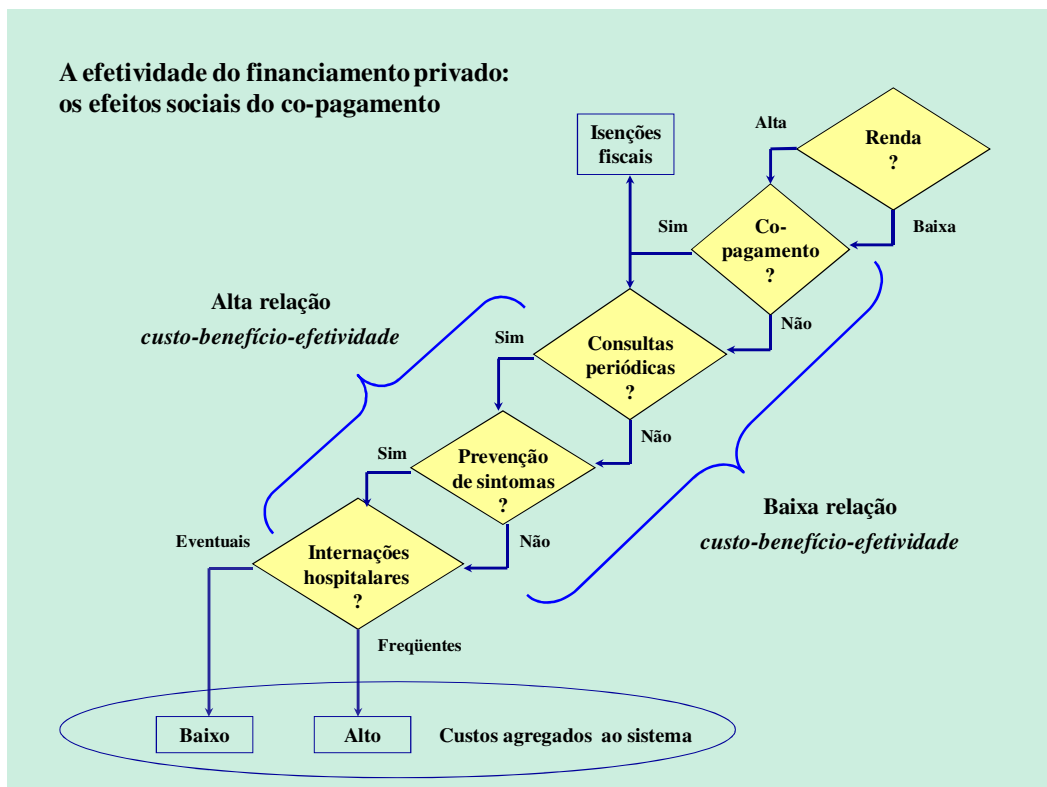
Nesse entendimento, Fleury¹³¹ sintetiza três modalidades de iniquidade social na América latina, categorizando os países segundo um *universalismo estratificado* - Argentina, Uruguai e Chile -, um regime dual - Brasil e México -, e um de exclusão - República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicarágua, Bolívia e Equador (V), salientando as duas únicas exceções de países com efetivo sistema universal e muito baixo nível de estratificação social: Costa Rica e Cuba.

7.5. A efetividade entre modelos de saúde: países da OCDE e países emergentes

A estratégia de direcionamento de recursos públicos às necessidades aparentemente básicas dos segmentos sociais mais pobres sugere conduzir a resultados opostos do esperado, pois favorece a concentração dos serviços médicos no plano mais oneroso do sistema: o tratamento hospitalar, posto que a população de baixa renda, sem acesso a sistemas de co-pagamento ou seguros privados de saúde, não adquire proteções que previnam a evolução de seus males para patamares crônicos, fazendo com que acorram ao hospital em uma fase crítica que demanda recursos e tecnologias sofisticadas e caras.

Embora o custeio privado dos planos de saúde seja ressarcido pelo Estado, os efeitos decorrentes das consultas periódicas e da prevenção contra o agravamento de doenças resultam em uma baixa frequência nas internações hospitalares, não agregando custos elevados ao sistema, ao contrário do subsistema das classes menos favorecidas, que quando acorrem ao hospital já se encontram em uma situação emergencial. O efeito favorável do sistema de co-pagamentos é ilustrado no diagrama 67.

Diagrama 67: comparação entre níveis de efetividade dos gastos privados



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 Quanto à pesquisa

O estudo teve por objetivo analisar os condicionantes do sistema de saúde brasileiro que podem afastá-lo dos seus originários objetivos sociais em função da crescente elevação dos custos da tecnologia e procedimentos médicos, potencializando a mudança de um modelo nacional de saúde universalista de cunho *welfariano* em um sistema misto, pela incorporação de um subsistema residual de saúde, mais liberal e inspirado no modelo norte-americano.

A análise do sistema de saúde pontuou os fatos relevantes de sua evolução desde a sua gênese até a atualidade expandindo a perspectiva até o ano 2020, entendido como um marco temporal no qual as pressões econômicas e políticas sobre o sistema estarão em um nível fortemente acentuado, em face da acelerada mudança no perfil demográfico da sociedade brasileira.

Neste entendimento, nesta seção, ressaltamos as respostas encontradas para as questões formais colocadas na pesquisa.

Como descrito no capítulo dos objetivos, a identificação dos condicionantes estruturais do sistema que permitem que o setor da saúde se afaste do eixo social em função de pressões econômicas foram analisadas em etapas parciais, a seguir descritas.

A constituição da estrutura da função social no Brasil encontra-se minudentemente descrita no capítulo quatro, sendo apresentada com diferentes abordagens para uma melhor clareza de exposição, na forma de uma descrição linear dos primeiros sistemas caritativos e a introdução gradativa dos atores no contexto da estrutura embrionária da saúde, variando o detalhamento das informações na medida dos acontecimentos relevantes.

O fenômeno da orientação econômica no contexto social da saúde, e suas justificativas políticas, foi respondida no bojo da descrição da estruturação da função social da saúde, no capítulo quatro, quando a expansão do setor privado foi fortemente promovida pelo próprio Estado na década de 1970, no ambiente da Previdência Social, por meio do

Fundo de Assistência Social – FAS, que garantiu demanda para essa oferta, comprando serviços de saúde comercializados por hospitais e clínicas privadas, estruturando um modelo de parceria posteriormente institucionalizado pelo Decreto-Lei nº 200.

A mudança do modelo foi justificada pela necessidade de fortes ajustes na matriz macroeconômica do Estado, para fazer frente à crise de liquidez econômica no plano internacional, nos anos 1980, que resultou na escassez de recursos para o financiamento público de inúmeros sistemas sociais, dentre os quais, a saúde, e dando início a uma espiral inflacionária que acompanhou a economia brasileira até meados dos anos 1990.

Desse modo, uma vez fomentado com recursos públicos, o parque privado prestador de serviços de saúde foi estruturado na forma de um ambiente específico que configurou o setor da saúde suplementar. No caso, o mapeamento do setor encontra-se detalhado no capítulo cinco, sendo evidenciados os atores relevantes, seus papéis organizacionais, os recursos de poder e a natureza de suas interações sociais.

Por sua vez, identificamos e analisamos as principais mudanças nos arranjos estruturais no setor da saúde suplementar, voltadas à orientação do sistema em prol de interesses econômicos privados, no capítulo sexto, com base em dados empíricos coletados por meio de técnicas de prospecção, situando a análise tanto no momento atual como em cenários projetados para o ano de 2020, quando avaliamos que os efeitos sociais decorrentes da crescente longevidade da população serão mais sensíveis à área da saúde, principalmente no tocante ao seu financiamento.

Quanto à metodologia, as perguntas de pesquisa formuladas na seção 3.3 são respondidas da seguinte forma:

I. Os fatores históricos relevantes para a formação do setor da saúde suplementar no Brasil encontram-se em detalhes descritos na seção 4.1, que trata da constituição da proteção social no âmbito da saúde. Considerando que este setor se formou a partir de reações de segmentos sociais às ações do Estado na busca pelo universalismo do acesso à saúde, os fatores que efetivamente contribuíram para a estruturação da saúde suplementar foram os seguintes:

1. O advento de industrialização do país, a partir dos anos 1950, no Governo de Juscelino Kubitschek, com a institucionalização do parque produtivo pelas corporações estrangeiras que contrataram assistência privada para seus empregados, à semelhança de suas matrizes, com vistas à garantia da produtividade de suas operações, incentivando a sua propagação a outros setores organizados de trabalho, como de algumas classes de servidores públicos, estimulando, desse modo, a formação das primeiras organizações voltadas à prestação de serviços privados de saúde;
2. O Decreto-Lei nº 200, de 25.02.1967, que viabilizou, em termos constitucionais, a contratação de serviços privados de saúde para a implantação de programas e projetos de responsabilidade do Estado, estimulando o empresariamento da medicina pela preferência do Governo na contratação de convênios com empresas médicas, fomentando com recursos públicos o crescimento do parque privado de prestação de serviços de assistência à saúde;
3. A recessão econômica dos anos 1980, no bojo da crise do petróleo de 1978, que acarretou a retração nos pagamentos dos convênios com empresas médicas, dando margem a que as organizações médicas, já consolidadas estrutural e financeiramente, passassem a fornecer diretamente seus serviços aos indivíduos e demais empresas privadas;
4. O advento da Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito universal da cidadania e dever do Estado, gerando um ator de elevada carga simbólica, o Sistema Único de Saúde - SUS, ao qual coube a gestão de uma política una e integrada de saúde, descentralizando o financiamento da prestação dos serviços, o que favoreceu as empresas médicas a também vender serviços à rede pública de assistência à saúde; e
5. A reforma do aparelho administrativo do Estado, formulada e implantada nos anos 1990, que resultou na regulamentação do setor pela Lei nº 9.961, que institucionalizou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ator representativo da intervenção direta do Estado no meio privado de assistência à saúde visando garantir o equilíbrio e a solvência econômica do mercado a par dos direitos dos consumidores de planos privados de saúde.

II. Quanto às principais organizações que atualmente compõem o setor da saúde suplementar no Brasil, como detalhado no capítulo do mapeamento das relações sociais do setor, compreendem as seguintes entidades de natureza pública e privada: A Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS; as Operadoras de Planos de Saúde; os Prestadores de Serviços de Saúde e os Consumidores dos Planos e Seguros Privados de Saúde.

1. A ANS tem o papel de regular o setor da saúde suplementar com base nos recursos de poder auferidos pela legislação, uma estrutura operacional de fiscalização com abrangência nacional, a independência administrativa e financeira, propiciada pelo sistema de mandato para os seus diretores e a captação de taxa das operadoras de planos de saúde, para suporte às suas atividades;

2. As operadoras de planos privados de saúde 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 encontra-se na ampla estrutura organizacional presente em toda a federação, assim como no poderio econômico que viabiliza a eficácia de ações de *lobby* no Poder Legislativo;

3. Os prestadores de serviço de assistência à saúde, que englobam a classe médica, as clínicas e hospitais de diagnóstico-terapêuticos efetivam a prestação dos atendimentos aos usuários 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; e

4. Os consumidores dos planos de saúde, que contratam e utilizam os serviços de saúde. Na defesa de seus interesses ainda não se estruturaram em sociedades civis para enfrentamento de questões lesivas aos seus direitos, sendo dependentes dos recursos de poder de outros atores, como o Poder Judiciário, o Poder Executivo – pelos órgão de Proteção ao Consumidor-PROCON - e sociedades civis como o Instituto de Defesa do Consumidor- IDEC, atuando, cada qual na sua esfera de competência, para salvaguardar os direitos prescritos no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos privados de saúde.

III. A terceira pergunta refere-se aos principais atores envolvidos na formação e estruturação do setor da saúde suplementar no Brasil, seus papéis e recursos de poder. Sua resposta deve ser atendida a partir de uma perspectiva histórica mais ampla, na descrição dos eventos relacionados com a gênese do sistema de proteção social no País, como é o caso das seguintes entidades:

1. O Governo federal, que, na busca pelo universalismo da assistência à saúde, fomentou, em diferentes ocasiões, o próprio surgimento e a expansão do setor privado prestador de serviços de saúde, seja pela contratação das emergentes empresas médicas ou pela abertura de linhas de financiamento subsidiados direcionados ao seu crescimento estrutural, como nos anos 1920, com a Lei Eloy Chaves e o Decreto nº 5.109, que expandiram a prestação de serviços médicos pela via da contratação de terceiros.

Posteriormente, o Governo robusteceu essa diretriz pelo Plano de Ação para a Previdência Social –PAP e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS. No ano de 1998, com a reforma do aparelho administrativo do Estado, redefiniu o seu papel como regulador, garantidor de direitos sociais e promotor da competitividade, na visão de que o espaço público é mais amplo do que o estatal;

2. As corporações multinacionais estrangeiras, que na década de 1950 impulsionaram o processo de industrialização do país, estimulando a formação das primeiras organizações médicas de prestação de serviços, financiando, com recursos próprios, a contratação de profissionais de saúde e a estrutura do atendimento interno nas fábricas para provimento de assistência à saúde direta aos seus empregados, semeando um padrão de procedimento que se estendeu aos dias atuais, como é caso atual das autogestões e da prática de convênios e contratos de organizações privadas com empresas médicas;

3. As próprias organizações de serviços médico-hospitalares, que souberam aproveitar com sucesso as fases de parceria com o Estado para robustecer a sua estrutura, e quando esta se rompeu, nos anos 1980, no bojo da recessão macroeconômica que se estendeu por uma década, migraram seus recursos para o nascente mercado privado de serviços de saúde, formado por consumidores individuais e empresariais.

4. A classe médica, que antevendo a inexorabilidade do fortalecimento das empresas prestadoras de serviços médicos, várias oriundas do setor financeiro, soube se organizar em cooperativas médicas concorrendo no mercado em igualdade de condições, aperfeiçoando a sua estrutura normativa e de representação quanto às normas de conduta e de contratação do trabalho médico.

IV. A quarta pergunta versa sobre os arranjos estruturais que podem relativizar o valor social da saúde em função do seu componente econômico. Neste caso, valemo-nos dos resultados obtidos no estudo dos cenários heurísticos que ressaltam as seguintes hipóteses.

1. Entendemos que uma das mais relevantes é a hipótese de formulação de planos de saúde configurados em função do perfil renda-saúde dos usuários do sistema da saúde suplementar, cujo levantamento de dados da *anamnese* potencializará a força da atual norma da exclusão da cobertura das doenças pré-existentes, aspecto rejeitado em sede judicial, devendo o beneficiário optar por um pagamento adicional.

2. Uma segunda modalidade de arranjo estrutural são os planos coletivos, que não obstante diluírem os riscos da carteira, reduzindo os preços, são regidos pelo direito contratual, com base no princípio do pacta sunt servanda (I), podendo deixar sem cobertura a colocação de próteses onerosas quando o seu não atendimento não expuser ao risco à vida do paciente. Situação que não ocorreria na esfera dos planos individuais, à luz da Lei nº 9.656 e do Código de Defesa do Consumidor, que têm o consumidor como parte preponderantemente fraca na relação contratual.

Os planos coletivos, via de regra, derivam de uma relação trabalhista na qual uma organização pública ou privada contrata a operadora de planos de saúde e estabelece as cláusulas de cobertura, preços e reajustes conforme a faixa etária do contingente de empregados assistidos. Porém, se a relação trabalhista cessar, por fatores que independem da vontade, como nos ciclos recessivos da economia, o usuário perde o emprego e a cobertura assistencial à saúde. E não poderá migrar para os planos de saúde individuais, não apenas em função da idade, mas principalmente pela escassez na oferta, e dos preços proibitivos. O desempregado fica, nessa situação, sem assistência médica no âmbito da saúde suplementar devendo procurar o SUS.

3. Outro arranjo estrutural identificado é o acelerado fortalecimento do poder político do interesse privado da área da saúde, pelo crescente volume de doações a políticos e partidos políticos estimulando a geração de um segmento de parlamentares fortemente envolvidos com seus patrocinadores. Embora as doações constituam atos amparados na legislação, o processo em termos sociais pode estruturar processos de captura política, visando subjugar o Poder Judiciário nas questões que envolvam pagamentos de procedimentos médicos de alto custo.

Por essa razão, é possível que a ANS venha a autorizar reajustes de preços dos planos de saúde firmados antes da Lei nº 9.656, de 1998, os chamados planos antigos, para incorporar o teor de sentenças judiciais lavradas contra as operadoras em ações singulares, compensando economicamente os custos das indenizações individuais pelo reajuste nos preços das mensalidades dos planos de saúde, em termos gerais.

Sendo o exposto, entendemos que os resultados alcançados na pesquisa corroboram a hipótese central do problema, quanto à possibilidade de que haja um relevante processo de exclusão da população idosa e dos doentes crônicos do sistema da saúde suplementar, por motivos relacionados aos custos da tecnologia e procedimentos médicos de vanguarda.

Desse modo, a pergunta de pesquisa da tese, sobre os condicionantes estruturais que permitem que o valor social da saúde seja relativizado pelo componente econômico, é atendida pela resposta à quarta pergunta de pesquisa que trata dos arranjos estruturais.

Quanto à hipóteses da pesquisa, no sentido de suposições, como colocado no item 3.2 da metodologia, avaliamos que a Hipótese Geral não foi rejeitada, na medida em que comprovamos que o valor econômico da saúde pode acarretar uma forte exclusão de idosos e doentes crônicos da saúde suplementar, em prejuízo do seu componente social.

Do mesmo modo, a Hipótese Singular da pesquisa igualmente não foi rejeitada, pois a utilização de modelos prospectivos se mostrou suficiente para compor uma base de métricas relativas às tendências do fenômeno estudado. Os resultados dos métodos heurísticos das redes neurais, associando variáveis de elevada carga subjetiva, com os resultados dos métodos Delphi e Matriz de Impactos Cruzados, geraram hipóteses

consistentes, concretizadas em tendências factíveis de ocorrência quando comparadas com as informações coletadas na pesquisa documental.

