

**UNIVERSIDADE PAULISTA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**A RELAÇÃO ENTRE LÓGICAS INSTITUCIONAIS E  
PRÁTICAS ESTRATÉGICAS ORGANIZACIONAIS: O PAPEL  
DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR NA  
REGULAÇÃO DOS REAJUSTES DO SETOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para a obtenção do título de Mestre em Administração.

**VANESSA CASTRO FERREIRA**

**São Paulo  
2018**

**UNIVERSIDADE PAULISTA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**A RELAÇÃO ENTRE LÓGICAS INSTITUCIONAIS E  
PRÁTICAS ESTRATÉGICAS ORGANIZACIONAIS: O PAPEL  
DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR NA  
REGULAÇÃO DOS REAJUSTES DO SETOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngeblum.

Área de Concentração: Redes Organizacionais.

Linha de Pesquisa: Abordagens Sociais nas Redes.

**VANESSA CASTRO FERREIRA**

**São Paulo**

**2018**

Ferreira, Vanessa Castro.

A relação entre lógicas institucionais e práticas estratégicas organizacionais: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação dos reajustes do setor / Vanessa Castro Ferreira. – 2018.

76 f. : il. color + CD-ROM.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista, São Paulo, 2018.

Área de concentração: Redes Organizacionais.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

1. Setor de saúde complementar. 2. Regulação.
3. Lógicas institucionais. I. Ryngelblum, Arnaldo Luiz (orientador).
- II. Título.

**VANESSA CASTRO FERREIRA**

**A RELAÇÃO ENTRE LÓGICAS INSTITUCIONAIS E  
PRÁTICAS ESTRATÉGICAS ORGANIZACIONAIS: O PAPEL  
DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR NA  
REGULAÇÃO DOS REAJUSTES DO SETOR**

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Administração da  
Universidade Paulista – UNIP, para a  
obtenção do título de Mestre em  
Administração.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

Universidade Paulista – UNIP (orientador)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Prof. Dr. Pedro Lucas de Resende Melo

Universidade Paulista – UNIP

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Prof. Dr. Paulo Otavio Mussi Augusto

Universidade Católica do Paraná - PUCPR

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa qualificação a Deus, que me abençoou e ajudou-me ao longo da vida e, em especial, durante o mestrado; a minha família, essencial nessa caminhada; a meu filho Gabriel, luz que ilumina e alegra os dias de minha vida; a minha irmã, Verônica e a minha mãe, que me apoaram e me ajudaram nesse trajeto, possibilitando, assim, minha chegada a esse estágio do trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e dedico minha maior gratidão por tudo que tenho e sou e por Ele ter me concedido a sabedoria, força, persistência e saúde que me permitiram chegar a esta etapa do mestrado.

Agradeço, de forma muito especial, ao meu orientador, Professor Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum que, com muita dedicação e paciência, ajudou-me nessa caminhada com palavras confortantes de incentivo, atendendo-me e orientando-me sempre que necessário.

Agradeço a minha família; minha mãe e irmãs, em especial, minha irmã Verônica, amiga, cúmplice e companheira, bem como a meu filho Gabriel, por sempre me incentivar, com o amor e a força que me motivam a alcançar meus objetivos. A eles, minha eterna gratidão.

Agradeço aos nobres professores que contribuíram para meu processo de formação durante o Mestrado em Administração da Unip: Dr. Pedro Lucas de Resende e Melo, Dr. Ernesto Michelangelo Giglio, Dr. Flávio Romero Macau, Dr. João Maurício Gama Boaventura, Dr. José Celso Contador, Dr. Renato Telles, Dr. Roberto Bazanini.

Aos professores Dr. Paulo Otavio Mussi Augusto e Dr. Pedro Lucas de Resende Melo, que fizeram parte de minha banca de defesa, agradeço pelas sugestões e orientações que contribuíram para aperfeiçoar este trabalho.

*“O temor do Senhor é a chave da sabedoria e  
conhecer a Divindade é alcançar o pleno  
sentido do conhecimento!”*  
*( Provérbios 9:10)*

## RESUMO

A relação entre operadoras de planos de saúde e usuários é permeada por conflitos. Nesse sentido, este estudo pretende abordar, à luz do institucionalismo, a relação entre as lógicas institucionais e as práticas estratégicas organizacionais, com base na tipologia desenvolvida por Oliver (1991). Para isso, examinou as ações e as respostas estratégicas institucionais adotadas pela ANS, na omissão em relação aos reajustes de planos de saúde coletivos, analisando as lógicas que convergem e prevalecem no campo da Saúde Suplementar. Adotou-se uma abordagem qualitativa, por meio da estratégia de levantamento de dados, análise documental e de entrevistas que coletaram a percepção dos participantes envolvidos. Foram seis entrevistados: dois representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar; dois representantes de operadoras de planos de saúde; um representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e um representante do Procon. Os resultados sugerem que, embora diversas lógicas disputem a orientação da agência reguladora, prevalece a lógica de mercado, oriunda das operadoras de planos de saúde, no que se refere às práticas de reajustes de planos de saúde coletivos legitimadas pela ANS. A despeito da pressão dos demais participantes do campo para que haja a regulamentação dos limites máximos de reajustes, como ocorre, na prática, com os reajustes dos planos de saúde individuais e familiares, a ANS adotou a estratégia de evasão, afrouxando as relações com as operadoras, abdicando de cumprir a regulamentação que a instituiu, sugerindo que há o destaque de uma lógica em relação a outras do campo, gerando uma estratégia compatível com sua efetivação.

Palavras-chave: Setor de Saúde Suplementar. Regulação. Lógicas institucionais.

## ABSTRACT

The relationship between health plan operators and users is permeated by conflicts. In this sense, this study intends to approach the relationship between institutional logics and strategic organizational practices, based on the typology developed by Oliver (1991). For this, it examined the actions and responses institutional strategies adopted by the ANS in the omission regarding the readjustments of collective health plans, analyzing the logics that converge and prevail in the field of Supplementary Health. A qualitative approach was adopted, through a strategy of data collection, documentary analysis and interviews that collected the perception of the participants involved. Six interviews were carried out, with 2 representatives of the National Supplementary Health Agency, 2 representatives of health plan operators, 1 representative of the Brazilian Institute of Consumer Protection (Idec) and 1 representative of Procon. The results suggest that several logics dispute the orientation of the regulatory agency, but the study pointed out that there is a prevalence of the market logic coming from the health plan operators in what refers to the practices of readjustments of collective health plans, legitimized by the ANS, already that even if there is pressure from the other participants in the field to regulate the maximum limits of adjustments, as in practice with the readjustments of individual and family health plans, ANS adopted the evasion strategy, loosening relations with the operators , abdicating to comply with the regulations that instituted it, suggesting that there is the emphasis of a logic in relation to others of the field, generating a compatible strategy for its effectiveness

Keywords: Supplementary Health Sector. Regulation. Institutional Logics.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Pilares das Instituições.....	25
Quadro 2 – Respostas Estratégicas aos Processo Institucionais.....	31
Quadro 3 – Protocolo de Pesquisa.....	36
Quadro 4 – Principais Atores do Campo de Saúde Suplementar.....	49
Quadro 5 – Beneficiário de Planos de Saúde Privado .....	50

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Beneficiários de Planos de Saúde por Operadora .....	40
Figura 1 – Diagrama 1 Campo Saúde Suplementar.....	48
Figura 2 – Receita das Operadoras .....	52
Figura 3 – Lucro Líquido das Operadoras.....	53
Figura 4 – Numero de índice de Beneficiários de Planos de Saúde Individual de Assistência à Saúde por Modalidade .....	54
Figura 5 – Taxa de Sinistralidade das Operadoras por modalidade.....	50

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRAMGE – Associação Brasileira de Plano de Saúde  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ASINF–Assessoria de Informações da Ouvidoria  
CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
FENASAÚDE– Federação Nacional de Saúde Suplementar  
IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor  
NIP – Notificação Investigação Preliminar  
PROCON– Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor ProQuest –  
*SciELO* –Scientific Eletronic Library Online  
SENACON– Secretaria Nacional de Consumidores  
SNDC – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor  
SRC – Superintendência da Relação com Consumidores  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 Questão de Pesquisa .....	18
1.2 Objetivo Geral .....	18
1.3 Objetivos Específicos .....	18
1.4 Justificativa.....	19
<b>2. REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>20</b>
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>23</b>
3.1 Institucionalismo .....	23
3.2 Lógicas Institucionais e Complexidade .....	26
3.3 Campo Organizacional .....	28
3.4 Estratégias Institucionais.....	29
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
4.1 Estratégia de Pesquisa.....	35
4.2 Protocolo de Pesquisa.....	36
4.3 Coleta de dados .....	37
4.4 Análise e Interpretação de Dados .....	39
<b>5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>40</b>
5.1 Estrutura e Lógicas do Campo Saúde Suplementar .....	40
5.2 Reajuste de Planos de Saúde Coletivos e Respostas Estratégicas.....	50
<b>6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>63</b>
7.1 Contribuições acadêmicas .....	65
7.2 Limitações da Pesquisa.....	65
7.3 Sugestões para futuros estudos.....	65
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE II.....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE III.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a relação entre lógicas institucionais e práticas estratégicas organizacionais, com base na teoria institucional e na tipologia desenvolvida por Oliver (1991), considerando a resposta estratégica adotada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em relação aos reajustes dos planos de saúde coletivos.

O setor de saúde, no Brasil, passou por diversas transformações ao longo dos anos, a começar pela promulgação da Constituição Federal de 1988, que garantiu o acesso à saúde a todo cidadão mediante a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8.080/90 que, por meio do artigo 199, consentiu a participação da iniciativa privada na efetivação da proteção à saúde na sociedade brasileira.

Durante cerca de dez anos, o setor de saúde suplementar operou sem regulamentação específica. Com o objetivo de inibir abusos nesse mercado, o Estado, mediante a criação da Lei nº 9.656/98, passou a regulamentar os planos de saúde.

Outro dispositivo legal criado, visando resguardar o direito do consumidor em todos os segmentos da sociedade, incluindo o de saúde suplementar, foi o Código de Defesa do Consumidor (CDC), criado pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que disciplina os contratos entre segurados e operadoras de planos e seguros de assistência médica suplementar à saúde.

A Lei Federal nº 9.656 foi um marco para o setor suplementar de saúde, pois regulamentou os planos privados de saúde no Brasil. Inicialmente, a fiscalização à aplicação da Lei nº 9.656/98 era supervisionada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). Em 2000, a SUSEP deixou de exercer esse papel regulamentador e fiscalizador em função da publicação da Lei nº 9.961/2000, que constituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (ANS, 2016a).

A ANS surgiu como um instrumento do Estado para exercer o papel fundamental de mediação e defesa dos interesses públicos no campo de saúde suplementar, mediante o desenvolvimento de ações associadas à criação de normas, bem como ao controle e à fiscalização do segmento. Assim, a missão da ANS consiste em promover a defesa do interesse público pela regulação das ações das operadoras e de suas relações com os prestadores e consumidores (ANS,

2016a).

Atualmente, a ANS regulamenta o setor de saúde suplementar, que possui cerca de quarenta e oito milhões de beneficiários de planos de saúde. Desse total, pouco mais de quarenta milhões são beneficiários de planos coletivos e dez milhões, de planos individuais. O segmento possui, ainda, cerca de setecentos e oitenta e oito operadoras de planos de saúde que arrecadam, por ano, aproximadamente, cento e seis bilhões de reais de receita, valor próximo a 1,7% do PIB brasileiro de 2016. Esses dados ressaltam a relevância do estudo desse segmento, principalmente no que tange à regulação dos planos de saúde coletivos que, por sua vez, correspondem a cerca de 80% da fatia do mercado (ANS, 2017).