No tocante à utilização da teoria da dualidade da estrutura, de Anthony Giddens, esta se mostrou bastante adequada, pois o modelo conceitual utilizado para o entendimento das relações sociais envolvidas na formação da estrutura do sistema de saúde brasileiro, que culminou na criação da saúde suplementar, no curso histórico do seu desenvolvimento, conformou-se à realidade dos acontecimentos, oferecendo explicações não explicitadas claramente pelos atores envolvidos.

Ou seja, o modelo teórico de Giddens se ajustou plenamente à dinâmica do processo recursivo que caracteriza as interações entre os atores envolvidos na formação da assistência à saúde no Brasil, entre si e entre estruturas, influenciando e recebendo influências, que culminaram na atual configuração do sistema da saúde suplementar.

No caso, as organizações ligadas à área da saúde operam sob pressão tanto de setores organizados da sociedade como de entidades governamentais, que as controlam na medida em que se relacionam com o sensível tema da exploração econômica de funções típicas de Estado, terceirizadas ao setor privado por meio de concessões, o que gera um íntimo conflito de natureza ideológica sobre a fronteira entre o que é um dever a ser cumprido diretamente pelo Estado e o que pode ser transferido para a esfera privada.

Nesta situação, qualquer modelo de análise de relações sociais relacionados à saúde deve contemplar a carga de simbolismos mesclada a interesses concretos, fator que representa uma força de pressão e de legitimação social. Desse modo, o estudo buscou o entendimento sobre a natureza da tensão entre os sistemas público e privado na pesquisa sobre a constituição da assistência à saúde no Brasil, remontando ao período colonial, com suporte teórico em uma teoria que prevê um relacionamento mútuo entre a estrutura social e seus agentes, em um contínuo fluxo de relações recursivas.

Ao longo do estudo, é possível identificar elementos da teoria de Giddens no encadeamento das ações que resultaram na estruturação do sistema de saúde brasileiro. Um sistema idealizado para gradativamente, em etapas, assemelhar-se ao paradigma inglês do *welfare beveridgeano*, da universalização do acesso à saúde, mas que, pela força de severas contingências de ordem econômica no plano internacional, se afastou

dos propósitos originários estabilizando no molde do sistema norte-americano, que engloba os sistemas públicos *Medicare* e *Medicaid*, associados a um sistema liberal de seguros de saúde vinculado às relações de trabalho. Como acontece com a modalidade dos planos coletivos de saúde no sistema brasileiro.

O modelo de Giddens também transparece nas conseqüências não intencionais das ações do Estado voltadas ao fomento do parque privado prestador de serviços de saúde, que deram azo ao posterior rompimento da parceria quando esta não mais correspondeu aos interesses empresariais, gerando as bases de uma profunda mudança na própria estrutura do sistema de saúde.

Ou seja, a teoria da dualidade da estrutura correspondeu à expectativa de representar um modelo de interpretação que conduziu a uma resposta, embora, à rigor, nenhum modelo teórico possa efetivamente esgotar todos os aspectos de um tema, principalmente os de alta complexidade, como é o caso da saúde.

Por esta razão, avaliamos que o modelo de análise, assim como a metodologia utilizada, parece ser compatível com outros setores de natureza socialmente sensível, como é o caso das áreas da educação e da cultura, o que nos permite sugerir a sua aplicação em estudos sobre estas áreas favorecendo uma melhor compreensão dos potenciais conflitos relacionais em uma época em que a globalização das pressões externas sobre conhecimentos e culturas nacionais podem fragilizar o arcabouço histórico dos valores sociais e crenças do Brasil.

8.2 Quanto à tese em si

Neste ponto, cabe um balanço sobre o trabalho desenvolvido como um todo. Algumas expectativas imaginadas no início do planejamento dos trabalhos não se concretizaram, enquanto outras, felizmente, foram bem sucedidas. Vamos discorrer um pouco sobre a experiência adquirida na construção desta tese, para subsidiar pesquisas futuras.

A escolha do tema. Foi um acerto. A saúde é rica. Seja sob uma perspectiva econômica ou sociológica, seja na esfera da gestão de recursos, no plano do simbólico ou em cenários prospectivos. Uma tentação que precisa ser controlada, embora valha a pena todo o esforço despendido.

Nesta tese, muitas frentes foram abertas. Algumas técnicas de coleta e tratamento de dados utilizadas, como as variáveis subjetivas *fuzzy*, associadas em redes neurais, e a matriz de impactos cruzados não são comuns no ambiente acadêmico da área de saúde, embora sejam usuais no campo da engenharia de produção. A heurística, caso da prospectiva, é utilizada por instituições militares e civis na formulação de estratégias de longo prazo.

Por outro lado, a utilização de técnicas inovadoras implica em assumir riscos, que levam à escolha de alternativas aos problemas encontrados. Começamos pelas dificuldades.

Foi o caso dos instrumentos de coleta de dados de campo. A aplicação junto aos peritos demonstrou serem mais complexos do que o imaginado, o que explicou as evasões e fez com que o tamanho da amostra ficasse perigosamente reduzido. Principalmente na matriz de impactos cruzados.

Quanto à matriz, pode-se modificar a sua aplicação em pesquisas futuras. Considerando que ela depende do resultado final da avaliação dos cenários prospectivos pelos peritos, é mais prudente e viável, operacionalmente, que tão somente os cenários caracterizados como factíveis, ou seja, com elevada pertinência e probabilidade, sejam previstos no questionário da matriz de impactos cruzados. Desse modo, o efeito ficaria mais leve, pois as questões colocadas à apreciação seriam em torno de dez opções, a metade do que foi feito na pesquisa, quando todos os três formulários foram encaminhados de uma só vez, o que enfraqueceu a boa vontade dos peritos, desanimando principalmente aqueles com compromissos diários, caso dos médicos com consultórios.

A amostra, por sua vez, poderia ter sido maior. Principalmente em coletas de dados pela Internet, no caso do Delphi, aonde a experiência registra uma considerável redução no número de respostas durante as interações. Aceitando que ocorra um decréscimo de 80% nos retornos, em apenas duas interações, deve-se compensar o fenômeno elevando sobremaneira o tamanho da amostra. Nesta pesquisa, teríamos menos problemas se convidássemos algo como cinquenta peritos. E com um prazo bem mais dilatado para as respostas. De seis meses a um ano ficaria bem mais confortável e daria margem para incentivá-los por diversos meios de comunicação.

Agora, as experiências favoráveis. A alternativa de abrir mão do *delphi* substituindo-o pela técnica das frequência das respostas, ajustadas por medidas de tendência central e dispersão, foram, ao nosso ver, satisfatórias. Principalmente, considerando o curto prazo despendido no trabalho de campo. Apenas um mês. O que não deixa de ser um risco.

Porém, um risco controlado se avaliarmos que pequenos deslocamentos no painel das motricidades e das dependências, na matriz de impactos cruzados, por ligeiras variações nas respostas dos peritos sobre os cenários finais, não acarretam necessariamente fortes conseqüências, pois estes manterão sua posição como explicativos, de ligação ou finais. Somente aqueles posicionados muito próximos das linhas intermediárias dos quadrantes é que poderão sofrer mudanças na sua caracterização, alterando a sua influência e por conseqüência, o resultado final do cenário futuro.

Outro acerto foi a escolha da teoria de Anthony Giddens, prevalecendo sobre a dos campos simbólicos de Pierre Bourdieu, muito presente na área de saúde. A teoria da dualidade permitiu associar uma dimensão histórica ao estudo das transformações do setor da saúde, no seu longo processo evolutivo, e o gradativo posicionamento dos atores em espaços de poder. O que não é amparado em Bourdieu, na medida em que o autor francês não agrega uma teoria da história à formação do campo. Por outro lado, inúmeros conceitos de Bourdieu estão presentes em Giddens, como a noção do *habitus*, que é adaptada à visão da consciência prática e reflexiva.

A utilização de técnicas e instrumentos de coleta de dados de outras disciplinas, como as redes neuro-fuzzy e a matriz de impactos cruzados, possibilitou alcançar resultados muito valiosos para o tema da formulação de políticas públicas na área da saúde. Ficou claro que a forte assimetria de poder no setor da saúde suplementar pode gerar, a longo prazo, uma escalada de causas e conseqüências com efeitos sociais de difícil solução com reverberação sobre as áreas da representatividade política, o orçamento da saúde pública, o tratamento tributário dos gastos com saúde e a intervenção do Estado no mercado da saúde suplementar.

É uma questão que deve ser explorada, com um nível de detalhamento e dimensões que escapam, entretanto, às pretensões desta tese.

9. NOTAS

Capítulo 1

I. Seminário *Saúde, Previdência e Assistência Social*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, em 04.09.2005.

II. *Solient Green*, filme de ficção científica dos anos 1960, protagonizado por Charlton Heston, ambientado em uma superpopulosa Nova York, cujos laboratórios produziam pastilhas de alimento barato e acessível às massas a partir da proteína extraída dos corpos dissolvidos dos idosos;

III. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2006, divulgada em 2007, atesta que a taxa de fecundidade total atingiu 1,99 filhos por mulher, em média, rompendo, pela primeira vez, o limite de 2 filhos. No ano 2000, a taxa foi 2,35 filhos e em 1991, de 2,9 filhos por mulher, em média, conforme Brasil ¹.

IV. Tempestade perfeita: expressão cunhada por Sebastian Junger no livro não ficcional *The Perfect Storm* publicado pela editora W. W. Norton and Company em 1997, descreve os efeitos do mega ciclone que devastou a costa do Atlântico Norte em 1991. De um modo geral, caracteriza uma situação na qual todas as variáveis concorrentes na formação de um evento catastrófico direcionam todos os seus componentes no sentido da maximização da resultante.

V. “[...] there are social insurance programmes in some Latin American countries, Brazil in particular, which function as concealed multipliers of inequality – they transfer resources from the poor to the rich. Hitler developed social policies in Nazi Germany – they were in fact called social policies – concerning the mentally ill and retarded, the Jew and other ethnic groups. World public opinion condemned these instruments of social policy which had as their ultimate ends the use of human being for medical research, sterilisation and the gas chamber.”⁶ (p.26).

VI. “When we use the term ‘social policy’ we must not, therefore, automatically react by investing it with a halo of altruism, concern for others, concern about equality and so on. Nor must we unthinkingly conclude that because Britain – or any other country – has a social policy or has developed social services, that they actually operate in practice to further the ends of progressive redistribution, equality and social altruism. What is ‘welfare’ for some groups may be ‘illfare’ for others.”⁶ (p.27).

VII. “Se ha distinguido aquí por razones de conveniencia entre *actividad* lucrativa y *explotación* lucrativa. Realiza la primera todo aquel que actúa con el fin de adquirir bienes (dinero o bienes naturales) no poseídos todavía por él. Por tanto, el funcionario y el obrero no menos que el empresario. El cambio llamamos explotación lucrativa de mercado a una clase de esa actividad, a la orientada de un modo continuado por las probabilidades del *mercado*, en la medida en que empleando *bienes* como medios lucrativos, obtener *dinero* a) por la producción y venta de bienes solicitados, o b) mediante oferta de servicios y esto, sea por cambio libre o por utilización de probabilidades apropiadas, como en los casos indicados en el número anterior. [...] Aunque *teóricamente* sea evidente por sí que la dirección en la rentabilidad de las explotaciones lucrativas dedicadas a la producción está determinada por la constelación

de las utilidades marginales de los ingresos de los *consumidores* últimos, no debe ignorarse, sin embargo, el hecho sociológico de que la “cobertura de necesidades capitalista”, a) “despierta” nuevas necesidades y arrincona otras, y b) que influye en gran medida por sus reclamos agresivos en la determinación de las necesidades de los consumidores, tanto por lo que respecta su *naturaleza* como por lo que se refiere a su *magnitud*. Esto forma parte cabalmente de sus rasgos esenciales. Ciertamente que en este caso no se trata de necesidades en los primeros grados de la escala de urgencia, con todo, el *tipo* de alimentación y vivienda en la economía capitalista está determinado también en gran medida por la oferta”⁹ (p.75;76).

VIII. O termo suplementar significa acréscimo à assistência integral e universal prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Capítulo 2

I. “Surgem constantemente problemas culturais sempre novos e revestidos de novas cores, que não deixam de agitar os humanos, de sorte que permanece flutuante a esfera do que, no fluxo infinito do singular, adquire para nós significação e importância e se torna uma individualidade histórica. Variam igualmente as relações intelectuais sob as quais os encaramos e os tornamos cientificamente. [...] Um sistema das ciências da cultura que fixasse sistematicamente, definitivamente e de modo objetivamente válido, as questões e os domínios de que deve tratar seria um absurdo em si mesmo”¹³(p.44).

II. “Em *Democracia na América*, Alexis de Tocqueville discute a alegada conexão causal entre casar-se por amor e ter um casamento infeliz. Ele salienta que essa conexão ocorre apenas em sociedades onde tais casamentos são a exceção e os casamentos arranjados a regra. Apenas pessoas teimosas irão contra a corrente e duas pessoas teimosas provavelmente não terão um casamento muito feliz. Adicionalmente, pessoas que vão contra a corrente são maltratadas por seus pares mais conformistas, induzindo amargura e mais infelicidade. O primeiro desses argumentos apóia-se numa correlação não-causal, entre casar-se por amor e infelicidade. O segundo aponta para uma conexão causal verdadeira, se bem que não a que os críticos dos casamentos por amor a quem Tocqueville dirigiu seu argumento tinham em mente. Casar-se por amor causa infelicidade apenas em um contexto onde essa prática é excepcional. Os biólogos com frequência se referem a tais efeitos como *dependentes de frequência*”¹⁵(p.19).

III. “Não é a crítica, mas sim a revolução que constitui a força motriz da história, da religião, da filosofia ou de qualquer outro tipo de teorias. Esta concepção mostra que o objetivo da história não consiste em resolver-se em ‘Consciência de si’ enquanto ‘Espírito do espírito’, mas que se encontrem dados em cada estágio um resultado material, uma soma de forças produtivas, uma relação com a natureza e entre os indivíduos, criados historicamente e transmitidos a cada geração por aquela que a precede, uma massa de forças de produção, de capitais e de circunstâncias que são por um lado modificadas pela nova geração, mas que, por outro lado, lhe ditam as suas próprias condições de existência e lhe imprime um desenvolvimento determinado, um caráter específico; por consequência, é tão verdade serem as circunstâncias a fazerem os homens como a afirmação contrária”¹⁸(p.24).

IV. “O exemplo da dança da chuva entre os Azande ilustrava seu argumento: na verdade, não importava para aquela sociedade tribal se aquele ritual produzia a chuva; ele produzia a solidariedade dos membros da comunidade e, embora sua função

manifesta fosse fazer chover, o que interessava sociologicamente era sua função latente, já que, por meio de uma ‘mão invisível’, levava à integração da sociedade”²⁴(p.38).

V. “With this argument there appear in Pareto’s thought as an emergent phenomenon one of the most important versions of what may be called the sociologic theorem, that society is a really *sui generis*; it has properties not derivable from those of its constituent units by direct generalization. This takes the form here of a view that one of the central facts underlying the theorem is the existence of a common end (or system of ends) which disappear when individual action are considered in isolation”²¹ (p.248).

VI. “In functionalism, the guiding model of ‘system’ is usually that of the organism, and functionalist authors have consistently looked to biology as a conceptual bank to be plundered for their own ends”¹⁰(p. 9).

VII. “quando duas escolas científicas discordam sobre o que é um problema e o que é solução, elas inevitavelmente travarão um diálogo de surdos ao debaterem os méritos relativos dos respectivos paradigmas. Nos argumentos parcialmente circulares que habitualmente resultam desses debates, cada paradigma revelar-se-á capaz de satisfazer mais ou menos os critérios que dita para si mesmo e incapaz de satisfazer alguns daqueles ditados por seu oponente. [...] visto que nenhum paradigma consegue resolver todos os problemas que define e posto que não existem dois paradigmas que deixem sem solução exatamente os mesmos problemas, os debates entre paradigmas sempre envolvem a seguinte questão: quais são os problemas que é mais significativo ter resolvido? [...] essa questão de valores somente pode ser respondida em termos de critérios totalmente exteriores à ciência e [...] torna revolucionários os debates entre paradigmas”¹⁴ (p.144).

VIII. “Esta tendencia monopolizadora toma formas específicas cuando se trata de aquellas comunidades humanas que se distinguen respecto a otras por la cualidad común (específica) que se adquiere mediante educación, enseñanza o práctica: por una cualificación económica cualquiera, por ocupación de cargos idénticos o parecidos, por una orientación caballeresca, ascética u otra de la vida, etc. Cuando esta acción comunitaria tiende a formar una sociedad, ésta suele toma la forma de ‘corporación’. Un círculo de gentes privilegiadas monopoliza, como ‘profesión’, la disposición sobre bienes ideales, sociales y económicos, sobre obligaciones y posiciones en la vida.”⁹ (p.278).

IX. “O espaço social é construído de modo tal que os agentes ou os grupos são aí distribuídos em função de sua posição nas distribuições estatísticas de acordo com os ‘dois princípios de diferenciação’ que, em sociedades mais desenvolvidas, como os Estados Unidos, O Japão ou a França, são, sem dúvida, os mais eficientes – o capital econômico e o capital cultural. Segue-se que os agentes têm mais em comum quanto mais próximos estejam nessas duas dimensões, e tanto menos quanto mais distantes estejam nelas. As distâncias espaciais no papel equivalem a distâncias sociais [...] na primeira dimensão, os detentores de grande volume de capital global, como empresários, membros de profissões liberais e professores universitários, opõem-se globalmente àqueles menos providos de capital econômico e do capital cultural no seu patrimônio, os professores (relativamente mais ricos em capital cultural do que em capital econômico) opõem-se de maneira mais nítida aos empresários (relativamente mais ricos em capital econômico do que em capital cultural), isso sem dúvida ocorre no Japão como na França - o que seria preciso verificar”²³ (p.19).

X. “Uma das funções da noção do *habitus* é a de dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes [...] é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida, unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens, de práticas”²³(p. 21).

XI. “Primeiramente, uma análise da posição dos intelectuais e dos artistas na estrutura da classe dirigente. [...] Em segundo lugar, uma análise da estrutura das relações objetivas entre as posições que os grupos colocados em situação de concorrência pela legitimidade intelectual ou artística ocupam num dado momento do tempo na estrutura do campo intelectual. [...] O terceiro e último momento corresponde à construção do *habitus* como sistema das disposições socialmente construídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes. Tais práticas e ideologias poderão atualizar-se em ocasiões mais ou menos favoráveis que lhes propiciam uma posição e uma trajetória determinadas no interior de um campo intelectual que, por sua vez, ocupa uma posição determinada na estrutura da classe dominante”²² (p. 191).

XII. “Functionalism and structuralism are alike in according a priority to the object over the subject or, in some sense, to structure over action. Functionalist authors have normally thought of this in terms of ‘emergent properties’ of the totality, which not only separate its characteristics from those of its individual members, but cause it to exert a dominant influence over their conduct. The difficulties Durkheim experienced with this notion, in so far as his writings are regarded from the point of view of their connection with functionalism, rather than with structuralism, are well known. Durkheim wished to emphasise that the characteristics of the social whole are separate from those of individual agents, and accentuated various senses in which ‘society’ is external to its individual members: every person is born into an already constituted society, and every person is only one individual in a system of association involving many others. But neither in his earlier writings nor in his later works did Durkheim manage to conceptualise the external or objective character of society in a plausible fashion”¹⁰ (p. 50).

XIII. “A análise de Max Weber dos efeitos da batalha da Maratona sobre o desenvolvimento subsequente da cultura grega, e, por conseguinte, da formação da cultura européia em geral é um caso pertinente, assim como sua discussão das conseqüências do disparo da bala que matou o arquiduque Francisco Fernando em Sarajevo”²⁴ (p.15).

Capítulo 3

I. Karl Popper explica que “o teste intersubjetivo é um mero aspecto importante da idéia mais geral de crítica intersubjetiva, ou, em outras palavras, da idéia mais geral de controle racional mútuo, pela via da discussão crítica.”²⁵ (p. 46).

II. Segundo Vergara, “Hipóteses, ou suposições, são a antecipação da resposta ao problema. Se este é formulado sob a forma de uma pergunta, a hipótese ou suposição o são sob a forma de uma afirmação. A investigação é realizada de modo que se possa confirmar ou, ao contrário, refutar a hipótese, ou a suposição. Em geral, o termo hipótese está associado à investigação na linha positivista. Nesta situação, implica

testagem, quase sempre de relações, por processos estatísticos. Suposições estão mais associadas a pesquisas qualitativas. Não implicam testagem; apenas confirmação ou não, via mecanismos não estatísticos”²⁹ (p. 28).

III. “As probabilidades determinadas sejam pelo método clássico ou pelo método empírico dizem-se objetivos porque decorrem de fatos. Há, todavia, numerosas situações que não se prestam a um estudo objetivo, isto é, situações em que nem os resultados possíveis são igualmente prováveis, nem dispomos de dados históricos. Deve-se então fazer uma atribuição subjetiva de probabilidades. Por exemplo: você se apaixonará na próxima semana? [...] Em tais casos, deve-se decidir qual é a ‘probabilidade’ do evento sob as condições dadas. [...] E a não ser pelo fato de que os fatos em geral não podem ser coletados, o método subjetivo é bastante semelhante ao da frequência relativa. Definimos, então, probabilidade subjetiva como se segue: - A probabilidade subjetiva é uma avaliação pessoal do grau de viabilidade de um evento. A probabilidade subjetiva é, então, o resultado de um esforço para quantificar nossa crença a respeito de algo. Podem, entretanto, apresentar certas desvantagens: 1) As estimativas subjetivas são, em geral, difíceis de defender quando postas em dúvida; 2) A tendenciosidade pode ser um fator. Não só menções preconcebidas sobre o que deveria ocorrer, como também o desejo de que ocorra determinado evento, podem distorcer a objetividade. “E, não raro, é difícil eliminar essa tendenciosidade por que, em geral, ela é subconsciente”³¹ (p. 66).

IV. “What I call here the ‘modalities’ of structuration represent the central dimensions of the duality of structure in the constitution of interaction. The modalities of structuration are drawn upon by actors in the production of interaction, but at the same time are the media of the reproduction of the structural components of systems of interaction”¹⁰ (p. 81).

V. “there is no difficulty therefore in thinking of social systems as structured ‘fields’ in which (as reproduced in the temporality) actors occupy definite positions vis-à-vis one another. [...] I shall define a social position here as a social identity that carries with it a certain range of that an actor who is accorded that identity (or is an ‘incumbent’ of that position) may active or carry out: these prerogatives and obligations constitute the role-prescriptions associated with that position”¹⁰ (p.117).

VI. “Conflict – struggle between actors or collectivities expressed as defined social practices”¹⁰ (p. 131).

VII. “A stakeholder approach emphasizes the importance of investing in the relationships with those who have a stake in the firm. The stability of these relationships depends on the sharing of, at least, a core of principles or values. Thus, stakeholder theory allows managers to incorporate personal values into the formulation and implementation of strategic plans”³³ (p. 234).

VIII. “I argue that these properties can be understood as rules and resources, recursively implicated in the reproduction of social systems. Structures exist paradigmatically, as an absent set of differences, temporally ‘present’ only in their instantiation, in the constituting moments of social systems. [...] But we can analyse how ‘deeply-layered’ structures are in terms of the historical duration of the practices they recursively organise, and the spatial ‘breadth’ of those practices: how widespread they are cross a range of interactions. The most deeply-layered practices constitutive of social systems in each of these senses are *institutions*.”¹⁰ (p. 64, 65).

IX. Na pesquisa, os entrevistados foram entendidos como “especialistas” ou “peritos”.

X. Cabe ressaltar que, via-de-regra, em instituições de estudos de estratégia de Governo, como a Escola Superior de Guerra - ESG, pesquisas como as focadas nesta tese teriam um natural enfoque político. Por exemplo: o efeito decorrente da vitória de um potencial partido à Presidência da República a par de uma previsível crise financeira de âmbito global. Como agiria frente a problemas de acesso à saúde, um poder político com viés neoliberal em meio a uma crise econômica? E se fosse um governo populista de esquerda? Na pesquisa objeto desta tese, preferimos evitar discussões eivadas de possíveis distorções de natureza ideológica, optando por direcionar os fatos portadores de futuro para horizontes mais amplos da dinâmica social.

XI. O termo *Stakeholder* neste trabalho é conceituado como um ator relevante, portador de interesse.

XII. “1) No matter what you stand for, no matter what your ultimate purpose may be, you must take into account the effects of your actions on others, as well their potential effects on you. 2) Doing so means you have to understand stakeholder behaviors, values, and back-grounds/contexts including the societal context. To be successful over time it will be better to have a clear answer to the question “what do we stand for”. 3) There are some focal points that can serve as answer to the question “what do we stand for” or Enterprise Strategic [...]. 4) We need to understand how stakeholder relationship works at three levels of analysis: the Rational or “organization as a whole”; the Process, or standard operating procedure; and the Transactional, or the day to day bargaining [...]. 5) We can apply these ideas to think through new structures, processes, and business functions, and we can specially rethink how the strategic planning process works to take stakeholders into account. 6) Stakeholder interests need to be balanced over time”³³ (p. 131).

XIII. “A generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially system of norms, values, beliefs, and definitions”³⁷ (p. 866).

XIV. Um exemplo de *stakeholder* discricionário inclui beneficiários de programas filantrópicos como o “vá de táxi”, pelos quais os donos de bares pagam a corrida de táxi aos fregueses que consumiram bebidas alcoólicas em demasido. Ou, ainda, organizações sem fins lucrativos que recebem donativos e trabalhos voluntários para suas companhias.

XV. É o caso da presença de representantes de compradores ou investidores na direção de algumas corporações, ou mesmo a área de relações públicas de empresas que dependem de bons relacionamentos com o Governo.

O mesmo raciocínio vale para a associação do atributo do Poder com a Legitimidade, o que gera a autoridade e caracteriza a chamada “violência legítima”, dado pelo poder coercitivo associado à legitimidade legal, prevista na excludente da ilicitude consignada no Inciso III do Art. 23 do Código Penal Brasileiro:

Do crime. _ Não há crime quando o agente pratica o fato: [...] _ em estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular do direito.

XVI. Inferência é “a operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”³⁸ (p.39).

XVII. O método consiste no conjunto de regras básicas necessárias ao desenvolvimento de uma experiência para a produção de um novo conhecimento, assim como corrigir ou integrar outros pré-existentes. É o modo racional e ordenado de planejamento das ações para se alcançar um objetivo. A técnica compreende a maneira objetiva, o conjunto de procedimentos aplicados na execução das ações para se alcançar o resultado delineado no método.

Capítulo 4

I. A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, fundada em 25 de março de 1582, pelo Padre José de Anchieta, da Companhia de Jesus, situada, nos dias atuais, na rua Santa Luzia, 206, no Rio de Janeiro, fundamenta sua obra segundo princípios espirituais e corporais, como o ensino aos ignorantes; a punição dos transgressores com compreensão; o consolo dos infelizes e o perdão das injúrias recebidas, assim como o resgate dos cativos; o trato dos doentes; a vestimenta dos nus; alimento aos famintos; bebida aos sedentos; abrigo aos viajantes e o sepultamento dos mortos, segundo Santa Casa de Misericórdia⁶³.

II. Decreto Legislativo 4.682/1923, cuja abrangência foi expandida pelo Dec. nº 5.109, de 20.12.1926.

III. Decreto 5.109/1926, Art. 13: “Ouvido o Conselho Nacional do Trabalho, as Caixas poderão adquirir ou construir prédio, ou prédios, para a sua sede, farmácia, ou serviço de ambulatório, ou pronto-socorro, uma vez que os fundos o permitam”.

IV. Anos 1920.

V. Marítimos, Industriários, Transportes de cargas, Bancários, Comerciais e Servidores do Estado.

VI. “Alguns dos atuais esquemas de assistência privada à saúde, baseados no sistema de captação de recursos de empregadores e seus empregados, remontam a esta época, tais como, no setor público, a implantação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários, atual GEAP, além da posterior inclusão da assistência médico-hospitalar entre os benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais”⁶⁸ (p.10).

VII. A região do chamado ABC paulista compreende os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, no Estado de São Paulo.

VIII. Decreto-Lei nº 73, de 21.11.1966, Arts. 129 e 135.

IX. Estado do Bem Estar Social: surgido na “hegemonia dos governos social-democratas e, secundariamente, das correntes euro-comunistas, com base na concepção de que existem direitos sociais indissolúveis à existência de qualquer cidadão”⁷³.

O início efetivo dá-se exatamente com a superação do absolutismo e a emergência dos direitos das massas, assinala Wieczynski⁷⁴.

X. O sobrevivente Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado-IPASE, foi extinto nos anos 1980 e suas estruturas de assistência médica incorporadas ao INPS⁶⁶.

XI. Instituído pela lei nº 6.168, de 06.12.1974.

XII. Código Fiscal de 1966; a Constituição Federal de 1967; o Decreto-Lei-200 e onze decretos instituídos pelo Ato Institucional nº 5, conforme Ocké Reis⁷⁰.

XIII. Decreto-Lei 73/1966;

XIV. Portaria nº 39/INPS/MPAS, de 05.10.1974: “Na vigência do Convênio, o INPS se desobriga do atendimento dos beneficiários PR eles abrangidos e os atendimentos médicos, eventualmente realizados pelo Instituto são cobrados da empresa”⁶⁷ (p.229).

XV. A Lei nº 6.229 foi posteriormente revogada pela Lei nº 8.080, de 19.09.1990.

XVI. O INAMPS foi criado em 1976, pelo desdobramento do INPS em três institutos: Administração da Previdência e Assistência Social-IAPAS, que recolhia os benefícios; o mesmo INPS, que manteve as funções administrativas de concessão e pagamento de benefícios; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, destinado somente à administração do sistema de saúde previdenciária, conforme Medici⁶⁶.

XVII. “Década perdida”, caracterizada por um crescimento econômico nulo, a par do alastramento do desemprego e da moratória frente aos credores internacionais. Expressão utilizada por Clóvis de Faro⁷⁷.

XVIII. Artigo 3º, inciso IV, dos Princípios Fundamentais – Título I.

XIX. Artigo 199, da CF/1988 e Lei nº 9.656, de 06.06.1998.

XX. Artigo 200, da CF/1988.

XXI. “O Estado de Bem-Estar Social baseia-se em uma relação de direito social inerente à condição de cidadania e, do ponto de vista institucional, implica uma organização nacional da política social, na qual o Estado assume os ônus básicos da administração e financiamento do sistema. Trata-se de um projeto de redefinição das relações sociais em direção à redistribuição da renda e, portanto, à equidade e justiça social para toda a sociedade”⁷⁹ (p. 402).

XXII. Artigo 198, da CF/1988.

XXIII. O Ministério da Saúde foi criado pela Lei nº 1.920, de 25.07.1953, pelo desdobramento do então Ministério da Educação e Saúde.

XXIV. Os repasses eram limitados ao teto de 0,1 internações por habitante/ano, em cada Estado e Município, pagos também após a emissão da fatura do serviço prestado⁸³.

XXV. Página do Ministério da Saúde, na Internet, Disponível em www.saude.gov.br.

XXVI. *Impeachment* do Presidente Collor de Mello a par da exponencial inflacionária da economia brasileira.

XXVII. O contingente de 45 milhões de não-segurados representa 15,6 % da população demográfica de 288 milhões.

XXVIII. “Cidadão é aquele que participa da vida civil e política do Estado (CF/1988, art. 14).

XXIX. Modernamente, o neoliberalismo é compreendido como o resultado de um movimento histórico-social vindo à luz na década de 1970, em resposta à profunda crise no processo de acumulação capitalista então deflagrada; como um corpo articulado de proposições econômicas e sociais, com base na tradição liberal sendo adotado por organismos internacionais de financiamento, para o estabelecimento de programas de ajuste estrutural, na esteira da crise da dívida externa de países em desenvolvimento, como os do terceiro mundo, conforme Rodrigues⁸⁹.

XXX. Processo posterior à autorização pela Superintendência de Seguros Privados–SUSEP, posto que “os instrumentos legais relacionados com o seguro-saúde (Decreto-Lei nº 73/66, e sua regulamentação) impediam qualquer forma de vinculação de provedores de serviços às seguradoras”⁶⁸ (p. 329).

XXXI. Tipo de plano de saúde voltado usualmente aos níveis hierárquicos mais elevados das organizações.

XXXII. “margem de lucro das empresas sobre os custos”, Luque e Vasconcellos⁹¹ (p.372).

XXXIII. Superintendência de Seguros Privados– SUSEP, autarquia criada pelo Decreto-Lei nº 73, de 21.11.1966, vinculada ao Ministério da Fazenda, responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

XXXIV. Os programas de proteção e defesa do consumidor – PROCON, compreendem os órgãos executivos do Sistema Estadual e Municipal de Proteção ao Consumidor.

XXXV. Lei nº 8.078, de 11.09.1990.

Capítulo 5

I. O superávit primário é o excedente entre a Receita e a Despesa do Governo federal, excluídos os juros.

II. *Checks and balances* ou controle de equilíbrios, refere-se à teoria do “governo bem equilibrado”, na expressão de James Harrington (1611-1677) na obra *The Commonwealth of Oceana* (1656), tendo sido referida pelo presidente James Madison (1751-1836), pai do federalismo, e convertida em pedra angular da Constituição Norte-Americana.

III. Associação Brasileira de Medicinas de Grupo; Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo; Confederação das Unimed do Brasil; Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização e Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, respectivamente.

IV. Associação Brasileira de Medicina de Grupo- ABRAMGE. Clipping de Notícias Abramge – **Revista Consumidor teste**. Abril/maio/Junho de 2009. Disponível em www.abramge.com.br, acesso em 10.07.2009.

V. Modificada pela Lei nº 6.981, de 30.03.1982; a Constituição Federal/1988, ao alterar a Lei nº 5.764/1971, conferiu às associações e cooperativas, independência de autorização estatal para o seu funcionamento.

VI. O conceito de valor adicionado consiste na exclusão dos insumos intermediários – não transacionados no mercado de bens finais ou no mercado de fatores de produção – na medida do produto final, segundo Fonseca, M.. *In: medidas da atividade econômica*. Parte II – Noções de Macroeconomia. Manual de Economia. André Franco Montoro Filho et al. São Paulo: Ed. Saraiva, 2001.

VII. CIEFAS. *Evento no Sul atrai empresas para a autogestão*. Disponível em www.ciefas.org.br/jornal/jornal23/23d.htm > em 09.01.2002

VIII. Decreto-Lei nº 73, de 21.11.1966, artigos 129 e 135.

IX. A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, mantém vários hospitais, como o de Nossa Senhora das Dores, fundado em 08 de dezembro de 1884; o de Nossa Senhora da Saúde, fundado em 02 de julho de 1853, e o de Nossa Senhora do Socorro, fundado em 01 de agosto de 1855. Santa Casa de Misericórdia. Disponível em <http://openlink.br.inter.net/santacasa>, 23/10/2002.

X. Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS. Disponível em www.hospifilrs.org.br, em 06.05.02.