O campo de a saúde suplementar organiza-se em três categorias principais de planos de assistência: a primeira engloba os planos individuais ou familiares; a segunda diz respeito aos planos coletivos; finalmente, a terceira engloba os planos contratados anteriormente à promulgação da Lei nº 9656/98, os chamados planos antigos. A ANS adota políticas distintas para cada tipo de categoria no que se refere ao reajuste anual das mensalidades devido às variações de custos (ANS, 2016b).

Na categoria de planos individuais ou familiares com cobertura médico-hospitalar, para que os reajustes possam ser aplicados, devido à variação de custos, a operadora deve agir conforme o índice máximo estabelecido pela ANS, sendo que esses reajustes devem acontecer uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato. Nesse tipo de plano, o reajuste pode ocorrer também devido à mudança de faixa etária.

Em relação aos planos de saúde denominados antigos, contratados anteriormente à Lei nº 9656/98 e que não foram adaptados ao referido dispositivo legal que regulamenta o setor de saúde suplementar, os reajustes devidos à variação de custos são aplicados conforme constam nos contratos firmados entre as operadoras e as organizações, sem a interferência da ANS (ANS, 2016b).

Os planos de saúde coletivos, por sua vez, dividem-se em dois tipos: os planos empresariais, contratados por meio de pessoas jurídicas, para atendimento de funcionários com relação empregatícia ou estatutária e os planos coletivos por adesão, que consistem na contratação por meio de pessoas jurídicas, para atendimento a beneficiários que possuam vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com essa organização, em geral, uma associação profissional ou um sindicato.

A Lei nº 9.961/00, que constituiu a ANS, no artigo 4, atribuiu-lhe a responsabilidade de controlar os reajustes e as revisões das mensalidades dos planos privados de assistência médica. Contudo, embora essa regulamentação faça parte das atribuições da ANS, a Agência tem abdicado de regulamentar os reajustes aplicados aos planos coletivos, pois entende que essa definição deve ser estabelecida conforme contrato firmado entre as associações, os sindicatos, as empresas e as operadoras de planos, ou seja, mediante a lógica da livre negociação de mercado (ANS, 2016b).

No entanto, por meio da RN nº 309/2012, a ANS estabeleceu algumas diretrizes de reajuste para a mensalidade de planos coletivos que envolvam até 30 beneficiários, que foram: o reajuste aplicado deverá ser igual a todos os contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora, conforme o agrupamento de contratos e o índice de reajuste aplicado aos contratos deverá ser divulgado pela própria operadora em seu site na internet, no mês de maio de cada ano.

Contudo, nem a publicação da RN nº 309/2012 tem inibido os reajustes abusivos nos contratos com até 30 usuários. Conforme pesquisa realizada pelo IDEC, no ano de 2014, foram identificados índices de reajustes nas mensalidades de até 73,3%, (IDEC, 2017).

Portanto, o mercado de planos de saúde coletivos, no que tange à regulação dos reajustes dos planos, baseia-se na lógica da livre concorrência, fundamentada no poder de barganha das empresas junto às operadoras de planos de saúde. Porém, os beneficiários de planos coletivos por adesão, contratados por intermédio de associações, sindicatos e administradoras, tornam-se hipossuficientes nessa relação de negociação, já que não possuem poder de barganha junto às operadoras. A ANS não estabelece nenhum tipo de regulamentação específica para os planos coletivos, realizando apenas atividade de acompanhamento dos reajustes, liberando as operadoras para a aplicação de percentuais de reajustes dos custos a seu critério individual (ANS, 2016b).

Em resposta a esse cenário, os usuários de planos de saúde coletivos, ao se sentirem prejudicados, têm recorrido aos órgãos de defesa do consumidor e ao judiciário, em busca de solução desta problemática. Isso tem motivado a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), vinculada ao Ministério da Justiça, a recomendar que a ANS passe a regulamentar os reajustes de planos coletivos conforme já faz com os planos individuais (O GLOBO, 2016).

O Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) defende que a ANS passe também a regular os reajustes de plano de saúde coletivos de forma efetiva, pois considera abusivos os reajustes aplicados com percentuais muito acima da inflação, e que chegaram a variar entre 32% e 73%, conforme estudos publicados em 2014 (IDEC, 2017).

Como exemplo, o veículo de comunicação R7 (2017) divulgou que os planos coletivos tiveram reajustes três vezes acima da inflação. Na mesma reportagem, foi apresentada denúncia de um caso envolvendo a operadora de plano de saúde Unimed/Fesp por suspeita de fraude na composição dos reajustes dos planos coletivos por adesão. O presidente da administradora do Instituto Brasileiro de Benefícios para Cooperativas e Associações (IBBCA), Claudio Jorge Povoa, denunciou a Unimed/Fesp ao Ministério Público por suspeita de uma fraude de atendimentos em duplicidade, que teria gerado aumento, por sinistralidade, de 32% nos planos de trinta mil advogados. Esse percentual abusivo acabou por ser suspenso pela operadora.

Diante do exposto, cabe investigar quais as razões para a ausência de interesse da ANS em cumprir a instituição que lhe dá poderes para regular os reajustes de planos de saúde coletivos.

Na teoria institucional, as instituições podem ser compreendidas conforme as definem Barley e Tolbert (1997, p. 96), como: “regras compartilhadas e tipificações que identificam categorias de atores sociais e suas atividades próprias como rotinas”.

Já para Hall e Taylor (1996, p. 936), a instituição pode ser definida “como os procedimentos, rotinas, normas e convenções formais ou informais na estrutura organizacional da política ou da economia política.”.

Segundo Scott (2008), as regulamentações governamentais têm sido tradicionalmente descritas como formas de poder coercitivo que podem impor conformidade aos atores afetados, sejam eles individuais ou coletivos, sendo considerada uma instituição.

Nessa, concepção, as organizações podem, em determinadas situações, cumprir uma instituição por conveniência, porque se sentem moralmente obrigadas a fazê-lo ou deixar de cumpri-la, se discordam dela, mas procuram impedir que outros participantes do campo percebam, a fim de evitar perda de legitimidade (SCOTT, 2008).

O Institucionalismo entende que, apesar de haver confirmação de uma instituição, esse tipo de fenômeno ocorre com a concordância dos atores do campo, alcançada por meio de coerção, normatização ou entendimento tácito. Assim, de forma definitiva ou parcial, por um determinado período, eles deixam de cumprir uma instituição. Os sujeitos concretos “não cumprem sempre, nem cumprem literalmente, os termos das prescrições de sua sociedade.” (SCOTT, 1995. p. 88).

Assim, a Lei nº 9.961/00, que constituiu a ANS, no artigo 4, apresenta as práticas e procedimentos atribuídos à agência de Saúde Suplementar, que podem ser definidos como uma instituição que a agência cumpre em relação aos planos individuais e familiares, mas não há interesse em cumprir em relação aos planos coletivos.

Conforme afirma Scott (2010), o campo organizacional consiste no espaço em que diferentes organizações envolvem-se mutuamente, em um esforço para desenvolver entendimentos coletivos, ainda que os campos diferenciem-se uns dos outros e sejam constituídos por lógicas diversas.

As lógicas institucionais, que consistem em padrões históricos de práticas e pressupostos, valores, crenças e regras, orientam tanto o comportamento dos atores no desenvolvimento das atividades inseridas em um campo institucional quanto o comportamento econômico socialmente aceitável pela sociedade (THORNTON et al., 2012).

Os atores são orientados por múltiplas lógicas concorrentes que influenciam o campo de saúde suplementar, buscando impor sua lógica aos demais participantes do campo e exercendo pressão em relação à regulação do setor. A ANS, órgão que possui a responsabilidade atribuída de regular o setor, por sua vez, responde de forma estratégica, buscando atender aos interesses públicos, regulando e ajustando as práticas às regras estabelecidas no ambiente institucional.

Logo, os atores não agem conforme a orientação de apenas uma lógica específica, mas de diversas lógicas; sofrem influências e influenciam ao mesmo tempo as diversas lógicas que compõem o campo institucional.

Nesse sentido, as múltiplas lógicas institucionais presentes no campo e que se apresentam para todos os atores podem interagir e competir, de forma a exercer influência e domínio social. (THORNTON et al., 2015).

Nesse contexto, esta pesquisa tem por objetivo examinar as ações e respostas estratégicas institucionais adotadas pela ANS na omissão em relação aos

reajustes de planos de saúde coletivos, analisando as lógicas que convergem e prevalecem no campo da Saúde Suplementar, com base no recorte teórico da teoria institucionalista e com a utilização da tipologia de respostas estratégicas de Oliver (1991), que analisa as respostas estratégicas institucionais.

Esse estudo encontra-se estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo introduz a contextualização do estudo, identificando o problema e os objetivos da investigação, bem como a relevância e a delimitação da pesquisa.

O Capítulo 2, que consiste na revisão bibliográfica, apresenta os resultados das pesquisas relacionadas ao tema, realizadas pela produção brasileira e internacional.

O Capítulo 3 apresenta a revisão da literatura que serve de fundamentação teórica para subsidiar o desenvolvimento da argumentação necessária para este trabalho. Propõe-se a analisar o descumprimento da regulamentação federal pela ANS como uma prática estratégica institucional. Para entendimento dessa problemática, são apresentados os conceitos de conflitos de lógicas e de estratégias institucionais. Dessa forma, a seção inicia apresentando a criação de uma instituição e, em seguida, o conceito de campo institucional, no qual as práticas, regras e valores para seu funcionamento são determinados pelos participantes. O conceito de lógica institucional é discutido na sequência, com o objetivo de explicar a possibilidade do surgimento de conflitos e as estratégias adotas pelas organizações em relação a eles.

O Capítulo 4 apresenta a metodologia adotada a partir da questão de investigação, delineada em acordo com os objetivos formulados, descrevendo os instrumentos de coleta e análise deste estudo.

No Capítulo 5, apresentam-se a análise e a discussão dos dados primários e secundários coletados, analisando e descrevendo o campo saúde suplementar e as pressões que os atores que compõe o campo sofrem. Em seguida, apresenta a análise das lógicas e pressões que influenciam a resposta estratégica apresentada pela ANS.

O sexto capítulo apresenta os comentários finais, os limites e as sugestões de novas pesquisas.

## 1.1 Questão de Pesquisa

As instituições são constituídas por regras, valores e práticas convencionadas pelos participantes do campo. Porém, em certas situações, as organizações deixam de cumprir aquilo que instituíram e confirmaram em acordo com outros participantes do campo. Nesse contexto, surge o problema que norteia esta pesquisa: quais as razões que influenciam ausência do interesse da ANS em cumprir a instituição que lhe dá poderes para regular os reajustes de planos de saúde coletivos?

## 1.2 Objetivo Geral

Analizar as lógicas que convergem e prevalecem no campo da Saúde Suplementar e que podem influenciar respostas estratégicas adotadas pela ANS em relação aos reajustes de planos de saúde coletivos.

## 1.3 Objetivos Específicos

- Identificar e analisar que práticas a ANS adota no que se refere aos reajustes de planos de saúde definidos pelas empresas de saúde;
- Identificar e analisar as práticas das empresas de saúde para reajustar os planos coletivos;
- Identificar e analisar as pressões exercidas pelos principais atores que compõem o campo de saúde suplementar e que influenciam a estratégia adotada pela ANS;
- Analisar e descrever o campo de saúde suplementar.

## 1.4 Justificativa

Esta pesquisa é relevante em termos sociais, pois visa atender às demandas dos órgãos de defesa do consumidor, que exigem mudança no posicionamento estratégico adotado pela ANS em relação aos reajustes dos planos de saúde coletivos, à medida que a agência deixa de cumprir uma instituição estabelecida. O

mesmo vale para os beneficiários que se sentem prejudicados devido aos altos índices de reajustes aplicados pelas operadoras aos planos coletivos. Portanto, este estudo possibilita o entendimento e a atenuação dos reflexos trazidos à sociedade em geral.