XI. Regulamentada pelo Decreto 3.048/1999. “Art. 4º As entidades sem fins lucrativos educacionais e as que atendam ao Sistema Único de Saúde, mas não pratiquem de forma exclusiva e gratuita atendimento a pessoas carentes, gozarão da isenção das contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 1991, na proporção do valor das vagas cedidas, integral e gratuitamente, a carentes e do valor do atendimento à saúde de caráter assistencial, desde que satisfaçam os requisitos referidos [...]. Art. 7º Fica cancelada, a partir de 1º de abril de 1999, toda e qualquer isenção concedida, em caráter geral ou especial, de contribuição para a Seguridade Social em desconformidade com o art. 55 da Lei nº 8.212, de 1991, na sua nova redação, ou com o art. 4º desta Lei.

XII. Filantropia. **Nova legislação recebe duras críticas**. Disponível em www.tribunadodireito.com.br/agosto99 em 30.04.02.

XIII. CSN. **Para filantrópicas, decreto inviabiliza o setor**. Confederação Nacional de Saúde- CNS, Folha de SP, edição de 23.03.2002, Disponível em www.cns.org.br/, 30.04.02.

XIV. Corte de 20% em outubro de 1999 pela Marítima Seguros nos honorários médicos. Colégio Brasileiro de Radiologia.

XV. Planos de saúde. **Entidades reagem contra a diminuição de honorários médicos**. Conselho Federal de Medicina – CFM. *In: Acervo médicos*, 13.03.2000. Disponível em www.webmedicos.com.br, em 21.03.2003.

XVI. Campanha da Associação Paulista de Medicina e as entidades CFM, AMB, CREMESP, SIMESP e Sociedades de Especialidades. *Jornal da Associação Médica Brasileira*. Ano 42, nº 1314, p. 10, jul/ago, 2001.

XVII. Departamento Intersindical de Apoio Parlamentar – DIAP, de 1996.

XVIII. No caso, houve um sólido entrosamento do CFM e da AMB com entidades de defesa do consumidor contra a citada MP, logrando êxito, pois esta foi retirada da pauta do Congresso pelo Ministro da Saúde.

XIX. Médico guardião ou “triador”, na expressão utilizada pela ANS na MP nº 2.177-43, de 2002.

XX. O Estado de São Paulo, de 15.08.2001, disponível em < www.estadao.com.br >, em 23.10.2002.

XXI. “O termo beneficiário refere-se a vínculos aos planos de saúde podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo”¹⁰² (p.43).

XXII. Os efeitos da crise internacional no Brasil, a partir do mês de outubro de 2008, fez com que o Produto Interno Bruto acumulasse uma queda de mais de 4% entre o último trimestre de 2007 e o primeiro de 2009. De outubro a março de 2009 a taxa de desemprego na população pobre aumentou 18,5% enquanto para os segmentos de renda mais elevada a taxa cresceu 24,8%. A rotatividade da mão-de-obra estimulou o rebaixamento da remuneração e das condições de trabalho, refletindo na demissão de trabalhador com maior remuneração em troca dos contratos de novos empregados em condições inferiores de salário. Pochmann, Marcio. O trabalho e a crise econômica no Brasil: primeiros sinais. **Estudos Avançados**. 23 (66), 2009.

XXIII. Instituído pela Lei 8.078, de 11.09.1990.

XXIV. Decreto nº 7.890, de 05.05.1976, convertido na Lei estadual nº 1.903, de 29.12.1978, segundo Giovanella, Ribeiro e Costa⁹³ (p.157).

XXV. Lei nº 7.347, de 24.07.1985.

XXVI. Lei nº 9.099, de 26.09.1995, artigo 2º_ orienta-se pelos critérios da oralidade, simplicidade, informalidade, economia processual e celeridade, buscando, sempre que possível a conciliação ou a transação.

XXVII. Ementário dos JEC - RJ, disponível em < www.tj.rj.gov.br >.

XXVIII. Folha On line, de 10.06.2003, < www.folha.com.br >, em 01.07.2003.

XXIX. In: **Os planos de saúde, os médicos e os clientes: tripé difícil de equilibrar**. Disponível em <http://corporativo.bibliomed.com.br>, em 01.07.2003.

XXX. ANS. **Julgamentos em 1ª e 2ª instância**. Disponível em www.ans.gov.br/consultas (28.10.2007)

XXXI. Expressão atribuída a Nerácio: *Contractus qui habent tractum successivum et dependentiam de futuro rebus sic stantibus intelliguntur*. Ou seja: “Os contratos que têm

trato sucessivo ou dependência do futuro entendem-se condicionados pela manutenção do atual estado das coisas”¹¹⁸ (p. 202).

XXXII. “Jurisprudência contrária ao verbete. Observância. A existência de matéria sumulada pela Corte impõe, por disciplina intelectual e para evitar Juízos discriminatórios, sua observância enquanto subsistir o verbete. Agravo improvido”. Agravo Regimental na Apelação em Mandado de Segurança. Nº 92.01.05663-0. TRF. 1ª Região, 29.06.1992.

XXXIII. Ementário dos JEC - RJ, disponível em < www.tj.rj.gov.br >;

XXXIV. O Superior Tribunal de Justiça julgará, mediante **recurso especial**, “as causas decididas, em única ou última instância, pelos Tribunais Regionais Federais, ou pelos tribunais dos Estados, do Distrito Federal e Territórios, quando a decisão recorrida: a) contrariar tratado ou lei federal, ou negar-lhes vigência; b) julgar válida lei ou ato de governo local contestado em face de lei federal; c) dar a lei federal interpretação divergente da que lhe haja atribuído outro tribunal [...]. CF/1988, Art. 105, III.

O Supremo Tribunal Federal julgará, mediante **recurso extraordinário**, “as causas decididas em única ou última instância, quando a decisão recorrida: a) contrariar dispositivo desta Constituição; b) declarar a inconstitucionalidade de tratado ou lei federal; c) julgar válida lei ou ato de governo local contestado em face desta constituição. [...]. CF/ 1988, Art. 102, III.

XXXV. A “bancada da saúde” no Congresso reúne 240 parlamentares. In: Saúde pode receber menos recursos. **Ministério da Fazenda**. Resenha Eletrônica de 20.02.2007. Disponível em <http://www.fazenda.gov.br/resenhaeletronica/MostraMateria.asp?cod=338744> (10.04.2007).

XXXVI. “No Brasil havia um órgão, que em Portugal existiu até 1910, que é o poder moderador definido pelo artigo 98 da Constituição imperial. Era uma atribuição pessoal do imperador que visava à harmonização dos demais poderes em função do bem-estar da Nação. Para evitar um fenômeno que se observou em todos os regimes em que estabeleceram os três poderes segundo a teoria de Montesquieu: legislativo, executivo e judicial. Em todo o lado, houve e há sempre a tendência de predomínio de um poder sobre os demais. O que é o poder moderador? É o ponto de equilíbrio que mantinha a harmonização dos demais tendo em vista o bem-estar da Nação. Não havia uma disputa entre um poder e outro”, segundo Orleans e Bragança. In: O poder moderador, revista V, 2003.

XXXVII. Associação Brasileira de Medicinas de Grupo; Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo; Confederação das Unimed do Brasil; União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização e Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, respectivamente.

XXXVIII. A batalha dos planos de saúde, Estado de São Paulo, Disponível em www.jt.estadao.com.br/, 1997.

XXXIX. “As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua

respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atue. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito. [...] Art. 5º_ O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa. Art. 6º_ Proibir, aos médicos, a prestação de serviços a instituições que descumpram o estipulado nesta resolução.”

XL. CREMESP/IDEC. **Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/98**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. São Paulo: 2007. < www.idec.org.br > em (10.08.2007).

XLI. IDEC. **Reajustes Anuais – A ANS está cumprindo o seu papel ?** São Paulo: 2006. www.idec.org.br em (10.02.2007).

Capítulo 6

I. Narcisa dos Santos ¹²⁰; Mendes et al ¹²¹ e Prefeitura de Porto Alegre ¹²².

II. **Anamnese**, do grego *ana*, trazer de novo e *mnesis*, memória, é uma entrevista realizada por profissional da área da saúde com um paciente, com a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença. É uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente. Uma *anamnese* deve produzir um diagnóstico seguro e um tratamento correto. Quando bem conduzida, responde por 85% do diagnóstico na clínica médica, liberando 10% para o exame clínico (físico) e apenas 5% para os exames laboratoriais ou complementares.

III. Os efeitos do neoliberalismo no Chile são detalhados em LABRA, M.E.. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 18 (4), p. 1041 – 1052, 2002.

IV. Entendimento similar ao de “politics still matters”, In: NAVARRO, V., SCHIMITT, J., ASTUDILLO, J.. Is globalization undermining the welfare state? The evolution of the welfare state in developed capitalist countries during the 1990’s. **International Journal of Health Services**, 34 (2) p. 185-227, 2004.

V. Entretanto, outros pesquisadores avaliam que o Brasil encontra-se na categoria de universalismo excludente, como Faveret e Oliveira ⁷.

Capítulo 8

I. Brocardo latino que significa “o pactuado deve ser cumprido”.

10. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Revisão 2008 Estudos e Pesquisas. Rio de Janeiro: Informações Demográficas e Socioeconômicas, nº 24, 2008. **IBGE**. Disponível em www.ibge.gov.br (22.07.2008).
2. BRASIL. Brasil em números. **IBGE**. Rio de Janeiro: vol. 10, 2002.
3. BRASIL. Acesso e utilização de serviços de saúde - 2003. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **IBGE**. Rio de Janeiro: 2005.
4. UNIVERSITY HEALTH SYSTEM CONSORTIUM. **The costs of keeping up with advanced technology are staggering**. UHSC, 2002. Disponível em www.uhc.edu (20.05.2006)
5. BRASIL. Caderno de informações da saúde suplementar. Rio de Janeiro: **ANS**, 2007. Disponível em www.ans.gov.br (12.10.2007)
6. TITMUSS, Richard M. **What is social policy?** In: Social Policy. London: Abel-Smith, B and Titmuss, K. (eds), George Allen and Unwin, p. 24-32, 1974.
7. FAVERET, Paulo, OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, nº3, pp. 139-161, IPEA, 1990.
8. COSTA, Nilson do Rosário, CASTRO, Antonio Joaquim Werneck de. **O regime regulatório e a estrutura do mercado de plano de assistência à saúde no Brasil**. In: Regulação e saúde, vol 3, Montone e Castro (Orgs), Rio e Janeiro: ANS, p. 49-54, 2004.
9. WEBER, Max. **Economia y sociedad: esbozo de sociologia comprensiva**. México: Fondo de Cultura Econômica, 12ª reimpressão, 1998.
10. GIDDENS, Anthony. **Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis**. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1979.

11. BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 1998. **IBGE**. Rio de Janeiro: 2000.
12. BRASIL. ANS Informação. Rio de Janeiro: Ano 1, 2006.
13. FREUND, Julien. **A sociologia de Max Weber**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1975.
14. KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2000.
15. ELSTER, Jon. **Peças e engrenagens das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1994.
16. BOUDON, Raymond. **Efeitos perversos e ordem social**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.
17. DOMINGUES, José Maurício. **Teorias sociológicas no século XX**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2001.
18. MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. 2009. Disponível em www.dominiopublico.gov.br / 16k (16.01.2009)
19. MEAD, George Herbert. **The fusion of the 'i' and the 'me' in social activities**. In: Mind, Self, and Society. Cap. 24, pp. 273-281. The University of Chicago Press, 1934.
20. BERGER, L. Peter, LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2007.
21. PARSONS, Talcott. **The structure of social action**. Ontario: Collier-MacMillan Canada Ltda, 1966.
22. BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2001.

23. BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Ed. Papirus, 2007.
24. GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2003.
25. POPPER, Karl. **A lógica da pesquisa científica**. São Paulo: Editora Cultrix, 2007.
26. THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. **Métodos estruturalistas: pesquisa em ciências de gestão**. São Paulo: Atlas, 2008.
27. _____. O modelo estruturalista. In: **Pesquisa Qualitativa em Administração: Teoria e Prática**. VIEIRA, M.M.F., ZOUAIN, D.M.. (Orgs), Rio e Janeiro: Editora FGV, 2005.
28. FARIA, Alexandre. Realismo crítico em pesquisa em estratégia. In **Pesquisa Qualitativa em Administração: Teoria e Prática**. VIEIRA, M.M.F., ZOUAIN, D.M.. (Orgs), Rio e Janeiro: Editora FGV, 2005.
29. VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Ad. Atlas, 2000.
30. GOULART, Sueli, CARVALHO, Cristina Amélia. O pesquisador e o design da pesquisa qualitativa em administração. In: VIEIRA, M.M.F.; ZOUAIN, D.M. (Ogs). **Pesquisa Qualitativa em Administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, pp. 119-140, 2005.
31. STEVENSON, William J.. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.
32. VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Por uma (boa) pesquisa qualitativa em administração. In VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

33. FREEMAN, Edward. The stakeholder approach revisited. *Zeitschur für Wirtschafts und Unternehmensethik. ABI/INFORM Global*, vol. 5, 3; p. 228-241, 2004.
34. WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 7ª ed., 1992.
35. PUCHKIN, V.N.. **Heurística: a ciência do pensamento criador**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, tradução direta do russo por Vera Neverova, 1967.
36. CURY, Marcus Vinícius Quintella. Modelo heurístico *neuro-fuzzy* para avaliação humanística de projetos de transporte urbano. **COPPE/UFRJ**, tese de doutorado em Engenharia de Produção, Rio de Janeiro: 1999.
37. MITCHELL, Ronald K., AGLE, Bradley R., WOOD, Donna J. Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. **The Academy of Management Review**, Vol 22, nº4, p. 853-886, 1997.
38. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 1988.
39. DELLAGNELO, E. H. L., SILVA, R.C.. Análise de conteúdo e sua aplicação em pesquisas de administração. In: VIEIRA, M.M.F.; ZOUAIN, D. M. (Ogs). **Pesquisa Qualitativa em Administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
40. ZADEH, Lofti A. Fuzzy sets. **Information and Control** , .v..8, p. 338-353, 1965.
41. COX, Earl. The seven noble truths of fuzzy logic. **Computer Design**, 2002.
42. ALTROCK, Constantin von. Neurofuzzy technologies. **Sensor Review**. Bradford: vol. 14, iss.3, p. 15-18, 1994.
43. BROWN, M.. **introduction to fuzzy and neurofuzzy systems**. 1996. Disponível http://neuron.tuke.sk/math.chft.stuba.sk/pub/vlado/NN_books_texts/Brown_fuzzy.pdf (21.05.2007).

44. ZADEH, Lofti A.. Fuzzy logic, neural networks and soft computing. **Association for Computing Machinery**, 37, 3; Mar 1994.
45. HELLMANN. Martin. **Fuzzy logic introduction**. Rennes: 2001. Disponível em www.fpq.tu-berlin.de/~anderl/epsilon/fuzzyintro4.pdf (21.05.2007).
46. CURY, Marcus Vinícius Quintela, VEIGA, Fernando José Pombo. Método para avaliação do desempenho de rodovias concessionárias sob a ótica do usuário. Santiago: XII Congresso Panamericano de Transportes, Universidad de Chile. **Anais...**, 2003.
47. DRUMOND, Elaine de Freitas, MACHADO, Carla Jorge, FRANÇA, Elizabeth. Óbitos neonatais precoces: análise de causas múltiplas de morte pelo método *grade of membership*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, vol.23, nº 1, 2007.
48. NASCIMENTO, Luiz Fernando, ORTEGA, Neli Regina. Modelo lingüístico fuzzy para estimação do risco de morte neonatal. Rio de Janeiro: **Revista de Saúde Pública**, vol.36, nº 6, p 686-692, 2002.
49. MATTOS, Melissandra Cortes de, NASSAR, Silvia Modesto, SOUZA, Edson Carvalho de, STRADA, Paulo Fernando. O raciocínio fuzzy no desenvolvimento de um sistema para controle da assistência respiratória em neonatos. IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. **Anais...** 2004.
Disponível em <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/214.pdf> (10.10.2007).
50. MALTHUS, Thomas. **An essay on the principle of population**. University of Adelaide Library. e-book. 2006. Disponível em <http://etext.library.adelaide.edu.au> (26.05.2007).
51. ROTBERG, Mário. **Análise propectiva**. In Subsídios para estudo dos fundamentos doutrinários. vol II, cap. V, Escola Superior de Guerra/ EMFA. Rio de Janeiro:1996.
52. BERGER Gaston. La prospective. In: **Phénoménologie du temps et prospective**. Presses Universitaires de France. Paris: cap. IV, p. 218-270, 1964. disponível em www.cnam.fr/lipsor/recherche/laboratoire/memoireprospective.php (28.05.2007).

53. HELMER, Olaf. Prospects of technological progress. **The Rand Corporation**. Santa Monica: 1967. disponível em www.rand.org/pubs/papers/P3643 (07.06.2007).
54. KHAN, Herman, WIENER, Anthony. **The use of scenarios**. In: The year 2000: a framework for speculation on the next thirty-three years. New York: The Macmillan Company, p. 262-264, 1967. Disponível em www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=HermanKahn (04.06.2007)
55. BELL, Daniel. Introduction. In **The year 2000: a framework for speculation on the next thirty-three years**. KHAN, H., WIENER, A. New York: The Macmillan Company, p. 18-25, 1967. Disponível em www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=HermanKahn (04.06.2007)
56. GRUMBACH, Raul José dos Santos. **Prospectiva – ciência do futuro – a chave para o planejamento estratégico**. Rio de Janeiro: Editora Catau, 1997.
57. MASSÉ, Pierre. **L’aventure calculée**. In: Le plan ou l’anti-hasard. Éditions Gallimard, Paris: 1965. Disponível em www.cnam.fr/lipsor/recherche/laboratoire/memoireprospective.php (28.05.2007)
58. BRASIL. **Prospectiva**. Escola de Guerra Naval/ Ministério da Marinha. Doc. FI-321A, nº 064, 1991.
59. KHAN, Herman. Escalation ladder. In: **On escalation**, 1965. Disponível em www.texaschapbookpress.com/magellanslog41/escalation.htm (03.06.2007).
60. BRASIL. A prospectiva estratégica no método da ESG. Extrato para Peritos. Escola Superior de Guerra- **ESG/ EMFA**. Rio de Janeiro: 1998.
61. ESPING-ANDERSEN, Gösta. **As três economias políticas do welfare state**. São Paulo: Lua Nova – Revista de Cultura e Política, n. 24, p. 85-116, 1999.
62. TOLEDO, Marcelo de Almeida. **A santa casa de misericórdia de São Paulo**. São Paulo: edição comemorativa do 1º centenário do hospital central e 4º centenário da Santa Casa, 1984;

63. SANTA CASA. **Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro**. Disponível em <http://openlink.br.inter.net/santacasa/hist1.htm> acesso em 23.10.2002
64. MARINHO, Alexandre, MORENO, Arlinda Barbosa, CAVALINI, Luciana Tricai. Avaliação descritiva da rede hospitalar do sistema único de saúde (SUS). Rio de Janeiro: **IPEA**, Texto para discussão nº 848, ISSN 1415-4765, 2001.
65. TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre legado da seguridade social. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, vol 1 (4), pp. 400-417, 1985;
66. MEDICI, André Cezar. **Evolução da estrutura do sistema de saúde**. Disponível em www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty (06.02.2003).
67. OLIVEIRA, Jaime de Araújo, TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.
68. BAHIA, Lígia. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação**. Campinas: In Parte 4 – O Sistema de Saúde Suplementar (O sistema privado de atenção á saúde). Brasil: radiografia da Saúde. Ed. UNICAMP, 325-361, 2001.
69. PEREIRA, Luis Carlos Bresser. Os primeiros passos da reforma gerencial do Estado de 1995. In: **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado - RERE**. Salvador: nº 16, dez/jan/fev, 2009.
70. REIS, Carlos Octávio Ocké. *O Estado e os planos de saúde no Brasil*. Brasília: **Revista do Serviço Público- ENAP**, ano 51, nº 1, pp. 125-148, jan-mar 2000;
71. CÂMARA, Leonor Moreira. Breves notas sobre o *modus operandi* do modelo de relacionamento entre instâncias de governo institucionalizado pelo Decreto-lei nº 200/67 em face dos novos desafios do federalismo cooperativo. **Revista de Administração Pública –RAP**. Rio de Janeiro: FGV, 36 (5), set-out, p. 797- 809, 2002.
72. BRASIL. **Decreto-Lei nº 200**. Disponível em www.planalto.gov.br (03.01.2006).

73. MEDICI, André Cezar. **O Welfare State no Brasil**. Disponível em <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/consnac> em (06.02.2003).
74. WIECZYNKI, Marineide. **Considerações teóricas sobre o surgimento do Welfare State e suas implicações nas políticas sociais: uma versão preliminar**. 2003. Disponível em www.portalsocial.ufsc.br/publicacao/consideracoes.pdf em (06.06.2003).
75. BRASIL. **Legislação**. Disponível em www.planalto.gov.br (10.04.2009).
76. CORDEIRO, Hésio. **Sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Ayri Editorial Abrasco. 1991.
77. FARO, Clóvis de. O país ficou mais pobre. Rio de Janeiro: **Conjuntura Econômica**, ano 51, nº 3, março de 1997;
78. REIS, Carlos Ocké, ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky, SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde - uma criação do Estado? Rio de Janeiro: Revista Economia Contemporânea. 10 (1): 157-185, jan./mar. 2006.
79. TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre legado da seguridade social. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, vol 1 (4), pp. 400-417, 1985;
80. COSTA, Nilson do Rosário. **A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectivas**. Campinas: In Parte 3 – A Reforma do Setor de Saúde: O Brasil e as tendências internacionais. Brasil: radiografia da Saúde. Ed. UNICAMP, 307-324, 2001.
81. ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, set.2004/fev.2005.
82. TEIXEIRA, Aloisio, BAHIA, Lúcia, VIANNA, Maria Lúcia T. Werneck. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil. Rio de Janeiro: In

Regulação & Saúde - estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. **ANS/ MS**, Série C. Nº 76, 18-34, 2002.

83. MEDICI, André Cezar. **Sistema Único de Saúde - SUS**. Disponível em www.datasus.gov.br/tabnet (06.02.2003).

85. BRASIL. **Programa de Saúde da Família**. Portal da Saúde. Disponível em www.saude.gov.br em nov. 2005.

86. CARVALHO, André de Oliveira, EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. Sistemas de Informação em saúde para Municípios. Saúde e Cidadania. **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS**, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar NAMH/FSP USP, São Paulo: 1998;

87. RIBEIRO, Edilza Maria, PIRES, Denise Elvira, BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 20 (2), 432-446, 2004.

88. MONTREAL ECONOMIC INSTITUTE. Two myths about the U.S. health care system. Montreal: **Economic Note** – Health series, 2005; disponível em www.iedm.org (10.03.2006).

89. RODRIGUES. Alberto Tosi. In: *Gênese, retórica e prática*, disponível em www.politica.pro.br/acervo/art_tosineolib.rft. em (10.07.2003).

90. REIS, Carlos Octávio Ocké. A constituição de um modelo de atenção á saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?. Rio de Janeiro: **IPEA** – Texto para Discussão nº 1376. Série Seguridade Social. 2008.

91. LUQUE, Carlos Antonio, VASCONCELOS, Marco Antonio Sandoval de. **Considerações sobre o problema da inflação**. São Paulo: Manual de Economia, Editora Saraiva, cap. 16. 365-381, 2001.

92. MESQUITA, Maria Angélica. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. Rio de Janeiro: In Regulação e Saúde – estrutura,

evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. **ANS/MS**, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, nº 76, 2002.

93. GIOVANELLA, Lígia, RIBEIRO, José Mendes, COSTA, Nilson do Rosário. Defesa dos consumidores e regulação de planos de saúde. Rio de Janeiro: In Regulação e Saúde – estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. **ANS/MS**, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, nº 76, 2002.

94. CAMPOS, Ana Maria. Avaliação de agências reguladoras: uma agenda de desafios para a sociedade brasileira. Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública – RAP**, vol. 34, nº 35, edição especial “regulação”, Editora FGV, 2000.

95. PEREIRA, Luis Carlos Bresser. A reforma administrativa do sistema de saúde. **Cadernos MARE da reforma do Estado**, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, c.33, 44 p, 1998.

96. BRASIL. Brasil em números. **IBGE**. Rio de Janeiro: v. 3, p.1-110, 1994.

97. BRASIL. Brasil em números. **IBGE**. Rio de Janeiro: v.7, p. 1-339, 1999.

98. BRASIL. Brasil em números. **IBGE**. Rio de Janeiro: v.17, p. 1-332, 2009.

99. BRASIL. Painel de indicadores do SUS. Brasília: **Ministério da Saúde**. Ano I, nº 1, agosto de 2006.

100. Caderno de informações da saúde suplementar. Rio de Janeiro: **ANS**, 2009. Disponível em www.ans.gov.br (12.08.2009)

101. UGÁ, Maria Alícia, MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: TRINDADE, N., GERSCHMAN,S., EDLER, F., SUÁREZ, J.M.. **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

102. BRASIL. **ANS** – Relatório de Gestão 2008. Disponível em www.ans.gov.br 10.07.2009.

103. Associação Brasileira de Medicina de Grupo- ABRAMGE. www.abramge.com.br, acessos em 10.03.2003 e 10.07.2009.
104. RABELAIS, Cristina Maria. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. Campinas: In Parte 4 – **O Sistema de Saúde Suplementar (O sistema privado de atenção à saúde)**. Brasil: radiografia da Saúde. Ed. UNICAMP, 363-394, 2001.
105. Portal Nacional de Saúde – **UNIMED Brasil**. Disponível em www.unimed.com.br em 10.07.2009.
106. CIEFAS. **A história da autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo: CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, 2000.
107. UNIDAS disponível em < www.unidas.com.br > em 10.06.2009.
108. GEAP. Disponível em www.geap.com.br/geap/ge_index.asp em (15.09.2009).
109. BRADESCO. **A história do seguro**. Disponível em www.bradescosauade.com.br . em 10.03.2003;
110. FENASEG. **Projeções 2007-2010**. www.fenaseg.org.br.
111. MEDICI. André Cezar. O setor privado prestador de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento. Rio de Janeiro: **IBGE/ENCE**, Relatório Técnico nº 2/90 – EX.2, 1990.
112. Caixa de Assistência dos Advogados do Rio de Janeiro- CAARJ. **Exigências da ANS e liminares estrangulam planos de saúde**. Informe nº 132, p. 4, fev. 2003.
113. MISOCZKY, Maria Ceci. O mecanismo normativo de mudança isomórfica e a análise de organizações de saúde: refletindo sobre a sua adequação. Foz do Iguaçu: XXIV ENAMPAD, **Anais...**, 1999.
114. Conselho Federal de Medicina - CFM. www.cfm.com.br, em 21.03.2003.

115. Caderno de informações da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em www.ans.gov.br (12.08.2009).
116. SHAFFER, M..Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionados à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. Dissertação de mestrado. USP São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.teses.usp/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062006-105722/1k> (26.09.2007).
117. PROCON. **Cadastro de Reclamações Fundamentadas**. www.procon.sp.gov.br em 12.06.2009.
118. GOMES, Orlando. **Contratos**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1994.
119. WALD, Arnoldo. **Obrigações e contratos**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1994.
120. Centro Brasileiro de Estudos Sociais- CEBES. **Doações de planos à bancada da saúde aumentam 757%**. Folha de São Paulo, edição eletrônica de 17.07.2007. Disponível em <http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=368575>, em (29.10.2007).
121. SANTOS, Narcisa Maria Gonçalves dos. **Um estudo prospectivo sobre a previdência social brasileira**. Tese de doutoramento em engenharia de produção. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.
122. MENDES, Evandra Hein, NASCIMENTO, Juarez Vieira, NAHAS, Markus Vinícius, FENSTERSEINFER, Alex, JESUS, Joaquim Felipe. Avaliação da formação inicial em educação física: um estudo delphi. Maringá: **Revista da Educação Física**. V.17. nº1, 53-64, 2006.
123. PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Mostra de trabalhos e projetos produzidos pelos técnicos de nível superior da Prefeitura de Porto Alegre. **1ª EXPOTEC**. Porto Alegre: 2007.

124. STEVENSON, William J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.
125. IMMERGUT, Ellen. Doctors versus the state: the economic and political logic of national health insurance. In: **Health Politics – Interest and Institutions in Western Europe**. New York: Cambridge University Press, cap. 2, 34-67, 1992.
126. GIAIMO,S.,MANOW, P..Institutions and ideas into politics: health care reform in Britain and Germany. In: ALTENSTETTER, C. BJÖRKMAN, J.W. (Eds). **Health policy reforms, national variation and globalization**. London: MacMillan Press, p. 175-202, 1997.
127. ILIFFE,S., MUNRO, J..New labor and Britain’s national health service: an overview of current reforms. **International Journal of Health Services**, 30 (2), p. 309-334, 2000.
128. MAARSE, H. PAULUS, A. Has solidarity survived? A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 28 (4), 2003.
129. LIGHT, D.W.. Values and structures in the german health care systems. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, 63 (4), p. 613-647, 1985.
130. KOZHAYA, N.. Two myths about the U.S. health care system. **Montreal Economic Institute**, Health Series, Montreal: June, 2005.
131. TEIXEIRA, Sonia Fleury. Universal, dual or plural ? health care models and dilemmas in Latin America. In: MOLINA, C.G., DEL ARCO, J.N. (Orgs). **Health Services in Latin America and Asia**. Washington D.C., 2000. Disponível em < www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor > (14.07.2006).
132. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD Health Data 2005**. In < [http:// www.oecd/statisticsdata](http://www.oecd/statisticsdata) >

ANEXOS

1. Certificado de aprovação de pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 28 de agosto de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 146/09
CAAE: 0158.0.031.000-09

Título do Projeto: “Dinâmica de construção de relações sociais – estudo dos valores sociais no contexto da saúde suplementar o Brasil”.

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador: Paulo Vilarinho

Orientador: José Mendes Ribeiro

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 22 / 07 / 2009

Data de apreciação: 05 / 08 / 2009

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado. (As solicitações feitas anteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa foram atendidas satisfatoriamente)

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


 Inês Nascimento de Carvalho Reis
 Coordenadora Adjunta
 Comitê de Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP

2. Roteiro de entrevistas

A opinião do entrevistado quanto aos seguintes assuntos:

1. O relacionamento do mercado de saúde privada com o SUS
2. O modelo de regulação adotado no Brasil
3. As lacunas ou excessos da regulação, na ótica da organização
4. A abertura do mercado às organizações estrangeiras
5. As perspectivas do setor frente ao envelhecimento da população brasileira
6. As perspectivas do setor frente aos crescentes custos da tecnologia médica



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Professor

Vossa Senhoria está sendo convidado a participar da pesquisa *Dinâmica de Construção de Relações Sociais – Estudo dos Valores Sociais no Contexto da Saúde Suplementar no Brasil*, para subsidiar a análise e as conclusões de um projeto de doutorado em Saúde Pública, com foco na área de políticas públicas, na Escola Nacional de Saúde Pública ENSP \Fiocruz.

A sua seleção foi realizada por conhecimento pessoal deste pesquisador, mas a sua participação não é obrigatória, podendo desistir da mesma a qualquer momento sem que isto acarrete prejuízos ao autor do trabalho e tampouco à instituição à qual me encontro vinculado.

O principal objetivo do estudo é analisar a evolução do setor de saúde suplementar, visando identificar possíveis processos de exclusão social no acesso a serviços de saúde, por motivos de renda, idade e doenças crônicas não obstante o arcabouço regulatório envolvendo o setor.

No caso, a sua contribuição será na forma de entrevistas não gravadas, no seu ambiente de trabalho ou em outro local, no horário de sua conveniência, seguida de posterior preenchimento pela Internet de formulários com perguntas sobre a sua percepção quanto às estratégias corporativas e recursos de poder dos atores em jogo neste sensível setor e as tendências para o ano de 2020.

Não há qualquer risco relacionado à sua participação, pois os nomes dos entrevistados serão omitidos e tampouco divulgados. O sigilo é absoluto. Embora Vossa Senhoria não venha a obter algum benefício direto, poderá se beneficiar do trabalho indiretamente, na medida em que este visa subsidiar a pesquisa acadêmica na análise crítica da gestão de políticas públicas na área da saúde.

Desse modo, Vossa Senhoria receberá uma cópia deste Termo, com os contatos do pesquisador para elucidar eventuais dúvidas quanto ao projeto e sua participação, a qualquer momento.

Antecipadamente grato pela atenção

Paulo Ferreira Vilarinho

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 903, Manguinhos
CEP: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ
E-mail: cel.:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma.

Rio de Janeiro, de setembro de 2009

Professor

Endereço eletrônico:

Prezado professor,

Nesta primeira fase, buscamos levantar percepções subjetivas sobre o grau de influência dos atores do setor da saúde suplementar, focalizando seus recursos de poder, para caracterizar as relações sociais aplicadas na sustentação de posições de interesse na estrutura deste setor.

Para tal, solicitamos a Vossa Senhoria a gentileza de responder às perguntas que se seguem por meio de uma marca na linha de graduação na posição equivalente à sua resposta.

No âmbito da saúde suplementar, como o Senhor avalia cada um dos seguintes aspectos?