Com relação aos termos teóricos, este estudo visa contribuir para o entendimento das situações em que determinados atores podem deixar de cumprir instituições estabelecidas no campo (Scott, 2005, 2010), mediante adoção de respostas estratégicas que visem legitimar suas ações (Oliver, 1991), já que não existem modelos conceituais e operacionais que tenham sido aplicados no campo da saúde suplementar no que tange aos reajustes.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O objetivo deste capítulo foi realizar uma investigação da produção brasileira e internacional, buscando artigos de revistas científicas que versem sobre o campo da saúde suplementar e as perspectivas dos reajustes de planos de saúde coletivos, no período entre 2008 e 2016. Dessa forma, foram realizadas pesquisas nas plataformas dos portais EBSCO *Information Services*, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e SPELL (*Scientific Periodicals Electronic Library*), bancos de dados reconhecidos no meio acadêmico.

As buscas nesses portais foram realizadas entre o período de outubro e novembro de 2016, utilizando as expressões relativas à temática, como palavras-chave: “reajuste de plano de saúde”; “reclamações de reajustes de planos de saúde”; “saúde suplementar e reajuste”; “plano de saúde”; “saúde suplementar” e “reajuste”. Esses termos foram pesquisados em inglês e em português, a fim de buscar a localização de trabalhos cujos títulos ou objetos de pesquisas apontassem semelhança com o presente estudo.

Inicialmente, foram encontrados 30 trabalhos acadêmicos. Após cuidadosa análise, verificou-se a relevância de apenas sete que poderiam contribuir para a construção de pressupostos para esta pesquisa. Todos eles abordavam conflitos de lógicas na promoção de saúde, práticas no campo da saúde suplementar, regulamentação da saúde suplementar e judicialização dos reajustes da saúde suplementar.

No entanto, verificou-se a inexistência de trabalhos acadêmicos que relacionassem as lógicas existentes no campo organizacional de saúde suplementar à resposta estratégica adotada pela ANS em relação à regulamentação de reajustes dos planos de saúde coletivos.

Os estudos que mais se aproximaram do tema desta pesquisa serão sintetizados a seguir.

Silva e Rodrigues (2015) analisaram as relações entre as operadoras, os beneficiários e a agência reguladora. No estudo, foram utilizados casos múltiplos, com a realização de entrevistas com os participantes de seis operadoras de planos de saúde distintas na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais. Constatou-se a existência de lógicas que incluem práticas e pressupostos, valores, crenças e regras conflitantes e divergentes e que influenciam as ações da agência reguladora, das

operadoras e dos beneficiários. Detectou-se a prevalência da lógica de acumulação de capital que influencia e tensiona a promoção da saúde suplementar.

Ferreira et al. (2015) estudaram as práticas de governança corporativa adotadas como forma de controle no setor de saúde suplementar, verificando que a vivência das práticas de governança como o Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Diretoria Executiva Colegiada permitem o fortalecimento do modelo de gestão organizacional.

Com base nos levantamentos dos índices de reajustes e dados estatísticos, Garcia et al. (2015) realizaram um estudo que descreve a evolução do gasto das famílias brasileiras com planos de saúde e seu impacto na renda familiar. O estudo observou um crescimento expressivo desse valor, que passou a consumir parcela significativa da renda familiar.

Gamarra e Peres (2014) analisaram a Câmara de Saúde Suplementar, instância de participação social da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da qual fazem parte representantes de diferentes grupos sociais, como a Associação Nacional de Hospitais Públicos e Privados, a Associação de Medicina do Brasil, diversos conselhos de classes, o Ministério da Justiça, o Ministério da Saúde, o Sindicato Nacional de Empresas de Medicina, a Associação dos Procons, o Instituto de Defesa do Consumidor entre outras instâncias com apresentam diversos interesses conflitantes. Com o objetivo de compreender os conflitos existentes na multiplicidade de arranjos coletivos, os autores concluíram que a Câmara de Saúde Suplementar, considerando a compreensão de que os conflitos existentes englobam funções integradoras e diferenciadoras, cumpre seu papel mediante a atuação da ANS, que funciona como elemento “imparcial”, modificando, interagindo e mediando conflito.

Salvatori e Ventura (2012) trazem uma análise de resultados relevantes alcançados por meio da regulação dos planos de saúde efetivada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os estudos apontam para os seguintes avanços: criação de barreiras à entrada e saída de operadoras; coberturas assistenciais contratuais ampliadas; reajustes controlados e monitorados; incentivos à promoção de saúde e qualidade. Em relação aos desafios, foram apontados, entre outros, a criação de mecanismos de monitoramento da qualidade da assistência à saúde e existência de empresas atuando como operadoras de planos de saúde sem o registro na agência reguladora.

Vieira e Costa (2008) traçam um panorama do modelo de planos de saúde odontológicos, a fim de compreender a dinâmica dessa oferta de serviços. Segundo os autores identificaram, esse mercado é, predominantemente, formado por empresas de pequeno porte, com grande captação de clientes. O regime de regulação tem levado a um novo padrão institucional em relação à entrada, permanência e saída das empresas no mercado, comprovando que esse setor, considerado superior a muitos outros do segmento empresarial, oferece grande rentabilidade. Os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo, são extremamente elevados, ficando muito acima de qualquer atividade empresarial do Brasil.

Ziroldo, Gimenes e Castelo (2013) abordam, em sua pesquisa, a relevância do setor de saúde suplementar como alternativa de atendimento considerado de qualidade. Em sua pesquisa, foram utilizados dados obtidos por meio de bases de dados eletrônicas da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), além dos dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Constatou-se que o setor público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não teria condições de suprir a demanda de atendimentos assistenciais caso não existisse o setor privado, sendo indispensável o setor de Saúde Suplementar para o Estado que, de outra forma, não teria como custear os gastos com a prestação de saúde a toda a população.

Assim, conforme pesquisa realizada, foi possível observar que os estudos acadêmicos praticamente não investigaram o campo de saúde suplementar no que tange especificamente à relação dos reajustes, mas apresenta os conflitos que permeiam as relações entre os atores.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nessa parte, o trabalho expõe como a teoria institucional compreende o afastamento, a evitação ou contestação dos atores a instituições definidas ou confirmadas por eles, o que foi utilizado como modelo para a análise do caso em questão.

#### 3.1 Instituições

O institucionalismo sociológico surgiu no fim da década de 1970. Nessa perspectiva, os autores consideram que as práticas e procedimentos institucionalizados pelas organizações não são adotados considerando simplesmente sua eficácia, mas também aspectos do mundo social, como as práticas culturais elaboradas pelas sociedades (HALL; TAYLOR, 2003).

Já para Scott, (2008 p.48):

As instituições são compreendidas como estruturas sociais que alcançaram um alto grau de resiliência e são compostas por elementos culturais, cognitivos, normativos e reguladores que, juntamente com atividades e recursos associados, proporcionam estabilidade e significado à vida social.

Segundo Barley e Tolbert (1997, p. 96) “as instituições são regras compartilhadas e tipificações que identificam categorias de atores sociais e suas atividades próprias como rotinas”.

Para DiMaggio (1988), a institucionalização consiste em um produto resultante dos esforços políticos dos atores, para atingir seus fins, sendo que o sucesso de um projeto de institucionalização depende do poder relativo dos atores que o apóiam, opõem-se a ele ou se esforçam para influenciá-lo.

Assim, é possível observar que as várias definições estabelecidas por diversos atores assemelham-se no entendimento de que é um processo social, que ocorre quando os atores aceitam uma definição compartilhada de uma realidade social, sendo que essa concepção passa a ter legitimidade independente das visões próprias ou ações dos atores, constituindo uma regra de como são e o "modo como as coisas são" e/ou o "modo como as coisas devem ser feitas". (SCOTT, 1995).

Na sociedade moderna, as estruturas organizacionais formais são altamente

institucionalizadas e possuem práticas, procedimentos e processos que envolvem parâmetros culturais aceitos pelas sociedades. Exemplos desse tipo de organização são as associações de classes profissionais; as associações políticas; o governo, que estabelece legislações, etc.

Esse processo impulsiona os atores a incorporarem novas práticas e procedimentos. As organizações, ao replicarem práticas e procedimentos praticados por outras organizações, aumentam sua legitimidade e a possibilidade de sobrevivência. Exemplo disso são as práticas de qualidade ISO 9000, incorporadas pelas organizações (MEYER; ROWAN, 1977).

Logo, as organizações buscam se adequar às instituições estabelecidas na sociedade, como forma de aumentar sua legitimidade, mesmo que não exista relação direta de eficácia entre as práticas e os procedimentos incorporados, sendo apenas resultado de transmissão de cunho cultura e social, que pode transcender à racionalidade (THORNTON et al., 2012).

Conforme ressalta Scott (2010), as instituições podem ser compreendidas como estruturas sociais que obtiveram grau de resiliência, sendo constituídas por normas, valores, rotinas, padrões, etc.

As organizações são constituídas de vários elementos institucionais: regras, normas ou crenças decorrentes da interação com outros atores (SCOTT, 2008).

As estruturas, segundo Scott, (2010) que compõem os três pilares de elementos, reguladores, normativos e culturais cognitivos que destacam o papel dos processos simbólicos na vida social, conforme definidos abaixo:

1- Pilar Regulatório: compreende as regras e regulamentos que atuam como mecanismos de controle coercitivos, constituídos por entidades imbuídas de autoridade para fazê-lo. O pilar regulatório, envolve processos sociais que estabelecem regras de comportamento, bem como sanções e punições pelo seu não cumprimento, mediante o monitoramento do seu cumprimento, sendo composto de mecanismos altamente formalizados e designados para atores específicos, (SCOTT, 2010);

2- Pilar Normativo: consiste em um conjunto de valores e normas em um contexto social, que orientam determinados comportamentos aceitos e julgados adequados pela sociedade, sendo considerado condição necessária para legitimar

os papéis sociais. Esse conjunto de valores é incorporado à rotina dos atores, que ocupam posições sociais ou papéis diferentes (SCOTT, 2010);

3- Pilar Cultural-cognitivo: consiste na maneira pela qual os indivíduos percebem e interpretam a realidade, sendo que essas ações passam a ser compreendidas como uma interpretação subjetiva. Portanto, as instituições devem ser compreendidas, considerando as condições objetivas da vida social bem como a interpretação subjetiva dos atores (SCOTT, 2010).

**Quadro 1- Pilares das Instituições**

	Regulação	Normatização	Cultural-cognitivo
<b>Aceitação</b>	Obrigação Conveniência, regras	Normas sociais. Conveniência	Conhecimentos compartilhados
<b>Mecanismos</b>	Coercitivo	Normativo	Mimético
<b>Operacionalização</b>	Regras, leis e sanções	Certificação, normas de grupo	Crenças, valores e lógicas compartilhadas

Fonte: Adaptação de Scott (1995).

Nessa concepção, há presença de interdependência entre os três elementos - regulação, normatização e cultural-cognitivo -, pois fornecem diferentes bases de ordem social. As instituições e suas análises decorrem de diferentes atenções aos elementos institucionais (SCOTT, 2010).

Em seus estudos, Hall e Taylor (2003) sugerem que as instituições moldam o pensar e o agir que se tornaram predominantes nos hábitos de um grupo ou nos costumes de um povo, devido à atribuição de significados que trazem à vida social.

Conforme DiMaggio e Powell (1983), as organizações passam por adaptação ao longo do tempo, mediante os interesses individuais, respondendo a mudanças exógenas rapidamente, ou não, em função da flexibilidade à mudança apresentada pelas instituições. A adaptação consiste nos arranjos institucionais que podem restringir o comportamento, tornando algumas adaptações inviáveis e dificultando as mudanças.