1. Quanto à **TECNOLOGIA MÉDICA**, os avanços e o desenvolvimento de novos procedimentos médicos são fundamentais para garantir a saúde de idosos e doentes crônicos no Brasil ?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Quanto à **PRESENÇA NO LEGISLATIVO**, os grupos de interesse privado na área da saúde têm capacidade para restringir pela via legal o custeio de serviços a idosos e doentes crônicos em procedimentos de alto custo?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Quanto à **PRESENÇA NO EXECUTIVO**, seja no Ministério da Saúde ou na Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, os integrantes de cargos de direção com ligações com grupos de interesse na área da saúde têm capacidade para minimizar os efeitos punitivos por infrações por operadoras de planos de saúde?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Quanto aos **RECURSOS ECONÔMICOS**, as entidades privadas de saúde têm capacidade para segmentar o mercado de planos de saúde, por meio de planos coletivos e individuais, visando elitizar o sistema pela exclusão dos usuários de alto risco financeiro?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Quanto aos **RECURSOS ECONÔMICOS**, os indivíduos usuários de classe média que participam do sistema de planos empresariais de saúde, manterão sua capacidade de custeio após uma eventual aposentadoria ?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Quanto aos RECURSOS ECONÔMICOS, os usuários de classe média que integram o sistema de planos empresariais de saúde, poderão sofrer decréscimo na renda familiar ao longo do tempo?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Quanto à ESTRUTURA DE LOBBY junto ao Legislativo, as entidades privadas de medicina têm capacidade para restringir o alcance de direitos de consumidores de planos de saúde?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Quanto ao CARISMA, a ação política de profissionais de saúde é importante para buscar soluções de mediação de interesses entre as entidades privadas de saúde e as de proteção de direitos de usuários de planos de saúde?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Quanto ao PRESTÍGIO, o Poder Judiciário tem capacidade para proteger os direitos dos idosos e doentes crônicos?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Quanto à PRESSÃO DE CLASSES, os profissionais da área de saúde têm capacidade para conter a pressão político-econômica das organizações privadas de serviços de saúde contra a utilização de procedimentos médicos de alto custo?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Quanto à PRESSÃO DE CLASSES, as entidades de proteção de direitos de usuários de planos de saúde, como o Instituto de Defesa do consumidor- IDEC e os PROGRAMAS DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR- PROCON, têm capacidade para equilibrar a pressão político-econômica das organizações privadas de serviços de saúde?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Quanto aos SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, o Estado tem capacidade técnica e operacional para monitorar efetivamente o movimento financeiro do mercado de saúde suplementar?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Quanto aos SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, as operadoras de planos de saúde têm capacidade para gerar cadastros de históricos e doenças de todos os usuários do sistema?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Quanto às REDES DE COMUNICAÇÃO, as operadoras de planos de saúde têm capacidade para intercambiar cadastros de usuários de alto risco?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Quanto às REDES DE COMUNICAÇÃO, o Estado tem capacidade de articulação para entrosar sistemas de proteção ao consumidor de planos de saúde entre órgãos como os PROGRAMAS DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR- PROCON, os Tribunais de Justiça e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Quanto aos RECURSOS DE MÍDIA, as entidades de defesa do consumidor têm capacidade para sensibilizar a opinião pública a favor dos interesses de idosos e doentes crônicos?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Quanto aos RECURSOS DE MÍDIA, as entidades privadas de saúde têm capacidade para sensibilizar a opinião pública contra a abertura do mercado de serviços de saúde a organizações estrangeiras?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Quanto à PRESENÇA NO LEGISLATIVO, as operadoras de planos de saúde têm capacidade para evitar a ação regulatória da ANS sobre os planos coletivos?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Quanto ao CLAMOR POPULAR, as entidades de defesa dos direitos dos usuários de planos de saúde, públicos ou privados, têm capacidade para sensibilizar setores da sociedade para pressionarem seus representantes no Congresso quanto à evolução dos riscos sociais de idosos e doentes crônicos?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Quanto à ESTRUTURA DE LOBBY, as entidades de defesa de direitos de idosos e doentes crônicos, portadores de planos de saúde, têm capacidade para equilibrar as pressões políticas dos grupos privados de saúde?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Quanto à PRESENÇA NO LEGISLATIVO, as entidades de defesa de direitos de portadores de planos de saúde têm capacidade para inibir as doações de campanha política pelas organizações privadas de saúde?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Quanto às REDES DE COMUNICAÇÃO, as entidades de defesa de direitos de usuários de planos de saúde têm capacidade para agregar forças políticas em outros setores sociais que não a saúde?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Quanto aos RECURSOS DE MÍDIA, as entidades de defesa de direitos de idosos e doentes crônicos, com planos de saúde, têm capacidade para sensibilizar a imprensa na defesa dos seus interesses?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Quanto ao PRESTÍGIO, os profissionais de saúde têm capacidade política para contrapor a pressão de parlamentares comprometidos com interesses econômicos de organizações privadas de saúde?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Quanto à PRESENÇA NO LEGISLATIVO, o Governo tem capacidade para financiar planos de saúde a baixo custo, subsidiados pelo Estado, para a população de baixa renda, desafogando o SUS?

Não _____ Sim
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Como Vossa Senhoria avalia o seu conhecimento nestes assuntos?

Nenhum _____
Profundo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Solicitamos a gentileza em retornar este questionário preenchido, podendo ser por e-mail, ao autor da pesquisa.

Muito obrigado !

Nesta segunda fase, buscamos subsídios para a construção de cenários prospectivos a partir de alguns fenômenos sociais que avaliamos podem gerar desdobramentos futuros na saúde suplementar:

- O envelhecimento e a longevidade da sociedade brasileira;
- Os custos da tecnologia médica;
- A redução da renda da classe média;
- A saturação operacional do SUS;
- O poder político dos grupos de interesses privados junto ao Legislativo e
- A baixa capacidade do Estado em regular o mercado de saúde suplementar.

A partir desta base, procuramos testar a hipótese de que os custos agregados da saúde podem acarretar uma forte exclusão da população de idosos e doentes crônicos do sistema de saúde suplementar, tendo por referência temporal o ano de 2020.

Desse modo, solicitamos que opine quanto à sua percepção na possibilidade de ocorrência de cada uma das hipóteses listadas, no horizonte de tempo que se estende ao ano 2020, sendo a probabilidade traduzida pela atribuição de um valor entre 0% e 100%, segundo a seguinte convenção:

A ocorrência do Evento é:	Probabilidade (%)
Certa	100
Quase certa	81 – 99
Muito provável	61 – 80
Provável	41 – 60
Pouco Provável	21 – 40
Improvável	1 – 20
Impossível	0

Também solicitamos que opine sobre a pertinência, a importância da hipótese em relação ao tema, entendendo que a pertinência independe da probabilidade de ocorrência da hipótese, atribuindo valores conforme a seguinte convenção:

Pertinência	Grau
Altíssima	9
Muito Alta	8
Bem alta	7
Alta	6
Média	5
Baixa	4
Bem baixa	3
Muito baixa	2
Baixíssima	1

Visando ponderar as percepções por meio de uma matriz de pesos, solicitamos igualmente que avalie o seu grau de conhecimento sobre cada hipótese formulada isoladamente, atribuindo valores de acordo com a seguinte convenção:

O avaliador se considera:	Grau
Conhecedor do assunto	9
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de atividades que exerce atualmente	8
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de atividades que exerceu e se mantém atualizado	6 / 7
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de leituras, por livre iniciativa	5
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de atividade que exerceu e não está atualizado	3 / 4
Interessa-se pelo assunto e o seu conhecimento decorre de leituras, por livre iniciativa, e não está atualizado.	2
Tem conhecimento apenas superficial	1

Com estas considerações, apresento-lhe a relação das 20 (vinte) hipóteses de cenários a serem avaliadas:

Em 2020....,				
nº	Cenário	Probabilidade (%)	Pertinência	Auto-avaliação
1	O contingente de idosos e doentes crônicos no sistema de planos de saúde será 50 % inferior ao de 2006.			
2	A abrangência dos planos individuais, segmento regulado pela ANS, estará restrita a 10 % do mercado de planos de saúde como um todo.			
3	O volume de parlamentares comprometidos com os interesses das entidades privadas de saúde somará 50% do Congresso.			
4	O volume de sentenças judiciais contrárias aos interesses das operadoras de planos de saúde reduzirá 50 %, em relação a 2006, pela legislação produzida pela chamada “bancada da saúde” no Congresso.			
5	O sistema de planos de saúde terá riscos compartilhados entre as operadoras de planos e os usuários, para a contenção dos custos.			
6	O SUS não suportará o volume da classe média excluída dos planos de saúde resultando que 10 milhões de pessoas fiquem sem assistência no sistema ao todo.			
7	A questão da saúde de idosos e doentes crônicos formará a plataforma dos discursos de políticos candidatos a cargos eletivos.			
8	O volume de beneficiários de planos de saúde individuais será 50% inferior do que no ano de 2006.			
9	O sistema dos planos coletivos será mais seletivo, por critérios de renda e idade, reduzindo 50% do volume de beneficiários deste segmento, em relação a 2006.			
10	O Estado criará Juizados Especiais Cíveis, especializados em questões de saúde.			
11	O inexorável envelhecimento da sociedade, a par da elevação dos custos da medicina, impulsionará a elevação em 100% nas dotações orçamentárias do Sistema Único de Saúde -SUS, em relação a 2006.			
12	Serão desenvolvidos novos modelos de planos de saúde, diferenciados por região geográfica e o perfil de saúde de cada estrato e usuários.			
13	A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula, por instrumentos diretos ou indiretos, os planos coletivos de saúde.			
14	O Governo restringirá a importação de tecnologia de ponta			
15	O acesso à tecnologia médica de ponta não será acessível aos idosos e doentes crônicos da classe de renda média.			
16	O mercado de planos de saúde será aberto às organizações estrangeiras			
17	Os gastos com saúde em planos coletivos são tributados			
18	Haverá uma migração de idosos ao interior do País, visando acesso à saúde gratuita e com qualidade pelo SUS			
19	O SUS será inteiramente reformulado encampando o mercado da saúde suplementar			
20	Os planos de saúde individuais e familiares deixam de existir			

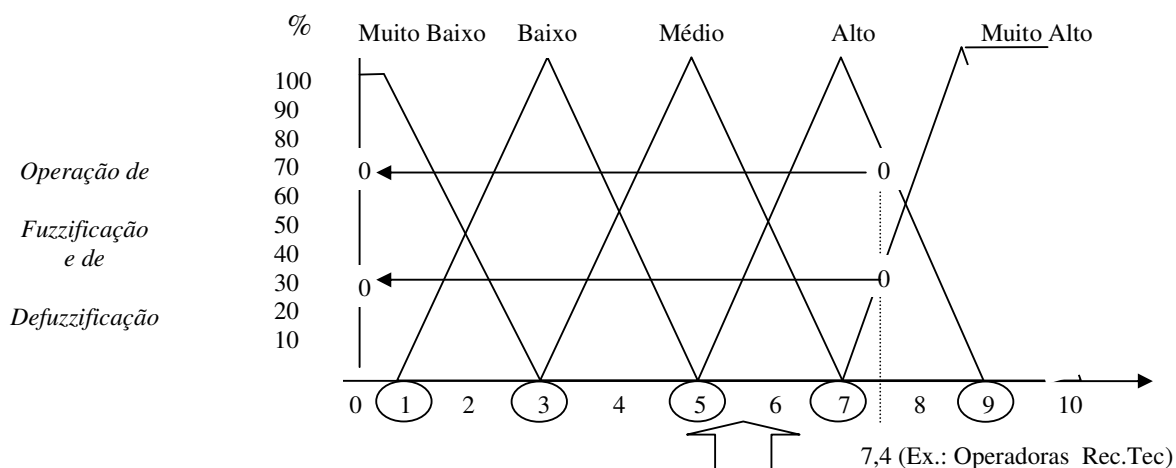
Na terceira e última fase, procuraremos identificar o impacto de cada uma das hipóteses nas demais, visando identificar a possibilidade de ocorrência de um efeito social agregado.

Para tal, solicitamos que Vossa Senhoria opine sobre a influência que a ocorrência de um evento poderá causar na probabilidade de ocorrência de cada um dos demais, utilizando a seguinte convenção:

Influências cruzadas	
Se o Evento i ocorrer, o Evento j	Impacto
- é certo que ocorre	+ 5
- tem aumentada fortemente sua probabilidade de ocorrer	+ 4
- tem aumentada consideravelmente sua probabilidade de ocorrer	+ 3
- tem aumentada moderadamente a sua probabilidade de ocorrer	+ 2
- tem aumentada fracamente sua probabilidade de ocorrer	+ 1
- não tem alterada sua probabilidade de ocorrer (evento independente)	0
- tem diminuída fracamente sua probabilidade de ocorrer	- 1
- tem diminuída moderadamente sua probabilidade de ocorrer	- 2
- tem diminuída consideravelmente sua probabilidade de ocorrer	- 3
- tem diminuída fortemente sua probabilidade de ocorrer	- 4
- é certo que não ocorre	- 5

10	O Estado criará Juizados Especiais Cíveis, especializados em questões de saúde.											X										
11	O inexorável envelhecimento da sociedade, a par da elevação dos custos da medicina, impulsionará a elevação em 100% nas dotações orçamentárias do Sistema Único de Saúde -SUS.												X									
12	Serão desenvolvidos novos modelos de planos de saúde, diferenciados por região geográfica e o perfil de saúde de cada estrato e consumidores.													X								
13	A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula, por instrumentos diretos ou indiretos, os planos coletivos.													X								
14	O Governo regulará a importação de tecnologia de ponta														X							
15	O acesso à tecnologia médica de ponta não será acessível aos idosos e doentes crônicos de classe de renda média.															X						
16	O mercado de planos de saúde será aberto às organizações estrangeiras																X					
17	Os gastos com saúde em planos coletivos são tributados																	X				
18	Haverá uma migração de idosos ao interior do País visando acesso à saúde de qualidade pelo SUS																		X			
19	O SUS será inteiramente reformulado encampando o mercado da saúde suplementar																			X		
20	Os planos de saúde individuais e familiares deixam de existir																					X

Muito obrigado pela atenção !



Atores	Pertinências (frequências)						
OPERADORAS	Faixas de variação					média	
Entidades com e sem fins lucrativos	0 - 2	2 a 4	4 a 6	6 a 8	8 a 10	μ	Variáveis fuzzy
Variáveis entrada	muito baixo	baixo	médio	alto	muito alto		
Rec.Tecnológico		3		7 + 7	8 + 9 + 8 + 9 + 8	7,4	(0; 0; 0; 0,7; 0,3)
Rec.Econômico			5	6 + 6 + 7 + 7 + 7	8 + 8	6,8	(0; 0; 0,1; 0,9; 0)
Prestígio							(0;0;0;0;0)
Carisma							(0;0;0;0;0)
Lobby			4	7	8 + 8 + 9 + 8 + 9 + 9	8	(0; 0; 0; 0,5; 0,5)
Pres.Legislativo	1	3		7 + 6 + 7 + 6 + 7	8 + 9 + 10 + 8	8,5	(0;0;0; 0,2; 0,8)
Pres.Executivo	2		6 + 6	7 + 7 + 7	8 + 8	6,7	(0;0; 0,1; 0,9; 0)
Pressão Classes							(0;0;0;0;0)
Redes Contatos		3	4 + 6	7 + 8 + 8	9 + 9	6,7	(0;0;0,1; 0,9; 0)
Rec.Sist.Informação				6 + 7 + 7 + 7	8 + 9 + 8 + 10	7,8	(0;0;0; 0,6; 0,4)
Rec.Clamor Popular						3	(0; 0; 0; 0; 0)
Rec.Comunicação			5 + 6	7 + 7	8 + 8 + 9 + 10	7,5	(0;0;0; 0,8; 0,2)

Atores	Pertinências ponderadas (frequências)						
CONSUMIDORES	Faixas de variação					média	
Judiciário, IDEC	0 - 2	2 a 4	4 a 6	6 a 8	8 a 10	μ	Variáveis fuzzy
Variáveis entrada	muito baixo	baixo	médio	alto	muito alto		
Rec.Tecnológico							(0;0;0;0;0)
Rec.Econômico	2 + 2 + 2	3 + 3 + 4 + 4			9 + 10 + 9	7	(0;0;0; 10; 0)
Prestígio							(0;0;0;0;0)
Carisma							(0;0;0;0;0)
Lobby		4 + 3 + 4 + 4 + 4	5 + 5 + 5			4	(0; 0,5; 0,5; 0; 0)
Pres.Legislativo	2 + 2 + 2	3 + 4 + 4 + 4		7		3,5	(0; 0,7; 0,3; 0; 0)
Pres.Executivo							(0;0;0;0;0)
PressãoClasses		3	6	8 + 8	9 + 9 + 10 + 10	8	(0; 0; 0; 0,5; 0,5)
RedesContatos			5 + 5 + 5 + 5	7 + 6	8 + 9	7	(0;0;0; 10; 0)
Rec.Sist.Informação							(0;0;0;0;0)
Rec.Clamor Popular		3 + 3 + 4	6	6 + 7 + 8	9	6	(0; 0,5; 0,5; 0; 0)
RecComunicação		2 + 2	3 + 4 + 4 + 4	6 + 7		4	(0; 0,5; 0,5; 0; 0)

Atores	Pertinências (frequências)						
PRESTADORES	Faixas de variação					média	
	0 - 2	2 a 4	4 a 6	6 a 8	8 a 10	μ	Variáveis fuzzy
Variáveis entrada	muito baixo	baixo	médio	alto	muito alto		
Rec.Tecnológico							(0;0;0;0;0)
Rec.Econômico							(0;0;0;0;0)
Prestígio	2+2	5	6+6	7	8	4,5	(0; 0,25; 0,75; 0;0)
Carisma		3	4+5	6+6+7	8+9	6	(0; 0,5; 0,5; 0;0)
Lobby							(0;0;0;0;0)
Pres.Legislativo							(0;0;0;0;0)
Pres.Executivo							(0;0;0;0;0)
PressãoClasses	2	3+3	5+5	7+7	9	5	(0;0; 10; 0;0)
Redes Contatos							(0;0;0;0;0)
Rec.Sist.Informação							(0;0;0;0;0)
Rec.Clamor Popular							(0;0;0;0;0)
Rec.Comunicação							(0;0;0;0;0)

Atores	Pertinências (frequências)						
ÓRGÃOS – ESTADO ANS, Poder Judiciário e PROCON	Faixas de variação					média	
	0 - 2	2 a 4	4 a 6	6 a 8	8 a 10	μ	Variáveis fuzzy
Variáveis entrada	muito baixo	baixo	médio	alto	muito alto		
Rec.Tecnológico							(0;0;0;0;0)
Rec.Econômico							(0;0;0;0;0)
Prestígio	2			7+7+8+8	9+9+10	7,8	(0;0;0; 0,6; 0,4)
Carisma							(0;0;0;0;0)
Lobby							(0;0;0;0;0)
Pres.Legislativo		3	5+6	7	8+9+8+9	7	(0;0;0; 10; 0)
Pres.Executivo							(0;0;0;0;0)
PressãoClasses		3		7+7	8+8+10+8+9	7,5	(0;0;0; 0,8; 0,2)
Redes Contatos							(0;0;0;0;0)
Rec.Sist.Informação			5+6	7+7+7	8+10+9	7,5	(0;0;0; 0,8; 0,2)
Rec.Clamor Popular		3+4	5	6+6+7	8+8	6	(0; 0,5; 0,5; 0;0)
Rec.Comunicação			5+6	7+8+8+8	9+10	8	(0; 0;0; 0,5; 0,5)