Nesse contexto, a teoria institucional analisa as escolhas sociais e como são moldadas, mediadas e canalizadas pelo ambiente institucional. Considera ainda que a ação organizacional, nesse ambiente, torna-se um reflexo das perspectivas

definidas pelo grupo de membros que compõem o ambiente institucional. Essa ação não se origina de uma escolha entre possibilidades ilimitadas, mas de um conjunto limitado de opções legítimas (SCOTT, 2008).

No processo de institucionalização, ainda segundo os estudos de Scott (2008), o governo pode exercer influência, de forma parcial ou por um período curto de tempo, à medida que, ao legislar, pode criar leis que não tenham poder coercitivo. Isso ocorre ao estabelecer leis que não possuem regulamentações específicas, não são cumpridas pela sociedade ou, ainda, estão sujeitas à interpretação, podendo tornar-se fracamente institucionalizadas.

### **3.2 Lógicas Institucionais e Complexidade**

Lógicas institucionais proveem o conteúdo das instituições, assim, a institucionalização pode ser representada por um processo condicionado pela lógica com objetivo de obter conformidade às normas sociais, que possibilite a aquiescência e legitimidade das ações dos atores de um campo (GUARIDO FILHO, 2008)

As lógicas institucionais podem ser definidas como padrões históricos de práticas e pressupostos, valores, crenças e regras socialmente construídas pelos indivíduos (THORNTON; OCASIO, 1999).

Para Friedland e Alford (1991, p. 248), precursores da implantação da expressão *lógica institucional no institucionalismo*, “lógicas são conjunto de práticas materiais e construções simbólicas que constituem os princípios organizacionais “das sociedades ocidentais””.

Friedland e Alford (1991) enfatizaram cinco importantes lógicas institucionais encontradas na sociedade: mercado capitalista, núcleo familiar, estado burocrático, democracia e cristianismo. Thornton (2004), por sua vez, propôs uma tipologia composta de seis lógicas que permeiam a sociedade: mercados, corporações, profissões, estados, famílias e religiões. Nessa concepção, essas lógicas influenciam e moldam o comportamento individual e coletivo, bem como as escolhas, preferências e interesses.

Reay e Hinings (2009) identificam várias lógicas institucionais díspares em um campo organizacional e oferecem três explicações para esse fenômeno. A primeira, que as múltiplas lógicas existentes em um determinado campo possibilitarão que

uma apenas seja dominante, sendo essa a conduzir o comportamento dos atores sociais. A segunda, que a disparidade de lógicas possibilitará uma disputa no campo, a fim de que haja uma lógica que prevaleça. A terceira, que, no campo, podem coexistir várias lógicas institucionais diferentes que exercem influência diferenciada no comportamento de diversos atores.

As práticas consistem em uma parte integrante da lógica e podem ser definidas, conforme afirmam Thornton et al. (2012), como um conjunto de atividades sociais que possui significado e é estabelecido de forma coerente.

Nas pesquisas do ensino de medicina, nos Estados Unidos, os estudos de lógica desenvolvidos por Dunn e Jones (2010) mostram que a lógica da ciência (curativa), anteriormente dominante, coexistiu com a lógica do cuidado (preventiva) e, com o passar dos anos, foi superada por ela, que se estabeleceu, então, como a nova lógica dominante.

Para Greenwood et al. (2011), as organizações convivem com múltiplas lógicas que podem ser incompatíveis e conflitantes entre si, o que gera desafios e tensões para as organizações envolvidas.

A multiplicidade de lógicas pode ser denominada como complexidade institucional e surge devido a diferentes pressões e influências sobre as organizações que incorporam elementos de diferentes lógicas institucionais, estando os atores dos campos sujeitos a várias lógicas (BATTILANA; DORADO, 2010).

Embora os atores estejam cada vez mais expostos a uma multiplicidade de exigências e pressões impostas pelo seu ambiente, nem todas as organizações experimentam a complexidade institucional com o mesmo grau nem obtêm sucesso na gestão da complexidade. Essa gestão permite que as organizações moldem respostas estratégicas que favoreçam a organização e levem a respostas de sucesso a uma situação de complexidade institucional (GREENWOOD et al., 2011).

Os atores orientam-se por diversas lógicas e, em cenários de complexidade institucional, como a saúde suplementar, são expostos as mais diversas pressões, que os levam a incorporar elementos de diferentes lógicas institucionais em suas decisões, passando a prevalecer, em certos momentos, uma lógica predominante.

### 3.3 Campo Organizacional

Conforme afirmam DiMaggio e Powell (1983, p.148), o campo institucional consiste em “organizações que, em conjunto, constituem uma área reconhecida de vida institucional: fornecedores, consumidores de recursos e de produtos, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços ou produtos similares”.

Já Scott (2010) define-o como os sistemas e organizações sociais que compartilham de um sistema de significados comum, no qual os participantes interagem mais frequente e basicamente entre si do que com atores de fora do campo.

Os campos organizacionais são constituídos de vários atores que convivem e são influenciados pelas mesmas lógicas, como as da profissão e de mercado, que podem orientar a ação de diversos atores em campos distintos (THORNTON, 2015; REAY e HININGS, 2009).

Assim, as lógicas institucionais encontram-se na base de organização do campo organizacional, constituído pelo grupo de atores que atuam no mesmo domínio, sendo suas ações orientadas pelo mesmo conjunto de lógicas institucionais, ainda que haja uma única lógica dominante ou lógicas múltiplas e concorrentes (MEYER; ROWAN, 1977; SCOTT, 2005).

Logo, a análise do campo organizacional mostra-se fundamental para o entendimento do comportamento estratégico dos atores frente às pressões e lógicas existentes e que orientam as ações no campo.

Greenwood et al. (2011) enfatizam que os campos emergentes são, em sua maioria, caracterizados por aguçada contestação entre as lógicas como viés, para priorizar lógicas que favoreçam interesses materiais ou crenças normativas. Já os campos maduros evoluem e atingem estabilidade entre as lógicas, mesmo que sejam opostas.

Os atores ocupam posição dentro do campo que diferencia a forma e a intensidade de complexidade que vivenciam, sendo que as organizações que ocupam posições "centrais" podem ser mais expostas às pressões que provam múltiplas lógicas, em comparação com atores que ocupam posições periféricas no campo. Portanto, os atores experimentam complexidade em diferentes graus e respondem de formas diferentes (GREENWOOD et al., 2011).

Alguns atores organizam-se em grupos e tornam-se mais poderosos do que

outros dentro do campo. Como resultado, as respostas organizacionais decorrentes das várias lógicas institucionais são susceptíveis de serem reflexivas do grupo mais influente, que provavelmente determinará as respostas organizacionais resultantes das múltiplas, pois refletem seus interesses. Em outras palavras, a valorização e reconhecimento de lógicas assim como a escolha de qual lógica deve ser priorizada e de como fazê-lo serão ditadas pelos atores que detém o poder (GREENWOOD et al., 2011).

### **3.4 Estratégias Institucionais**

A teoria institucional apresenta conceitos que esclarecem as relações e formas pelas quais as organizações reagem às pressões institucionais, considerando que os comportamentos organizacionais podem ocorrer e persistir como consequência de hábito, convenção, conveniência ou obrigação social bem como de uma ação calculada (TOLBERT; ZUCKER, 1983).

Lawrence (1999) observa que a estratégia institucional não se refere diretamente à obtenção de vantagem competitiva nas instituições, mas à preservação e transformação das regras e padrões institucionais, com o objetivo de estabelecer condições favoráveis à organização.

Nessa perspectiva, as práticas institucionais que compõem as lógicas envolvem ações como as estratégias institucionais, que visam confirmar uma instituição, opor-se a ela ou descumpri-la, visando obter legitimidade ou, então, influenciar as regras sociais (CRUBELLATE, GRAVE e MENDES, 2004). Quando os atores não têm a intenção de cumprir a instituição estabelecida, buscam justamente evitar que vão se contrapor, evadindo-se e manipulando (OLIVER, 1991).

Conforme Pache e Santos (2010), as organizações adotam estratégias, mesmo que parciais, decorrentes da identificação de múltiplas lógicas no campo. As respostas organizacionais, mediante a priorização de lógicas, serão estabelecidas de acordo com o poder de cada lógica. Portanto, quando há apenas uma lógica representada, essa prevalece nas decisões e comportamentos organizacionais. Já quando existem lógicas múltiplas, o resultado dependerá da distribuição de poder dentro do campo.

Greenwood et al. (2011, p.343) trazem, em seu estudo, a análise de múltiplas lógicas, visando compreender as estratégias adotadas pelas organizações com base

em duas linhas de pensamento:

Linha de pensamento que procura compreender as "estratégias" empregadas por organizações, quando confrontadas com múltiplas lógicas (Oliver, 1991; Pache e Santos, 2010; Kraatz e Block, 2008). Outra incide sobre como lógicas múltiplas são refletidos em organizacional "Estruturas" e "práticas" para entender os diferentes tipos de Organizações "híbridos" (por exemplo, Battilana e Dorado, 2010; Dunn e Jones, 2010).

Nesse trabalho, eles consideram que as respostas estratégicas adotadas pelas organizações resultam de múltiplas lógicas, à medida que as organizações priorizam uma determinada lógica, dependendo do poder representativo de cada lógica na organização.

Oliver (1991), em especial, desenvolveu premissas que contribuíram para a teoria institucional, concebendo uma tipologia de respostas estratégicas. Segundo ela, as organizações respondem às pressões institucionais de formas diferentes, podendo, em determinadas ocasiões, ter interesse em atender uma lógica em detrimento de outra, gerando a necessidade de formular estratégias de evasão, desafio, manipulação, aceitação ou compromisso.

Ainda segundo a autora, a teoria institucional também explica que as respostas estratégicas aplicadas pelas organizações favorecem a adaptação estratégica ao campo, contribuindo para a legitimidade social e a sobrevivência organizacional em relação às pressões institucionais.

As respostas produzidas pelas organizações variam conforme a resistência que enfrentam e a possibilidade de controle que detém. Dependendo das pressões institucionais exercidas sobre elas, surgem variáveis que influenciam as estratégias organizacionais usadas para atender às demandas externas e às expectativas, com o objetivo de sobreviver (Meyer e Rowan, 1977). Assim, o comportamento organizacional pode não ser determinado pelos processos adequados ao interesse organizacional (DiMaggio, 1988), mas pelo objetivo de legitimar valores pré-conscientes ou práticas institucionalizadas (OLIVER, 1991).

Ao desenvolver sua tipologia, Oliver (1991) considerou apenas a pressão de uma única lógica homogênea, ou seja, não levou em conta as múltiplas lógicas identificadas nos estudos posteriores. Porém, como afirma Greenwood et al. (2011), mesmo dentro de uma organização, múltiplas lógicas convivem. O autor cita o exemplo de um hospital, permeado por múltiplas lógicas que provém da formação dos diversos profissionais - do contador aos enfermeiros e médicos-, que interferem

nas respostas estratégicas das organizações à complexidade institucional.

Nessa perspectiva, Oliver (1991) sugere que as respostas organizacionais alternam-se conforme as pressões que são exercidas sobre as organizações e que alteram o comportamento organizacional. Assim, ela estabelece uma tipologia de respostas estratégicas aos processos institucionais, composta de cinco estratégias: aceitação, compromisso, evasão, desafio e manipulação, conforme apresenta o Quadro 2.