Quadro de Regras Operadoras (01)	SE		ENTÃO			
	Rec. Tecnológicos		Rec. Econômicos		Recursos Utilitários	
		μ		μ	Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0,15	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0,38	Alto	0,7
5	Baixo	0,1	Muito Alto	0,47	Muito Alto	1
6	Baixo	0,1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0,1	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0,1	Médio	0,15	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0,38	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0,47	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0,15	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0,38	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0,47	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0,9	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0,9	Médio	0,15	Médio	0,5
19	Muito Alto	0,9	Alto	0,38	Alto	0,7
20	Muito Alto	0,9	Muito Alto	0,47	Muito Alto	1

Quadro de Regras Operadoras (02)	SE		ENTÃO			
	Lobby		Presença no Legislativo		Recursos Políticos	
		μ		μ	Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	0,05	Muito Baixo	0,05	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0,05	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0,05	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0,05	Alto	0,2	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0,73	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0,05	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0,2	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0,73	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0,05	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0,2	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0,2	Alto	0,2	Alto	0,7
15	Alto	0,2	Muito Alto	0,73	Muito Alto	1
16	Alto	0,2	Muito Baixo	0,05	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0,73	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0,73	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0,73	Alto	0,2	Alto	0,7
20	Muito Alto	0,73	Muito Alto	0,73	Muito Alto	1

Quadro de Regras Operadoras (03)	Prestígio	SE		ENTÃO		
		μ	Carisma	Recursos Simbólicos		
				μ	Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras Operadoras (04)	Pressão de Classes	SE		ENTÃO		
		μ	Presença no Executivo	Recursos Normativos		
				μ	Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,07	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0,15	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0,77	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0,07	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0,15	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0,77	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0,07	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0,15	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0,77	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0,07	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0,15	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0,77	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras Operadoras (05)	SE				ENTÃO	
	Redes de Contatos	Sistemas de Informação		Recursos de Mídia		
	μ	μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0,33	Alto	0,7
5	Baixo	0,09	Muito Alto	0,7	Muito Alto	1
6	Baixo	0,09	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0,09	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0,09	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0,15	Alto	0,33	Alto	0,7
10	Médio	0,15	Muito Alto	0,7	Muito Alto	1
11	Médio	0,15	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0,15	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0,21	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0,21	Alto	0,33	Alto	0,7
15	Alto	0,21	Muito Alto	0,7	Muito Alto	1
16	Alto	0,21	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0,55	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0,55	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0,55	Alto	0,33	Alto	0,7
20	Muito Alto	0,55	Muito Alto	0,7	Muito Alto	1

Quadro de Regras Operadoras (06)	SE				ENTÃO	
	Clamor Popular	Redes de Comunicação		Recursos de Mobilização		
	μ	μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0,13	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0,38	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0,49	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0,13	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0,38	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0,49	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0,13	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0,38	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0,49	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0,13	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0,38	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0,49	Muito Alto	1

Operadoras		AGREGAÇÃO: Min [Rec.Tecnológicos; Rec. Econômicos]		
Regras de AGREGAÇÃO (1)		Variável de Saída : Recursos Utilitários		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0,1]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0,9]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0,1]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0,9]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0,1]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0,9]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0,7; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0,7; 0,1]	0,05	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0,7; 0,9]	0,49	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0,7; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0,3; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0,3;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0,3; 0,1]	0,05	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0,3; 0,9]	0,21	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0,3; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0,05; Alto = 0,49; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.utilitários} = \{ (0 \times 0,1) + (0 \times 0,3) + (0,05 \times 0,5) + (0,49 \times 0,7) + (0 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0 + 0 + 0,05 + 0,49 + 0$$

$$V (\text{Rec.Utilitários}) = 0,68$$

Operadoras		AGREGAÇÃO: Min [Prestígio; Carisma]		
Regras de AGREGAÇÃO (2)		Variável de Saída : Recursos Simbólicos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3 x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0,1; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0,1; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0,1; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0,1; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0,]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

V rec.utilitários = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0 x 1)

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Rec.Simbólicos) = 0

Operadoras		AGREGAÇÃO: Min [Lobby; Presença no Legislativo]		
Regras de AGREGAÇÃO (3)		Variável de Saída : Recursos Políticos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0,05;0,05]	0,05	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3 x Min [0,05; 0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0,05; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0,05; 0,73]	0,035	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0,05; 0,05]	0,05	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0,1; 0,05]	0,09	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0,1; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0,1; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0,2]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0,73]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0,05]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0,2]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0,73]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0,2; 0,05]	0,05	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0,2; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0,2; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0,2; 0,2]	0,14	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0,2; 0,73]	0,18	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0,73; 0,05]	0,05	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0,73;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0,73; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0,73; 0,2]	0,14	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0,73; 0,73]	0,73	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0,09; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0,14; Muito Alto = 0,657 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.utilitários} = \{ (0,09 \times 0,1) + (0 \times 0,3) + (0 \times 0,5) + (0,14 \times 0,7) + (0,73 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0,09 + 0 + 0 + 0,14 + 0,73$$

$$V (\text{Recursos Políticos}) = 0,96$$

Operadoras		AGREGAÇÃO: Min [Pressão de Classes; Presença no Executivo]		
Regras de AGREGAÇÃO (4)		Variável de Saída : Recursos Normativos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0,07]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3 x Min [0; 0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0,15]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0,77]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0,15]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0,77]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0,7]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0,07]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0,15]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0,77]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0,07]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0,15]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0,77]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0,07]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0,15]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0,77]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

V rec.utilitários = { (0,1x0) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0 x 1)

÷

$$0,09 + 0 + 0 + 0,14 + 0,657$$

V (Recursos Normativos) = 0

Operadoras		AGREGAÇÃO: Min [Rede de Contatos; Sistemas de Informação]			
Regras de AGREGAÇÃO (5)		Variável de Saída : Recursos de Mídia			
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo	
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3 x Min [0; 0]	0	Baixo	
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio	
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0,33]	0	Alto	
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0,7]	0	Muito Alto	
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0,09; 0]	0	Muito Baixo	
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0,09; 0]	0	Baixo	
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0,09; 0]	0	Médio	
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0,09; 0,33]	0,063	Alto	
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0,09; 0,7]	0,081	Muito Alto	
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0,15; 0]	0	Muito Baixo	
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0,15; 0]	0	Baixo	
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0,15; 0]	0	Médio	
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0,15; 0,33]	0,105	Alto	
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0,15; 0,7]	0,135	Muito Alto	
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0,21; 0]	0	Muito Baixo	
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0,21; 0]	0	Baixo	
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0,21; 0]	0	Médio	
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0,21; 0,33]	0,147	Alto	
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0,21; 0,7]	0,189	Muito Alto	
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0,55; 0]	0	Muito Baixo	
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0,55;0]	0	Baixo	
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0,55; 0]	0	Médio	
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0,55; 0,33]	0,231	Alto	
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0,55; 0,7]	0,495	Muito Alto	

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0,231; Muito Alto = 0,495 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.utilitários} = \frac{(0 \times 0,1) + (0 \times 0,3) + (0 \times 0,5) + (0,231 \times 0,7) + (0,495 \times 1)}{0 + 0 + 0 + 0,231 + 0,495}$$

$$V (\text{Recursos de Mídia}) = 0,90$$

Operadoras		AGREGAÇÃO: Min [Clamor Popular; Redes de Comunicação]		
Regras de AGREGAÇÃO (6)		Variável de Saída : Recursos de Mobilização		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3 x Min [0; 0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0,13]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0,38]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0,49]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0 ; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0,13]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0,38]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0,49]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0,13]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0,38]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0,49]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0,13]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0,33]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0,38]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0,13]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0,38]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0,49]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0,231; Muito Alto = 0,495 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

V rec.utilitários = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0 x 1)

÷

$$0 + 0 + 0 + 0,231 + 0,495$$

V (Recursos de Mobilização) = 0

Quadro de Regras Operadoras	SE		ENTÃO			
	Recursos Utilitários	Recursos Simbólicos	Recursos de PODER			
	μ	μ	Fator de Importância			
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1		
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	0,3		
3	Muito Baixo	Médio	Médio	0,5		
4	Muito Baixo	Alto	Alto	0,7		
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	1		
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1		
7	Baixo	Baixo	Baixo	0,3		
8	Baixo	Médio	Médio	0,5		
9	Médio	Alto	Alto	0,7		
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	1		
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1		
12	Médio	Baixo	Baixo	0,3		
13	Alto	Médio	Médio	0,5		
14	Alto	Alto	Alto	0,7		
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	1		
16	Alto	0,68	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	0,3		
18	Muito Alto	Médio	Médio	0,5		
19	Muito Alto	Alto	Alto	0,7		
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1		

OBS: regras dos especialistas

Quadro de Regras Operadoras	SE		ENTÃO		
	Recursos Políticos	Recursos Normativos	Recursos de LEGITIMIDADE		
	μ	μ	Fator de Importância		
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
3	Muito Baixo	Médio	Médio	0,5	
4	Muito Baixo	Alto	Alto	0,7	
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	1	
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
7	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
8	Baixo	Médio	Médio	0,5	
9	Médio	Alto	Alto	0,7	
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	1	
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
12	Médio	Baixo	Baixo	0,3	
13	Alto	Médio	Médio	0,5	
14	Alto	Alto	Alto	0,7	
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	
16	Alto	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	0,3	
18	Muito Alto	Médio	Médio	0,5	
19	Muito Alto	0,96	Alto	0,7	
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	

Quadro de Regras Operadoras	SE		ENTÃO		
	Recursos de Mídia	Recursos de Mobilização	Recursos de URGÊNCIA		
	μ	μ	Fator de Importância		
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
3	Muito Baixo	Médio	Médio	0,5	
4	Muito Baixo	Alto	Alto	0,7	
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	1	
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
7	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
8	Baixo	Médio	Médio	0,5	
9	Médio	Alto	Alto	0,7	
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	1	
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
12	Médio	Baixo	Baixo	0,3	
13	Alto	Médio	Médio	0,5	
14	Alto	Alto	Alto	0,7	
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	
16	Alto	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	0,3	
18	Muito Alto	Médio	Médio	0,5	
19	Muito Alto	Alto	Alto	0,7	
20	Muito Alto	0,92	Muito Alto	Muito Alto	1

OBS: regras dos especialistas

Quadro de Regras Operadoras	SE			ENTÃO		
	Poder	Legitimidade	Urgência	RELEVÂNCIA		
	μ	μ	μ	Fator de Importância		
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
3	Muito Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5	
4	Muito Baixo	Alto	Alto	Alto	0,7	
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
7	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
8	Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5	
9	Médio	Alto	Alto	Alto	0,7	
10	Médio	0,5	Muito Alto	Muito Alto	1	
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
12	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
13	Alto	Médio	Médio	Médio	0,5	
14	Alto	Alto	0,7	Alto	0,7	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
18	Muito Alto	Médio	Médio	Médio	0,5	
19	Muito Alto	Alto	Alto	Alto	0,7	
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	

OBS: regras dos especialistas

Quadro de Regras CONSUMIDORES (01)	SE		ENTÃO			
	Rec. Tecnológicos	Rec. Econômicos	Recursos Utilitários			
	μ	μ	Fator de Importância (FI)			
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	1	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	1	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	1	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	1	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras CONSUMIDORES (02)	SE		ENTÃO			
	Prestígio	Carisma	Recursos Simbólicos			
	μ	μ	Fator de Importância (FI)			
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras CONSUMIDORES (03)	Lobby	SE		ENTÃO			
		Presença no Legislativo		Recursos Políticos			
				Fator de Importância (FI)			
		μ		μ			
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1	
2	Muito Baixo	0	Baixo	0,7	Baixo	0,3	
3	Muito Baixo	0	Médio	0,3	Médio	0,5	
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7	
5	Baixo	0,5	Muito Alto	0	Muito Alto	1	
6	Baixo	0,5	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1	
7	Baixo	0,5	Baixo	0,7	Baixo	0,3	
8	Baixo	0,5	Médio	0,3	Médio	0,5	
9	Médio	0,5	Alto	0	Alto	0,7	
10	Médio	0,5	Muito Alto	0	Muito Alto	1	
11	Médio	0,5	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1	
12	Médio	0,5	Baixo	0,7	Baixo	0,3	
13	Alto	0	Médio	0,3	Médio	0,5	
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7	
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1	
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1	
17	Muito Alto	0	Baixo	0,7	Baixo	0,3	
18	Muito Alto	0	Médio	0,3	Médio	0,5	
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7	
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1	

Quadro de Regras CONSUMIDORES (04)	Pressão de Classes	SE		ENTÃO		
		Presença no Executivo		Recursos Normativos		
				Fator de Importância (FI)		
		μ		μ		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0,5	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0,5	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0,5	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0,5	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0,5	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0,5	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0,5	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0,5	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras CONSUMIDORES (05)	Rede de Contatos	SE		ENTÃO		
		Sistemas de Informação		Recursos de Mídia		
		μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	1	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	1	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	1	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras CONSUMIDORES (06)	Clamor Popular	SE		ENTÃO		
		Redes de Comunicação		Recursos de Mobilização		
		μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0,5	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0,5	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0,5	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0,5	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0,5	Baixo	0,5	Baixo	0,3
8	Baixo	0,5	Médio	0,5	Médio	0,5
9	Médio	0,5	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0,5	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0,5	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0,5	Baixo	0,5	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0,5	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0,5	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0,5	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Consumidores		AGREGAÇÃO: Min [Rec.Tecnológicos; Rec. Econômicos]		
Regras de AGREGAÇÃO (1)		Variável de Saída : Recursos Utilitários		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0,15]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 1,0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 1,0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 1,0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 1,0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 1,0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi}) / \sum_{i=1}^n F_i$$

V rec.utilitários = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

$$\div \\ 0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Rec.Utilitários) = 0

Consumidores		AGREGAÇÃO: Min [Prestígio; Carisma]		
Regras de AGREGAÇÃO (2)		Variável de Saída : Recursos Simbólicos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.simbólicos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

V rec.simbólicos = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

÷

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos Simbólicos) = 0

Consumidores		AGREGAÇÃO: Min [Lobby; Presença no Legislativo]		
Regras de AGREGAÇÃO (3)		Variável de Saída : Recursos Políticos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0,7]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0,3]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0,]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0,5; 0,7]	0,15	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0,5; 0,3]	0,15	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0,5; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0,5; 0,7]	0,15	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0,5; 0,3]	0,15	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0,5; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0,7]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0,3]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0,7]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0,3]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.políticos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0,15; Médio = 0,15; Alto = 0 ; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi}) / \sum_{i=1}^n F_i$$

$$V \text{ rec.políticos} = \{ (0 \times 0,1) + (0,15 \times 0,3) + (0,15 \times 0,5) + (0 \times 0,7) + (0 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0 + 0,15 + 0,15 + 0 + 0$$

$$V (\text{Recursos Políticos}) = 0,6$$

Consumidores		AGREGAÇÃO: Min [Pressão de Classes; Presença no Executivo]		
Regras de AGREGAÇÃO (4)		Variável de Saída : Recursos Normativos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0,5; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0,5; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0,5; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0,5;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0,5; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0,5; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.normativos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0}

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.normativos} = \{ (0 \times 0,1) + (0 \times 0,3) + (0 \times 0,5) + (0 \times 0,7) + (0 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos Normativos) = 0

Consumidores		AGREGAÇÃO: Min [Rede de Contatos; Sistemas de Informação]		
Regras de AGREGAÇÃO (5)		Variável de Saída : Recursos de Mídia		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[1; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[1; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[1; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[1; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.de mídia = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

V rec.de mídia = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos de mídia) = 0

Consumidores		AGREGAÇÃO: Mín [Clamor Popular; Redes de Comunicação]		
Regras de AGREGAÇÃO (6)		Variável de Saída : Recursos de Mobilização		
1	Fi x Mín [M baixo; M baixo]	0,1 x Mín [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Mín [M baixo; Baixo]	0,3x Mín [0; 0,5]	0	Baixo
3	Fi x Mín [M baixo; Médio]	0,5 x Mín [0; 0,5]	0	Médio
4	Fi x Mín [M baixo; Alto]	0,7 x Mín [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Mín [M baixo; M alto]	1 x Mín[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Mín [Baixo; M baixo]	0,1 x Mín[0,5; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Mín [Baixo; Baixo]	0,3 x Mín[0,5; 0,5]	0,15	Baixo
8	Fi x Mín [Baixo; Médio]	0,5 x Mín[0,5; 0,5]	0,25	Médio
9	Fi x Mín [Baixo; Alto]	0,7 x Mín[0,5; 0]	0	Alto
10	Fi x Mín [Baixo; M Alto]	1 x Mín[0,5; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Mín [Médio; M baixo]	0,1 x Mín[0,5; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Mín [Médio; Baixo]	0,3 x Mín[0,5; 0,5]	0,15	Baixo
13	Fi x Mín [Médio; Médio]	0,5 x Mín[0,5; 0,5]	0,25	Médio
14	Fi x Mín [Médio; Alto]	0,7 x Mín[0,5; 0]	0	Alto
15	Fi x Mín [Médio; M Alto]	1 x Mín[0,5; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Mín [Alto; M baixo]	0,1 x Mín[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Mín [Alto; Baixo]	0,3 x Mín[0; 0,5]	0	Baixo
18	Fi x Mín [Alto; Médio]	0,5 x Mín[0; 0,5]	0	Médio
19	Fi x Mín [Alto; Alto]	0,7 x Mín[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Mín [Alto; M alto]	1 x Mín[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Mín [M alto; M baixo]	0,1 x Mín[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Mín [M alto; Baixo]	0,3 x Mín[0; 0,5]	0	Baixo
23	Fi x Mín [M alto; Médio]	0,5 x Mín[0; 0,5]	0	Médio
24	Fi x Mín [M alto; Alto]	0,7 x Mín[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Mín [M alto; M alto]	1 x Mín[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.mobilização = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0,15; Médio = 0,25; Alto = 0; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.mobilização} = \{ (0 \times 0,1) + (0,15 \times 0,3) + (0,25 \times 0,5) + (0 \times 0,7) + (0 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0 + 0,15 + 0,25 + 0 + 0$$

$$V (\text{Recursos de Mobilização}) = 0,42$$

Quadro de Regras Consumidores	SE		ENTÃO	
	Recursos Utilitários	Recursos Simbólicos	PODER	
	μ	μ	Fator de Importância	
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	Alto	Alto	0,7
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