Quadro 2- Respostas Estratégicas aos Processos Institucionais

Estratégias	Táticas	Exemplos
Aceitação	Hábito, Imitação e Obediência	Seguir normas invisíveis e tidas como verdadeiras. Imitação de modelos institucionais. Obediência a regras e aceitação de normas.
Compromisso	Equilíbrio, Pacificação e Barganha	Equilibrar as expectativas de múltiplos atores. Apaziguar e acomodar elementos institucionais. Negociar com atores institucionais.
Evasão	Ocultação, Proteção e Fuga	Disfarçar não conformidade. Afrouxar as ligações institucionais. Mudar objetivos, atividades ou domínios.
Desafio	Rejeição, Recusa Ataque	Ignorar normas e valores explícitos. Contestar regras e requerimentos. Atacar origens de pressões institucionais.
Manipulação	Cooptação Influência Controle	Importar atores influentes. Dar forma a valores e critérios. Dominar atores e processos institucionais.

Fonte: Oliver (1991, p. 152).

A estratégia de aceitação é a aplicação das táticas de hábito, imitação e obediência. Por hábito, entende-se a utilização inconsciente ou cega das regras ou dos valores pré-conscientes. Assim, organizações repetem ações e práticas que se tornaram convencionais. A imitação consiste na reprodução do conceito de isomorfismo mimético e ocorre quando uma organização, consciente ou inconscientemente, reproduz modelos institucionais, incorporando valores, práticas e procedimentos. A obediência refere-se à submissão a conceitos e valores, normas e requisitos institucionais de forma consciente, submetendo-se às pressões do ambiente (OLIVER, 1991).

O compromisso consiste no início da resistência das organizações às pressões institucionais, confrontando as demandas institucionais que tenham inconsistência ou entrem em conflito com os objetivos institucionais. Nesse contexto, a organização pode utilizar as táticas de equilibrar, pacificar e barganhar. Equilibrar consiste em uma tentativa organizacional de responder às pressões institucionais, buscando conformidade entre os atores e interesses internos. Já a tática de pacificação consiste em um grau menor de resistência às pressões institucionais, buscando conformidade com outros atores. A tática da barganha é a forma mais intensificada de comprometimento, envolvendo o esforço das organizações para obter concessões dos atores externos em seu benefício ou atendimento às expectativas (OLIVER, 1991).

A estratégia desafio consiste em uma forma de resistência aos processos institucionais, sendo representada por três táticas: rejeição, recusa e ataque. Rejeitam-se ou ignoram-se as regras e os valores institucionais, quando as pressões institucionais são tidas como fracas ou contrárias aos objetivos organizacionais. A recusa é aplicada, quando as organizações têm força para desafiar as pressões do ambiente. O ataque, forma mais agressiva e intensa das três, ocorre mediante o confronto entre os valores intensidade e agressividade da atividade organizacional frente a pressões e expectativas institucionais (OLIVER, 1991).

A manipulação refere-se à tentativa da organização de mudar ou manifestar poder sobre o conteúdo, expectativas ou forças que procuram expressá-las ou reforçá-las. Nesse contexto, a primeira tática é a cooptação, que consiste em neutralizar a oposição institucional e aumentar a legitimidade mediante a utilização de oportunismo e com construção de coalizões com outros atores. Já as táticas de influenciar são geralmente empregadas em questões de valores e crenças institucionalizadas. A tática de controle consiste em esforços específicos, para estabelecer poder e dominação sobre atores externos (OLIVER, 1991).

A estratégia de evasão que configura a proposição deste estudo baseia-se na tentativa organizacional de evasão da necessidade de conformidade. Nessa perspectiva, organizações atingem seus objetivos, camuflando sua não conformidade às pressões institucionais ou esquivando-se das regras e expectativas institucionais. As organizações podem, ainda, criar procedimentos e ações somente com o fim de responder a requisitos institucionais, disfarçando a intenção de não implementá-los. Outro exemplo consiste na tentativa organizacional de reduzir a

frequência de inspeção externamente, ou seja, por meio de auditorias externas (OLIVER, 1991)

Para implementar essa estratégia, a organização pode utilizar a tática de ocultação, que consiste em camuflar o inconformismo com uma posição suficiente para obter legitimidade, podendo acontecer à medida que ocorre uma falsa aparência de cumprimento. Oliver (1991) destaca alguns exemplos, como a organização que elabora planos racionais e procedimentos em resposta às pressões institucionais, com o propósito de disfarçar a intenção de não implementá-los ou as fiscalizações exercidas pelos órgãos do governo. As organizações podem, ainda, apresentar atividades que não pertençam às rotinas normais. A tática de ocultação pode distinguir-se da estratégia de aceitação e de conformidade, verificando se a conformidade estabelecida é aparente ou real.

A tática de proteção para as organizações consiste em uma tentativa de diminuir as inspeções externas de atividades internas, contribuindo para minimizar as intervenções externas e maximizar a eficiência. É útil na manutenção da autonomia da organização, ao minimizar intervenções externas e maximizar a eficiência.

Oliver (1991) exemplifica essa tática com um fenômeno que ocorre em agências de serviço social voluntário, para as quais a aprovação pública é importante bem como a dissociação de suas práticas, a fim de obter legitimidade e financiamento. Quando essa tática é mal sucedida e ocorre uma tentativa equivocada de dissociar atividades organizacionais de avaliação pública, podem levantar suspeitas que reduzirão sua capacidade de obter legitimidade ou apoio social.

Já a tática de evasão ocorre quando uma organização retira-se de um ambiente em que há o domínio de uma pressão ou altera seus objetivos, metas e atividades, com o fim de evitar a necessidade de conformidade às exigências institucionais. É o caso da empresa que está proibida de exercer suas atividades em uma determinada localidade e migra para outra, para estabelecer uma conformidade parcial ou total de processos institucionais.

No aspecto conceitual, adotando-se a premissa de Oliver (1991) de que uma resposta estratégica é fruto de pressões contextuais, as organizações podem responder estrategicamente a tais pressões de modos diferentes, de acordo com a sua capacidade interna e com os padrões socialmente institucionalizados em

determinado campo de relações. Meyer e Rowan (1977) afirmam que as organizações respondem às exigências ambientais, ajustando suas práticas às regras estabelecidas no ambiente institucional, em busca de legitimidade e aumento de sua capacidade de sobrevivência.

As organizações podem utilizar táticas de evasão como forma de responder às pressões institucionais apenas com o objetivo de obter uma boa resposta da opinião pública. Para tanto, pode valer-se de práticas ceremoniais (Meyer e Rowan, 1977) que constatam similaridade com algumas estratégias de Oliver (1991). Exemplo disso pode ser uma equipe de auditores internos constituídos apenas para dar uma satisfação à sociedade, pois não auditam as atividades internas como deveriam ou usam a estratégia de conformidade, evitando, assim, utilizar artifícios ceremoniais em resposta às pressões, (OLIVER, 1991).

Esta pesquisa pretende utilizar o modelo teórico desenvolvido por Oliver (1991) para o entendimento das respostas estratégicas das organizações em ambiente complexo, por meio da aplicação da tipologia, visando compreender a relação entre ambiente institucional e respostas organizacionais.

Considerando que o campo de saúde suplementar possui lógicas múltiplas e conflitantes entre si e que, em muitas ocasiões, os atores organizacionais não têm interesse ou preferem deixar de cumprir as orientações de uma lógica institucional, porque estão orientados por outra, o que gera um conflito e a necessidade de uma estratégia de escape, cabe à investigação dos fatores que têm levado a ANS a abdicar de exercer seu papel regulamentador, no que se refere aos reajustes dos planos de saúde coletivos.

## 4. METODOLOGIA

Nesse capítulo, será abordada a metodologia da pesquisa, envolvendo o plano e os procedimentos que serão adotados em sua realização.

### 4.1. Estratégia da Pesquisa

A abordagem deste estudo será de caráter exploratório e descritivo, pois visa à descoberta e elucidação ou explicação de um determinado fenômeno e propicia a descrição das características, estabelecendo relações entre variáveis (GONÇALVES, 2014).

Objetivando examinar a estratégia adotada pela ANS de deixar de cumprir a instituição estabelecida em seu campo institucional no que se refere aos reajustes de planos de saúde coletivos, esta pesquisa utilizou o método de análise documental e de entrevista, visando obter a percepção dos principais atores envolvidos.

Nessa perspectiva, a natureza desta pesquisa foi de caráter qualitativo, pois buscou descobrir relações profundas entre os elementos das lógicas existentes no campo organizacional e as ações e práticas exercidas pela ANS (GONÇALVES; MEIRELES, 2004). Além disso, procurou explorar e entender a acepção que os indivíduos dão a um problema ou fenômeno social (CRESWELL, 2010). Optou-se por esse tipo de pesquisa devido à importância dos aspectos qualitativos para a compreensão do fenômeno. Conforme afirma Godoy, (1995, p.21), “na pesquisa qualitativa, um fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada”.

Para efetivar a realização desta pesquisa, foi desenvolvido um protocolo, inicialmente, com o objetivo de identificar as práticas atuais e as pressões que existem no campo de saúde suplementar e como orientam as ações da ANS, no sentido de abdicar na regulação dos reajustes. Conforme Yin afirma (2010, p.106), “[...] o protocolo é uma maneira importante de aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso e se destina a orientar o investigador na realização da coleta de dados de um caso único”.

## 4.2 Protocolo de Pesquisa

Esta pesquisa visa identificar os atores sociais que detêm algum poder de agência e exercem pressão diretamente no campo (SCOTT, 2001). Na concretização desta pesquisa, foram analisadas as pressões que os atores exercem sobre a ANS e quais delas interferem em seu posicionamento sobre a regulação dos reajustes.

A coleta de dados obtidos por meio de entrevistas bem como a análise do conteúdo permitiram identificar as estratégias adotadas pela ANS em relação aos reajustes de planos coletivos e vislumbrar as práticas estratégicas, recursos e valores que configuram as lógicas praticadas no campo.

Foram, ainda, realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, mediante o protocolo de pesquisa descrito abaixo, que visa nortear e descrever os pontos relevantes da pesquisa conforme apresenta o Quadro 3.

Quadro 3 – Protocolo de Pesquisa

<b>PROTOCOLO DE PESQUISA</b>
<p>1. Questão de Pesquisa</p> <p>Este estudo utilizará análise documental tendo como objeto de estudo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o objetivo de elucidar a questão que orienta esta pesquisa: quais razões fazem com que a ANS deixe de cumprir a regulação que lhe dá poderes para decidir como reajustar os planos de saúde coletivos conforme estabelecido por lei?</p>
<p>2. Estrutura Teórica Alicerça o Estudo de Caso.</p> <p>Teoria institucional, com ênfase no estudo de lógica e estratégia institucional, mediante a aplicação do modelo Oliver 1991.</p>
<p>3. Coleta de Dados</p> <p>A coleta de dados primários foi realizada mediante a realização de entrevistas com roteiro semiestruturado. Já a coleta de dados secundários será realizada por meio de análise documental de relatórios divulgados pela própria ANS ou órgão/instituições que abordem o tema; de dados divulgados pelos meios de comunicação e mídias bem como pelas legislações existentes que regulamentam as práticas relacionadas ao reajuste.</p>
<p>4. Entrevistados.</p> <p>Foram entrevistados os colaboradores atuantes com a demanda de reajuste de planos de saúde coletivos das entidades dos segmentos da sociedade como: ANS, PROCON, Idec e representante de operadoras de planos de saúde.</p>
<p>5. Reprodução das entrevistas gravadas. Serão transcritas, integralmente.</p>

<p><b>6. Análise das Informações Coletadas</b></p> <p>A análise das informações coletadas será realizada mediante a comparação das informações coletadas nas entrevistas e nos documentos com a teoria adotada para elucidar a questão de pesquisa e seus objetivos.</p>
<p><b>7. Análise de Resultado</b></p> <p>Verificar se a questão de pesquisa bem como os objetivos podem ser elucidados pela fundamentação teórica, tomando por base a tipologia de Oliver (1991), para identificar as estratégias adotada e as lógicas principais do campo.</p>
<p><b>8. Conclusão</b></p> <p>A conclusão consiste em avaliação concisa dos resultados bem como na identificação das limitações do estudo pesquisado e proposta para novas pesquisas.</p>

Fonte: Transposto de Yin (2010).

#### **4.3 Coletas de Dados**

O presente método tem por objetivo obter a validade da pesquisa. Para tanto, foram utilizadas fontes de dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, elaborado com base no referencial teórico, visando identificar e analisar as lógicas que orientam os atores do campo e as respostas estratégicas institucionais adotadas pela ANS.

Os dados secundários foram coletados a partir da análise da legislação pertinente à regulamentação dos reajustes da saúde suplementar, conforme segue: a Constituição Federal de 1988; a Lei nº 9.961/00 - que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar; a Resolução Normativa (RN) nº 171, de 30/04/2008; a Resolução Normativa (RN) nº 309, de 25/10/2012, que trata da regulamentação de reajustes de planos coletivos. Além disso, foram obtidas informações divulgadas pelos meios de comunicação, como os relatórios técnicos disponibilizados pela ANS e pelo Procon-SP e as entrevistas e reportagem de jornais de grande circulação como a Folha de São Paulo, Estadão e O Globo, que descrevem as práticas e pressões provenientes de diversas lógicas que influenciam a ação da ANS.

Os sites da Agência Nacional de Saúde Suplementar, do Procon, do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e do Ministério Público (MP) foram utilizados para obter os

dados pertinentes ao mercado de saúde suplementar e os indicadores divulgados periodicamente.

Após a pesquisa documental, foram coletadas, por meio de roteiros semiestruturados, as entrevistas realizadas com colaboradores dos seguintes atores ou forças sociais: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras de planos de saúde, a agência de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

Estes atores sociais influenciam o campo de saúde suplementar e podem ser considerados principais e portadores de lógicas institucionais distintas e conflitantes que disputam espaço entre interesses divergentes. Foram convidados inicialmente, oito operadoras de planos de saúde: Bradesco Seguros, Unimed Seguros, Amil, Greenline, Unimed Central Nacional, Unimed Fesp, Unimed Sudoeste, Sulamerica. Apenas duas aceitaram o convite - a Sulamerica e a Unimed Sudoeste da Bahia. A operadora de plano de saúde Unimed Fesp recusou- se a participar da pesquisa e as demais, mesmo tendo sido realizados contatos diários, não responderam. Além das operadoras, a Abramge e o Procon-SP encaminharam respostas recusando-se a participar.

Além das duas operadoras que colaboraram com a pesquisa, foram realizadas entrevistas com dois representante da ANS: o diretor do Procon da cidade de Vitória da Conquista e a pesquisadora do Idec, totalizando, assim, seis entrevistas.

Os entrevistados ocupavam cargos de diretoria da instituição ou diretoria da área de saúde, assessores e gerentes. As entrevistas tiveram, por objetivo, obter maior compreensão do objeto de pesquisa.

As entrevistas foram gravadas com consentimento dos entrevistados e duraram em torno de 35 minutos. Foram transcritas literalmente, alinhadas com as informações obtidas na pesquisa documental e submetidas à técnica de análise de conteúdo, tal como definida por Bardin (2006, p.38) :

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

#### 4.4 Análise e Interpretação dos dados

Segundo Bardin (1998), a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações cujo objetivo é obter um procedimento sistemático e descrever o conteúdo, de modo a construir inferência da teoria com o conhecimento produzido.

Conforme sugerem Pache e Santos (2010), as organizações adotam estratégias, mesmo que parciais, decorrentes da identificação de múltiplas lógicas dentro de uma organização. As respostas institucionais serão estabelecidas mediante a priorização de uma determinada lógica. Quando existem múltiplas lógicas representadas no campo, o resultado dependerá da pressão do ator em impor a sua aos demais participantes.

Conforme Oliver (1991), as pressões institucionais influenciam as diferentes respostas estratégicas empregadas pelas organizações. Assim, a presente pesquisa busca verificar se as pressões que os atores exercem no campo de saúde, que são provenientes de uma determinada lógica, interferem na decisão de não regulamentar os reajustes de planos de saúde da ANS.

A análise do conteúdo das entrevistas deste estudo foi realizada com base na tipologia de Oliver (1991), visando identificar se o posicionamento estratégico operacionalizado pela ANS em relação à prática de não controlar os reajustes de planos de saúde coletivo consiste em uma resposta estratégica de manipulação, evasão ou desafio. Essa análise será realizada procurando, nas entrevistas, jornais e documentos vinculados pelos diversos atores, indícios que disfarçam a não conformidade ou afrouxam as relações institucionais ou influenciam os demais atores ou exercem dominação sobre atores e processo ou ignoram normas e valores explícitos ou, por fim, contestam regras.

A partir disso, foi realizada a comparação da estratégia identificada com as lógicas predominantes de cada ator do campo, já que estratégias são práticas que compõe as lógicas, visando identificar qual lógica está orientando essa ação da ANS, a fim de apontar quais fatores levam-na a deixar de cumprir a instituição estabelecida em seu campo institucional.

## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados e a discussão obtidos. Inicia com a descrição das características do campo saúde suplementar, apresentando as características observadas.

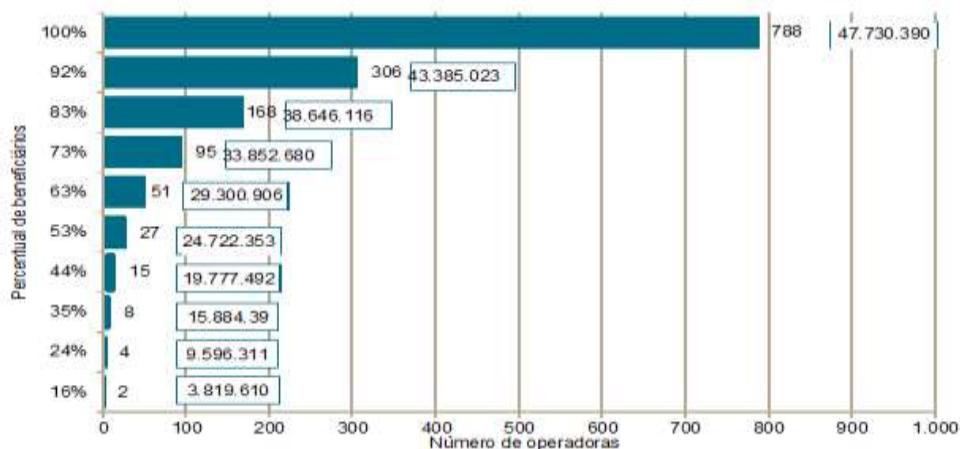
Na sequência, são apresentados e analisados os dados das entrevistas e dos documentos obtidos.

### 5.1 Estrutura e lógicas do Campo Saúde Suplementar

Em sua definição, campo organizacional consiste em um ambiente composto de atores que convivem sob o mesmo domínio e têm suas ações orientadas pelo mesmo conjunto de lógicas institucionais (MEYER; ROWAN, 1977; SCOTT, 2010). Considerando essa definição, o campo de saúde suplementar é composto por diversos atores, orientados por diversas lógicas, e que, em determinados momentos, podem agir de forma complementar e, em outros, de forma antagônica. Eles possuem características e funções diversas, que fazem com que o setor funcione. A seguir, são apresentados os atores relevantes no campo em questão:

As operadoras de planos de saúde - com base nos dados divulgados pela ANS do quadrimestre de 2016, o Brasil possui cerca de 788 operadoras de planos de saúde, com 47,7 milhões de beneficiários vinculados. Desse total, 73% dos usuários concentram-se em apenas 95 operadoras, conforme mostra a Figura 1.

Figura-1. Beneficiários de Planos de Saúde por Operadora em Dez/2016.



Fontes:ANS/MS-12/2016 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar, mar/2017

As operadoras possuem a função de intermediar e estruturar uma rede de atendimento de serviço de saúde ao usuário. Nesse contexto, as operadoras de planos de saúde podem ser classificadas conforme as seguintes modalidades:

Autogestão: consiste na organização que atua em serviços de assistência à saúde. Responsável pelo plano privado, tem o propósito exclusivo de oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas bem como a associados com vínculo a uma categoria profissional ou de classes.

➤ Cooperativa médica: consiste em empresa que se constitui de associação de pessoas sem fins lucrativos, conforme a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Constituída por médicos, com o fim de comercializar ou operar planos de assistência à saúde.

➤ Filantropia: consiste em entidade sem fins lucrativos, com certificação de entidade filantrópica no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que operam planos privados de saúde.

➤ Medicina de grupo: organização que comercializa ou opera planos privados de saúde. Podem atuar conforme classificação cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde.

➤ Seguradora especializada em saúde: consiste em empresa composta de sociedade seguradora, que comercializa seguros de saúde. Com fins lucrativos, atua conforme o disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.

As operadoras de planos de saúde atuam no campo de saúde suplementar de forma peculiar, buscando influenciar os atores do campo de modo a obter regulamentação que favoreça sua lucratividade na oferta de produtos. Com o fim de dar sustentabilidade a suas operações, agem conforme a lógica capitalista, oposta à lógica assistencial.

Assim, as operadoras passam a exercer pressão significativa sobre os atores do campo, em especial, sobre a agência que regulamenta a atuação no campo, a ANS. Para intervir com ações que possam trazer-lhes benefício, buscam se organizar em nível federal, estadual e municipal, por meio de instituições como a Associação Brasileira de Plano de Saúde (ABRAMGE), o Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE) e a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE).

O mercado de saúde suplementar é permeado por grandes empresas, o que sugere a tendência de oligopolização do mercado, pois, no Brasil, apenas 10% do

total de operadoras de planos de saúde detêm 70% do total de usuários. São essas empresas de grande porte, com grandes aportes financeiros, que exercem maior pressão sobre os demais atores, financiando campanhas de eleição de políticos, conforme pesquisa apresentada por Bahia e Scheffer (2015, p. 11):

Dentre as empresas doadoras em 2014 (*Quadro 1*), segundo volume de doações, é possível classificá-las em três grupos: a) grandes doadoras (são quatro empresas, incluindo aí o grupo Unimed), que doaram acima de R\$ 5 milhões, responsáveis por 94,5% das doações; b) doadoras médias, que doaram entre R\$ 150 mil e R\$ 1 milhão (sete empresas); e c) pequenas doadoras, que doaram abaixo de R\$ 75 mil (sete empresas). As maiores doadoras em 2014 foram a Amil (R\$ 26.327.511,22), seguida da Bradesco Saúde (R\$ 14.065.000,00), da Qualicorp (R\$ 6.000.000,00) e do grupo Unimed (R\$ 5.480.500,00).

A pressão das operadoras em prol dos seus objetivos é visível e constante. Atualmente tramita, na Câmara dos Deputados, um projeto de lei que visa alterar os reajustes para os usuários com mais de 60 anos, para que seja reajustado quinquenalmente, uma vez que hoje não existem reajustes após essa idade. A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) justifica que o projeto é essencial para a sustentabilidade do setor. Esse projeto conta com o apoio do ministro da Saúde, Ricardo Barros, um dos beneficiários de doações recebidas das operadoras de planos de saúde na campanha de 2014, conforme consta em consulta ao Tribunal Eleitoral (ESTADÃO, 2017).

As operadoras restringem a comercialização dos planos individuais e familiares em prol da crescente consolidação dos planos coletivos, sem nenhuma interferência da ANS, pois consideram muito mais vantajosa a comercialização dos planos coletivos, já que, nesse caso, há a livre negociação de reajustes entre as empresas e as operadoras, o que não ocorre com os planos individuais, pois os reajustes são limitados pela ANS. Assim, deixam milhares de usuários, que não estão vinculados a nenhuma empresa ou instituição sem cobertura de planos privados. As operadoras ainda exercem pressão sistemática sobre o Conselho de Saúde Suplementar, influenciando a sociedade por meio de seminários ou divulgação na mídia.