Quadro de Regras Consumidores	SE		ENTÃO	
	Recursos Políticos	Recursos Normativos	LEGITIMIDADE	
	μ	μ	Fator de Importância	
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	Alto	Alto	0,7
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

Quadro de Regras Consumidores	SE		ENTÃO 282	
	Recursos Mídia	Recursos Mobilização	URGÊNCIA	
	μ	μ	Fator de Importância	
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	Alto	Alto	0,7
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

OBS: regras dos especialistas

Quadro de Regras CONSUMIDORES	SE			ENTÃO	
	Poder	Legitimidade	Urgência	RELEVÂNCIA	
	μ	μ	μ	Fator de Importância	
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	Alto	Alto	Alto	0,7
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

OBS: regras dos especialistas

Quadro de Regras PRESTADORES (01)	SE				ENTÃO	
	Rec. Tecnológicos		Rec. Econômicos		Recursos Utilitários	
		μ		μ	Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras PRESTADORES (02)	SE				ENTÃO	
	Prestígio		Carisma		Recursos Simbólicos	
		μ		μ	Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0,5	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0,5	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0,25	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0,25	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0,25	Baixo	0,5	Baixo	0,3
8	Baixo	0,25	Médio	0,5	Médio	0,5
9	Médio	0,75	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0,75	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0,75	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0,75	Baixo	0,5	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0,5	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0,5	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0,5	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras PRESTADORES (03)	Lobby	SE		ENTÃO		
		Presença no Legislativo		Recursos Políticos		
		μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras PRESTADORES (04)	Pressão de Classes	SE		ENTÃO		
		Presença no Executivo		Recursos Normativos		
		μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	1	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	1	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	1	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras PRESTADORES (05)	Redes de Contatos	SE		ENTÃO		
		Sistemas de Informação		Recursos de Mídia		
		μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras PRESTADORES (06)	Clamor Popular	SE		ENTÃO		
		Redes de Comunicação		Recursos de Mobilização		
		μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Prestadores		AGREGAÇÃO: Min [Rec.Tecnológicos; Rec. Econômicos]		
Regras de AGREGAÇÃO (1)		Variável de Saída : Recursos Utilitários		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0}

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

V rec.utilitários = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos Utilitários) = 0

Prestadores		AGREGAÇÃO: Min [Prestígio; Carisma]			
Regras de AGREGAÇÃO (2)		Variável de Saída : Recursos Simbólicos			
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo	
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0,5]	0	Baixo	
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0,5]	0	Médio	
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto	
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto	
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0,25; 0]	0	Muito Baixo	
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0,25; 0,5]	0,075	Baixo	
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0,25; 0,5]	0,125	Médio	
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0,25; 0,]	0	Alto	
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0,25; 0]	0	Muito Alto	
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0,75; 0]	0	Muito Baixo	
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0,75; 0,5]	0,15	Baixo	
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0,75; 0,5]	0,25	Médio	
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0,75; 0]	0	Alto	
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0,75; 0]	0	Muito Alto	
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo	
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0,5]	0	Baixo	
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0,5]	0	Médio	
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto	
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto	
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo	
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0,5]	0	Baixo	
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0,5]	0	Médio	
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto	
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto	

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.simbólicos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0,15; Médio = 0,25; Alto = 0; Muito Alto = 0 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.simbólicos} = \{ (0 \times 0,1) + (0,15 \times 0,3) + (0,25 \times 0,5) + (0 \times 0,7) + (0 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0 + 0,15 + 0,25 + 0 + 0$$

$$V (\text{Recursos Simbólicos}) = 0,40$$

Prestadores	AGREGAÇÃO: Min [Lobby; Presença no Legislativo]			
Regras de AGREGAÇÃO (3)	Variável de Saída : Recursos Políticos			
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.políticos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0,075; Alto = 0,266; Muito Alto = 0,47 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (Fi \times Cmi)}{\sum_{i=1}^n Fi}$$

V rec.políticos = { (0x0) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos Políticos) = 0

Prestadores		AGREGAÇÃO: Min [Pressão de Classes; Presença no Executivo]		
Regras de AGREGAÇÃO (4)		Variável de Saída : Recursos Normativos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[1; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[1; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[1; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[1; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.normativos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0,075; Alto = 0,266; Muito Alto = 0,47 }

$$V_{saída} = \sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi}) / \sum_{i=1}^n F_i$$

V rec.normativos = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

$$\div \\ 0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos Normativos) = 0

Prestadores		AGREGAÇÃO: Min [Redes de Contatos; Sistemas de Informação]		
Regras de AGREGAÇÃO (5)		Variável de Saída : Recursos de Mídia		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [1; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.mídia = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0}

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

V rec.mídia = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos de Mídia) = 0

Prestadores		AGREGAÇÃO: Min [Clamor Popular; Redes de Comunicação]		
Regras de AGREGAÇÃO (6)		Variável de Saída : Recursos de Mobilização		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [1; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[1; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.mobilização = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0,075; Alto = 0,266; Muito Alto = 0,47 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.mobilização} = \{ (0 \times 0,1) + (0 \times 0,3) + (0 \times 0,5) + (0 \times 0,7) + (0 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

$$V (\text{Recursos de Mobilização}) = 0$$

Quadro de Regras PRESTADORES	SE		ENTÃO		
	Recursos Políticos		Recursos Normativos	LEGITIMIDADE	
		μ		μ	Fator de Importância (FI)
1	Muito Baixo		Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo		Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo		Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	Alto	0,7
5	Baixo		Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo		Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
7	Baixo		Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo		Médio	Médio	0,5
9	Médio		Alto	Alto	0,7
10	Médio		Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio		Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio		Baixo	Baixo	0,3
13	Alto		Médio	Médio	0,5
14	Alto		Alto	Alto	0,7
15	Alto		Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto		Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto		Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto		Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto		Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto		Muito Alto	Muito Alto	1

Quadro de Regras PRESTADORES	SE		ENTÃO		
	Recursos Utilitários		Recursos Simbólicos	PODER	
		μ		μ	Fator de Importância (FI)
1	Muito Baixo		Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo		Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo		Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo		Alto	Alto	0,7
5	Baixo		Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo		Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
7	Baixo		Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo		Médio	Médio	0,5
9	Médio		Alto	Alto	0,7
10	Médio	0,40	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio		Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio		Baixo	Baixo	0,3
13	Alto		Médio	Médio	0,5
14	Alto		Alto	Alto	0,7
15	Alto		Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto		Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto		Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto		Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto		Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto		Muito Alto	Muito Alto	1

OBS: regras dos especialistas

Quadro de Regras PRESTADORES	SE		ENTÃO		
	Recursos de Mídia	Recursos de Mobilização	URGÊNCIA		
			Fator de Importância (FI)		
	μ	μ	μ	μ	
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	Alto	0,7
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

Quadro de Regras PRESTADORES	SE			ENTÃO		
	Poder	Legitimidade	Urgência	RELEVÂNCIA		
				Fator de Importância		
	μ	μ	μ	μ		
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
3	Muito Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5	
4	Muito Baixo	Alto	Alto	Alto	0,7	
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	
6	Baixo	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
8	Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5	
9	Médio	0,4	Alto	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
12	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
13	Alto	Médio	Médio	Médio	0,5	
14	Alto	Alto	Alto	Alto	0,7	
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
18	Muito Alto	Médio	Médio	Médio	0,5	
19	Muito Alto	Alto	Alto	Alto	0,7	
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	

Quadro de Regras ESTADO (01)	Prestígio	SE		ENTÃO		
		μ	Carisma	μ	Recursos Simbólicos	
					Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0,6	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0,6	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0,6	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0,6	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0,4	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0,4	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0,4	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0,4	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras ESTADO (02)	Rec. Tecnológicos	SE		ENTÃO		
		μ	Rec. Econômicos	μ	Recursos Utilitários	
					Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras ESTADO (03)	Lobby	SE		ENTÃO		
		Presença no Legislativo		Recursos Políticos		
		μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	1	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	1	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	1	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	1	Muito Alto	1

Quadro de Regras ESTADO (04)	Pressão de Classes	SE		ENTÃO		
		Presença no Executivo		Recursos Normativos		
		μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0,8	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0,8	Alto	0	Alto	0,7
15	Alto	0,8	Muito Alto	0	Muito Alto	1
16	Alto	0,8	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0,2	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0,2	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0,2	Alto	0	Alto	0,7
20	Muito Alto	0,2	Muito Alto	0	Muito Alto	1

Quadro de Regras ESTADO (05)	SE		ENTÃO			
	Redes de Contatos	Sistemas de Informação	Recursos de Mídia			
	μ	μ	Fator de Importância (FI)			
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0	Alto	0,7
5	Baixo	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
6	Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0	Alto	0	Alto	0,7
10	Médio	0	Muito Alto	0	Muito Alto	1
11	Médio	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0,8	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0,2	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0,8	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0,2	Muito Alto	1

Quadro de Regras ESTADO (06)	SE		ENTÃO			
	Clamor Popular	Redes de Comunicação	Recursos de Mobilização			
	μ	μ	Fator de Importância (FI)			
1	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	0	Baixo	0	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	0	Médio	0	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0,5	Alto	0,7
5	Baixo	0,5	Muito Alto	0,5	Muito Alto	1
6	Baixo	0,5	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	0,5	Baixo	0	Baixo	0,3
8	Baixo	0,5	Médio	0	Médio	0,5
9	Médio	0,5	Alto	0,5	Alto	0,7
10	Médio	0,5	Muito Alto	0,5	Muito Alto	1
11	Médio	0,5	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
12	Médio	0,5	Baixo	0	Baixo	0,3
13	Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
14	Alto	0	Alto	0,5	Alto	0,7
15	Alto	0	Muito Alto	0,5	Muito Alto	1
16	Alto	0	Muito Baixo	0	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	0	Baixo	0	Baixo	0,3
18	Muito Alto	0	Médio	0	Médio	0,5
19	Muito Alto	0	Alto	0,5	Alto	0,7
20	Muito Alto	0	Muito Alto	0,5	Muito Alto	1

ESTADO		AGREGAÇÃO: Min [Rec.Tecnológicos; Rec. Econômicos]		
Regras de AGREGAÇÃO (1)		Variável de Saída : Recursos Utilitários		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.utilitários = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0}

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.utilitários} = \{ (0 \times 0,1) + (0 \times 0,3) + (0 \times 0,5) + (0 \times 0,7) + (0 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

$$V (\text{Rec.Utilitários}) = 0$$

ESTADO
Regras de
AGREGAÇÃO (2)

AGREGAÇÃO: Min [Prestígio; Carisma]

Variável de Saída : Recursos Simbólicos

1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0,6; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0,6; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0,6; 0,]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0,6; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0,6; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0,4; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0,4;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0,4; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0,4; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0,4; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.simbólicos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0; Muito Alto = 0}

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (Fi \times Cmi)}{\sum_{i=1}^n Fi}$$

V rec.simbólicos = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos Simbólicos) = 0

ESTADO		AGREGAÇÃO: Min [Lobby; Presença no Legislativo]		
Regras de AGREGAÇÃO (3)		Variável de Saída : Recursos Políticos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 1]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 1]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 1]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 1]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 1]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.políticos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0,075; Alto = 0,266; Muito Alto = 0,47 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

V rec.políticos = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos Políticos) = 0

ESTADO		AGREGAÇÃO: Min [Pressão de Classes; Presença no Executivos]		
Regras de AGREGAÇÃO (4)		Variável de Saída : Recursos Normativos		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0,8; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0,8; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0,8; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0,8; 0]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0,8; 0]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0,2; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0,2;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0,2; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0,2; 0]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0,2; 0]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.normativos = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0,075; Alto = 0,266; Muito Alto = 0,47 }

$$V_{saída} = \sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi}) / \sum_{i=1}^n F_i$$

V rec.normativos = { (0x0,1) + (0 x 0,3) + (0 x 0,5) + (0 x 0,7) + (0x 1)

÷

$$0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

V (Recursos Normativos) = 0

ESTADO		AGREGAÇÃO: Min [Rede de Contatos; Sistemas de Informação]		
Regras de AGREGAÇÃO (5)		Variável de Saída : Recursos de Mídia		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0,8]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min[0; 0,2]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0; 0,8]	0	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0; 0,2]	0	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0; 0,8]	0	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0; 0,2]	0	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0,8]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0,2]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0,8]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0,2]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.mídia = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0,075; Alto = 0,266; Muito Alto = 0,47 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.mídia} = \{ (0 \times 0,1) + (0 \times 0,3) + (0 \times 0,5) + (0 \times 0,7) + (0 \times 1) \} \\ \div \\ 0 + 0 + 0 + 0 + 0$$

$$V (\text{Recursos de Mídia}) = 0$$

ESTADO		AGREGAÇÃO: Min [Clamor Popular; Redes de Comunicação]		
Regras de AGREGAÇÃO (6)		Variável de Saída : Recursos de Mobilização		
1	Fi x Min [M baixo; M baixo]	0,1 x Min [0;0]	0	Muito Baixo
2	Fi x Min [M baixo; Baixo]	0,3x Min [0;0]	0	Baixo
3	Fi x Min [M baixo; Médio]	0,5 x Min [0; 0]	0	Médio
4	Fi x Min [M baixo; Alto]	0,7 x Min [0; 0,5]	0	Alto
5	Fi x Min [M baixo; M alto]	1 x Min [0; 0,5]	0	Muito Alto
6	Fi x Min [Baixo; M baixo]	0,1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Baixo
7	Fi x Min [Baixo; Baixo]	0,3 x Min[0,5; 0]	0	Baixo
8	Fi x Min [Baixo; Médio]	0,5 x Min[0,5; 0]	0	Médio
9	Fi x Min [Baixo; Alto]	0,7 x Min[0,5; 0,5]	0,35	Alto
10	Fi x Min [Baixo; M Alto]	1 x Min[0,5; 0,5]	0,5	Muito Alto
11	Fi x Min [Médio; M baixo]	0,1 x Min[0,5; 0]	0	Muito Baixo
12	Fi x Min [Médio; Baixo]	0,3 x Min[0,5; 0]	0	Baixo
13	Fi x Min [Médio; Médio]	0,5 x Min[0,5; 0]	0	Médio
14	Fi x Min [Médio; Alto]	0,7 x Min[0,5; 0,5]	0,35	Alto
15	Fi x Min [Médio; M Alto]	1 x Min[0,5; 0,5]	0,5	Muito Alto
16	Fi x Min [Alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
17	Fi x Min [Alto; Baixo]	0,3 x Min[0; 0]	0	Baixo
18	Fi x Min [Alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
19	Fi x Min [Alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0,5]	0	Alto
20	Fi x Min [Alto; M alto]	1 x Min[0; 0,5]	0	Muito Alto
21	Fi x Min [M alto; M baixo]	0,1 x Min[0; 0]	0	Muito Baixo
22	Fi x Min [M alto; Baixo]	0,3 x Min[0;0]	0	Baixo
23	Fi x Min [M alto; Médio]	0,5 x Min[0; 0]	0	Médio
24	Fi x Min [M alto; Alto]	0,7 x Min[0; 0,5]	0	Alto
25	Fi x Min [M alto; M alto]	1 x Min[0; 0,5]	0	Muito Alto

V saída = MAX [Muito Baixo; Baixo; Médio; Alto; Muito Alto]

V rec.mobilização = { Muito Baixo = 0; Baixo = 0; Médio = 0; Alto = 0,35; Muito Alto = 0,5 }

$$V_{saída} = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \times C_{mi})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$V \text{ rec.mobilização} = \{ (0 \times 0,1) + (0 \times 0,3) + (0 \times 0,5) + (0,35 \times 0,7) + (0,5 \times 1) \}$$

$$\div$$

$$0 + 0 + 0 + 0,35 + 0,5$$

$$V (\text{Recursos de Mobilização}) = 0,88$$

Quadro de Regras ESTADO	SE		ENTÃO	
	Recursos Utilitários	Recursos Simbólicos	PODER	
	μ	μ	Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0,7
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo	Muito Baixo	0	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

Quadro de Regras ESTADO	SE		ENTÃO	
	Recursos Políticos	Recursos Normativos	LEGITIMIDADE	
	μ	μ	Fator de Importância (FI)	
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	0,7
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	1
6	Baixo	Muito Baixo	0	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

Quadro de Regras ESTADO	SE		ENTÃO		
	Recursos de Mídia	Recursos de Mobilização	URGÊNCIA		
	μ	μ	Fator de Importância (FI)		
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
3	Muito Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5
4	Muito Baixo	0	Alto	Alto	0,7
5	Baixo	Muito Alto	0,88	Muito Alto	1
6	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

Quadro de Regras ESTADO	SE			ENTÃO		
	Poder	Legitimidade	Urgência	RELEVÂNCIA		
	μ	μ	μ	Fator de Importância		
1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1	
2	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3	
3	Muito Baixo	Médio	Médio	Médio	0,5	
4	Muito Baixo	0,1	Alto	Alto	0,7	
5	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1	
6	Baixo	Muito Baixo	0,1	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
7	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
8	Baixo	Médio	Médio	Médio	Médio	0,5
9	Médio	Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
10	Médio	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
11	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
12	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
13	Alto	Médio	Médio	Médio	Médio	0,5
14	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
15	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1
16	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	0,1
17	Muito Alto	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	0,3
18	Muito Alto	Médio	Médio	Médio	Médio	0,5
19	Muito Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	0,7
20	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	1

OBS: regras dos especialistas