No ano 2016, a ANS publicou uma resolução que concedeu às operadoras benefícios de desconto de 80% nas multas aplicadas referentes à negativa de atendimentos aos usuários, benevolência concedida às operadoras que não cumprem as regras estabelecidas pela regulamentação. Portanto, a ANS afrouxa as

relações (ESTADÃO, 2016).

O mercado de saúde suplementar apresenta rentabilidade muito superior aos demais setores da economia, como mostra o último relatório apresentado pela ANS sobre os rendimentos das operadoras, apurado no ano de 2016. As operadoras tiveram o resultado de lucro líquido aproximadamente 70% maior do que o lucro líquido apurado em 2015 (ANS, 2017h).

As operadoras são orientadas pela lógica de mercado, que visa sempre obter lucratividade e impor sua lógica aos demais participantes.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - criada pelo Governo Federal, pela Lei nº 9.656, encontra-se vinculada ao Ministério da Saúde, tendo atuação em todo o território nacional, visando promover a mediação no campo de saúde suplementar, com o fim de promover a defesa do interesse público no setor, ou seja, suas ações orientam-se pela lógica pública (ANS, 2017a).

Sua criação foi um marco para o setor, pois tem atuado regulando o mercado privado de forma a equilibrar os interesses provenientes da lógica capitalista do mercado privado e os objetivos de proteção social aos usuários (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011).

A ANS, na regulamentação, normatização e fiscalização das práticas, visa garantir um mercado em que haja um equilíbrio entre os atores. Assim, atua para garantir a solidez econômica das operadoras e a solvência do mercado, exigindo das empresas capital mínimo, reservas técnicas e provisões de risco bem como o rol de procedimentos e atendimentos que definem a cobertura mínima obrigatória a ser cumprida pelas operadoras (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Para formulação dos instrumentos regulatórios, a ANS dispõe de instrumentos de participação da sociedade: audiências públicas, Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), outras câmaras, grupos técnicos, comitês e comissões, consulta e participação pública. Esses canais permitem que os diversos atores do campo possam apresentar sua opinião sobre as matérias apresentadas (ANS, 2017e).

Os mecanismos de controle e fiscalização de que a ANS dispõe são acionados mediante o recebimento de reclamações por parte dos beneficiários de planos de saúde, conforme os usuários entram em contato com a agência reguladora, relatando suas reclamações ou dúvidas. A ANS recebe as reclamações de beneficiários e utiliza-se da chamada Notificação de Investigação Preliminar (NIP), instrumento de mediação que objetiva a solução de conflitos entre

consumidores e operadoras de planos em uma fase pré-processual, ou seja, visando a mediação da ANS. A operadora do plano tem o prazo de dez dias úteis para dar os esclarecimentos, a fim de que se averigue se houve descumprimento dos procedimentos normatizados e de que se corrijam as disfunções do funcionamento do mercado, como explica um dos entrevistados:

Ao recebermos as reclamações na ANS, são verificados os dados e, após aberta a NIP, solicitam-se esclarecimentos das operadoras, que enviam relatórios com a comprovação dos procedimentos que foram adotados na situação (cargo: especialista em regulação de saúde suplementar 1).

A ANS tem administrado muitos conflitos de interesses no campo. Sua atuação consiste em efetuar processos de acompanhamento e fiscalização das operadoras, a fim de, caso encontre irregularidade no que tange à obediência da regulamentação estabelecida por ela, aplicar as multas, das quais as operadoras podem recorrer a instâncias administrativas, resguardando o direito ao contraditório e à ampla defesa.

Nos últimos anos, a agência diminuiu os conflitos entre os agentes mediante sua atuação na regulamentação e normatização do setor. Apesar não estabelecer regulamentação específica que limite ou determine uma metodologia para os reajustes coletivos, a ANS interfere positivamente nas demais relações entre usuário e operadora, especificando as instruções normativas e esclarecendo direitos e deveres de cada parte integrante do processo.

O usuário, nesse cenário, é o elo mais vulnerável e o maior interessado no acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada. Ele não possui poder de barganha, já que, para obter um plano de saúde coletivo - modalidade de plano mais comercializada, com número maior de operadoras de grande porte e rede de atendimento mais abrangente - precisa estar vinculado a uma empresa ou possuir vínculo com alguma entidade de classe, sindicato, etc. Os planos individuais e familiares tiveram redução significativa em sua comercialização pelas operadoras e a maioria dos que ainda continuam a ser comercializados oferece uma abrangência bem reduzida. (O GLOBO, 2015).

Com a autorização da ANS, as operadoras de grande porte deixaram de comercializar esse tipo de plano sob a alegação de que não têm interesse, devido ao fato de a regulamentação limitar os valores a serem reajustados. Assim, para ter

acesso aos planos de saúde, resta ao consumidor final criar uma empresa, configurando falsos planos coletivos que, após o primeiro ano de vigência, sofrem reajustes em torno de até 80 % (IDEC, 2012).

Na cadeia dessa relação, as imperfeições do sistema limitam os aspectos de acesso do usuário aos serviços e, como resultado, esses sofrem com reajustes muito superiores à inflação, só tendo como alternativa recorrer ao judiciário, para resguardar seu direito.

A ANS não tem nenhum dispositivo regulatório que fiscalize ou limite os reajustes atribuídos aos planos denominados coletivos. Realiza somente o acompanhamento, mesmo que esse tipo de plano corresponda a 80% do total de planos comercializados. Já com relação aos planos individuais e familiares, atualmente, estabelece um teto máximo para os reajustes.

No campo da saúde suplementar, o poder público também é representado pelo Judiciário e pelo Ministério Público, que visam garantir os direitos individuais, coletivos e sociais e resolver conflitos entre cidadãos. A ordem jurídica tem atuado, para suprir as lacunas consentidas pela regulação dos planos de saúde, levando a um aumento significativo do número de usuários que recorrem à judicialização, como meio de garantir que seus direitos sejam respeitados.

Em levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2016, foram constatados cerca de 103.896 casos vinculados à saúde suplementar. O custo financeiro da judicialização das questões vinculadas à saúde suplementar, em 2015, foi em torno de 1,2 bilhões, conforme estudo da ABRAMGE (O GLOBO, 2017).

No que tange à regulação, há, no setor, uma falha que tem impulsionado a judicialização como única alternativa, para solucionar os conflitos entre usuários de planos de saúde e operadoras, sendo necessário ocorrer intervenção estatal, para corrigir e atenuar as falhas do mercado.

Os conflitos existem e são acentuados pela falta de intervenção regulamentadora clara em pontos específicos, sobre os quais a ANS tem se evadido, principalmente com relação aos planos de saúde coletivos, que correspondem a aproximadamente 80% dos usuários.

Ainda existe o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) - instituição regulamentada pelos artigos 105 e 106 do Código de Defesa do Consumidor, da Lei nº 8.078/90, cuja principal função consiste em implementar e

executar a defesa do consumidor. Entre as instituições vinculadas com esse objetivo, destacam-se o Ministério Público, a Defensoria Pública e os Procons bem como outros órgãos públicos e entidades civis de defesa do consumidor vinculados à Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), com atuação igualitária e sem vinculação hierárquica.

Os Procons, que podem ser estaduais e municipais, são órgãos de proteção e defesa do consumidor, instituídos especificamente para esse fim. Suas competências e atribuições são estabelecidas pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 e pelo Decreto nº 2.181/97. Esses órgãos não têm poder coercitivo, apenas administrativo, de solucionar os conflitos, intermediando a relação de consumo. Se não houver solução, o caso é direcionado para o Juizado Especial Cível.

O prestador de serviço, ator que fornece o serviço propriamente dito, é o elo entre a operadora e o usuário. Sua relação com as operadoras de saúde é conflituosa, pois busca remuneração condizente com as atividades desenvolvidas, enquanto as operadoras querem valores cada vez menores, para que tenham maior lucratividade.

Visando atenuar esse conflito, a ANS regulamentou, pela Lei nº 13.003, de 2014, e pela Resoluções Normativas 363 e 364, de 2014, normas e procedimentos que reforçaram a obrigatoriedade de formalização dos serviços por meio de contratos assinados entre operadoras e prestadores de serviços, que podem ser hospitais, clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios. O contrato deve estabelecer critérios como valores dos serviços contratados, prazos de vigência, prazo para faturamento dos pagamentos e dos reajustes dos preços a serem pagos pelas operadoras, bem como prever as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas, renovação ou rescisão.

Outro ponto que gera conflito entre prestadores de serviço e operadora são os fatores que levam à ocorrência de glosa sobre o faturamento dos serviços prestados. A Lei nº 13.003/2014 veio estabelecer regulamentação, visando sanar esse conflito por meio de um instrumento contratual, que passou a ser estabelecido obrigatoriamente e com definições bem claras dos motivos para a ocorrência de glosa, das definições de recursos em caso de ocorrência e das citações na quais ela pode ocorrer.

Contudo, é importante salientar que, nos contratos estabelecidos entre

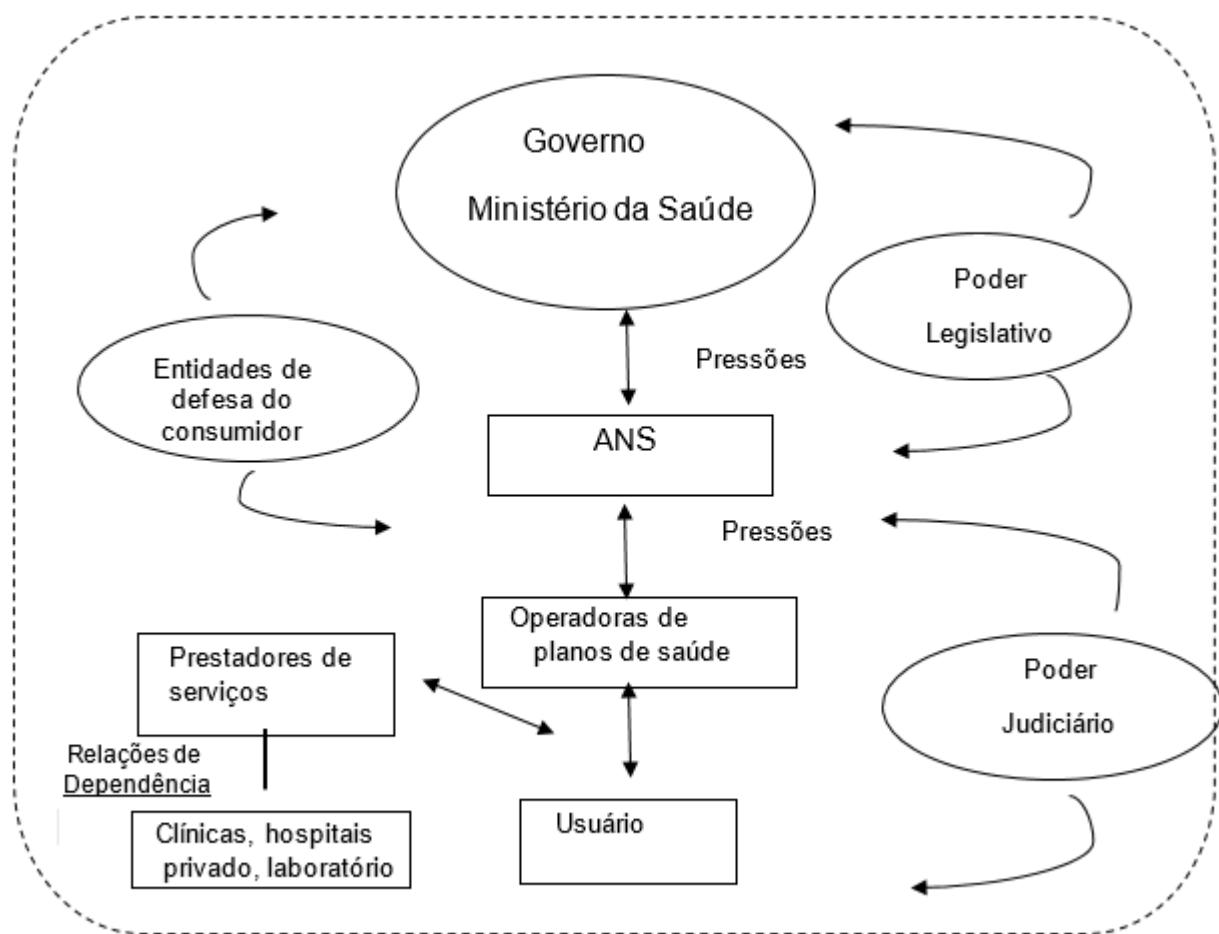
operadoras e prestadores de serviços, a qualidade assistencial da prestação de serviços não constitui o foco do instrumento; seu principal objetivo consiste em estabelecer, de forma clara, a relação comercial.

Após análise dos elementos institucionais que configuram a relação entre os atores do campo de saúde suplementar, é possível apontar uma forte divergência de interesses entre os participantes. As operadoras de planos de saúde detêm um poder econômico que lhes permite exercer forte pressão sobre os demais participantes, impondo sua principal lógica aos demais atores, evidenciando a grande vulnerabilidade dos usuários.

Conforme Greenwood et al. (2011) apontam em seus estudos, a posição de um ator dentro de um campo vai interferir, moldando tanto a forma quanto a intensidade da pressão das múltiplas lógicas que sofrerá. As organizações centrais estão expostas à influência maior de múltiplas lógicas em comparação com as organizações menos centrais e, portanto, periféricas.

Assim, é possível observar que a ANS, devido a sua posição estratégica regulamentadora no campo, sofre, com maior intensidade, a pressão resultante das múltiplas lógicas exercida pelos participantes do campo. Essa relação encontra-se representada no Diagrama 1, que apresenta o campo da saúde suplementar, evidenciando as relações de poder e a pressão entre os atores, além de demonstrar as relações estabelecidas que influenciam a dinâmica das lógicas correlatas ou antagônicas que coexistem no campo da saúde suplementar.

Diagrama 1- Campo Saúde Suplementar



Fonte: Elaborado pela Autora, 2017.

Portanto, o campo de saúde possui diversas lógicas, provenientes de interesses conflitantes, que podem orientar as ações da ANS na regulação do campo. Nesse sentido, destaca-se a lógica pública, que orienta as ações da ANS, e busca regular a atuação desse mercado, tornando mais igualitárias as relações entre os atores. A lógica de mercado que orienta as ações das operadoras de planos de saúde busca sempre reduzir os custos operacionais e maximizar a lucratividade. A lógica da defesa e proteção do consumidor é perceptível em ações desenvolvidas por instituições como o Idec, os Procons, o Ministério Público e o Judiciário. Do outro lado, encontra-se a lógica do consumidor, exercida pelos usuários que adquiriram o plano de saúde com o propósito de suprir a necessidade de assistência à saúde e a

lógica dos prestadores de saúde, representada pelos médicos e outros profissionais e por diversos estabelecimentos desse mercado. Porém, por estarem inseridos no campo da saúde suplementar, esses atores estão sujeitos à orientação de diversas lógicas em determinados momentos e priorizam uma lógica em detrimento de outra.

Assim, o campo da saúde suplementar, no Brasil, é composto por diversos atores, orientados por múltiplas lógicas, que contribuem para a efetividade da construção do campo, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 - Principais atores do Campo Saúde Suplementar

ATOR	FUNÇÃO NO CAMPO	LÓGICA PREDOMINANTE
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS	Órgão público constituído com o objetivo de regulação do campo, criando legislação e realizando fiscalização, buscando o equilíbrio do campo.	Lógica pública
Operadoras de Planos de Saúde	Responsável pela comercialização de planos de saúde, com objetivo de oferta de serviços e rede de atendimento, exercendo poder econômico e influência sobre diversos atores.	Lógica mercado
Órgãos de Defesa do Consumidor/ Judiciário	Exercem o papel de defesa dos interesses dos consumidores, a fim de buscar o equilíbrio entre os interesses das operadoras de planos de saúde e consumidores de forma mediadora. Cada um atua na sua esfera de competência, no sentido de salvaguardar direitos prescritos no Código de Defesa do Consumidor e nos dispositivos legais que dispõem sobre os planos privados de saúde.	Lógica de defesa do consumidor/ Lógica que resguarda o cumprimento da legislação.
Prestadores de serviço de saúde	Os prestadores de serviço de assistência à saúde, que consistem em clínicas e hospitais de diagnóstico-terapêuticos, que efetivam a prestação dos atendimentos aos detentores de planos de saúde. Quando organizados, exercem o poder de buscar o aumento dos valores recebidos pelos serviços prestados e que são posteriormente remunerados pelas operadoras.	Lógica mercado
Consumidores	Os consumidores de planos de saúde, que são as pessoas que contratam e/ou utilizam os serviços de saúde.	Lógica do consumidor

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

## 5.2 Reajuste de planos de saúde coletivo e resposta estratégica da Agência de Saúde Suplementar

O Brasil possui atualmente cerca de 48 milhões de beneficiários de planos de saúde, o que corresponde a aproximadamente 25% do total da população, índice que demonstra a importância do setor para a sociedade brasileira. O mercado é segmentado conforme a modalidade de contratação do plano de saúde, sendo que a demanda por planos individuais/familiares configura apenas 19% do total de planos de saúde, enquanto a demanda por planos de saúde na modalidade coletiva configura aproximadamente 80% do total de planos adquiridos, conforme retrata o Quadro 5.

**Quadro 5 - - Beneficiários de planos privados de saúde**

Cobertura assistencial do plano	Total	Coletivo				Individual	Não informado
		Total	Empresarial	Por adesão	Não identificado		
Assistência médica com ou sem odontologia							
dez/15	49.200.325	39.300.297	32.658.919	6.631.440	9.938	9.656.099	243.929
dez/16	47.730.390	38.149.060	31.659.068	6.480.953	9.039	9.371.418	209.912
Out/2017	48.258.965	38.589.073	32.078.217	6.501.129	9.727	9.437.647	232.245

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2016.Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2017,

Apesar de ter, nas atribuições determinada pela Lei nº 9.961/00, no artigo 4, a responsabilidade de controlar os reajustes e as revisões das mensalidades dos planos privados de assistência médica, a ANS vem se omitido em relação aos reajuste de planos coletivos. Porém, com relação aos planos individuais e familiares, tem estabelecido limites para reajustes. Assim, a despeito dos planos coletivos corresponderem a 80% do mercado de planos de saúde no Brasil, a ANS mantém o posicionamento de não regulamentar os planos de saúde coletivos, estabelecendo um teto máximo para os reajustes, entendendo, em sua concepção, que esse reajuste deve ser resultado de uma negociação entre as partes, empresas e operadoras, conforme contrato estabelecido. Porém, regulamenta os reajustes aplicados aos planos individuais e familiares. (ANS, 2017b). Em entrevista, o representante da ANS, esclarece como são as práticas em relação aos reajustes dos planos de saúde:

O plano individual precisa de prévia autorização, planos coletivos com até trinta vidas devem ser apurados e calculados, utilizando-se, como base, todos os contratos que tenham até trinta vidas, planos coletivos eles são definidos os reajustes nas condições do contrato que a gente vai chamar em algum momento de livre negociação. A livre negociação, ela é reconhecida por nós, mas ela está direcionada às cláusulas do contrato, então, eu operadora defino quais com a empresa contratante quais serão as formas de reajuste e aí passo a aplicar a cada periodicidade não inferior a doze meses (cargo: especialista em regulação de saúde suplementar 2-ANS).

As operadoras estabelecem contratos com as empresas, sindicatos e associações, que determinam a relação de reajuste a ser aplicado aos planos coletivos, mediante negociação entre as partes, conforme pode ser visto em entrevista dos representantes das operadoras:

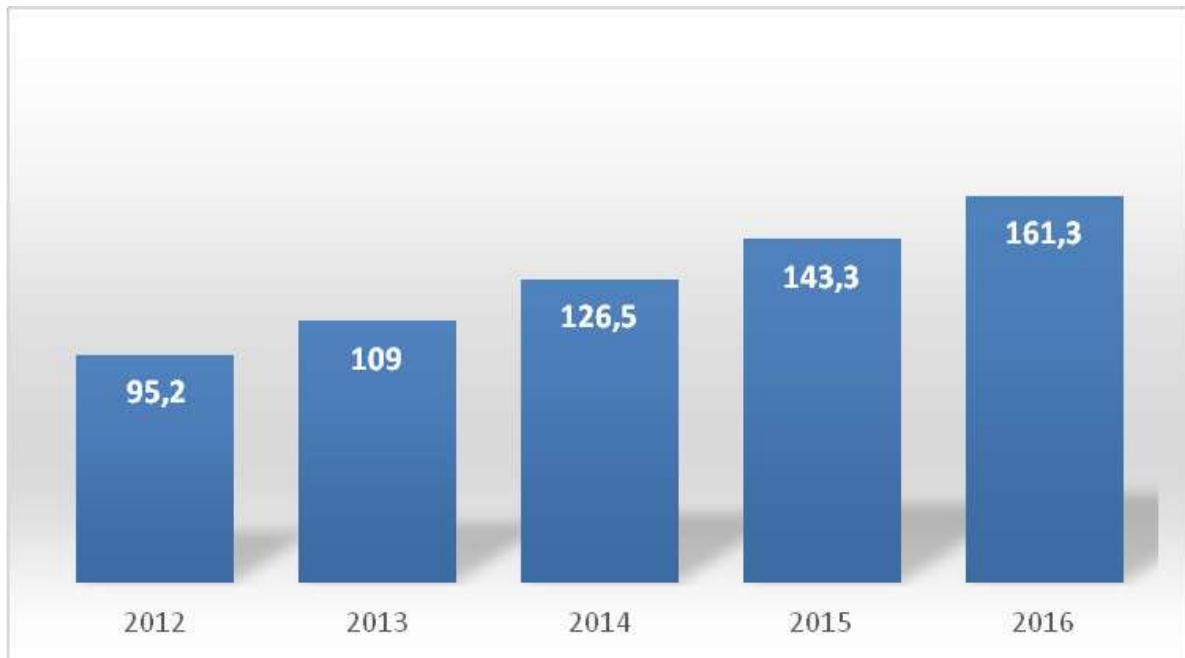
Através de negociação, necessariamente nos critérios de aplicação de reajuste [...], os planos coletivos tanto por adesão quanto por quanto é empresarial, eles têm critérios que vão no contrato, tem um reajuste técnico, o reajuste financeiro. Sinistralidade é nós temos uma meta de sinistralidade de setenta e cinco por cento é, em média, nos contratos coletivos. Então o que passou de sinistralidade de setenta e cinco por cento é aplicada se um reajuste é financeiro, seria, no caso, a gente vai ver a diferença entre receita né, auferida pela operadora contra o custo assistencial. (Cargo: Gerente Comercial- Op. 1)

Em especial, os reajustes de planos coletivos aplicados são monitorados pela agência e devem obrigatoriamente seguir o pactuado entre as partes no contrato. Os reajuste Financeiro (VCMH) e Reajuste por Sinistralidade: o reajuste financeiro, também conhecido como VCMH (Variação dos Custos Médicos e Hospitalares), monitorado anualmente pela Agência Nacional de Saúde (ANS), sendo definido em contrato pela operadora/seguradora, que considera o volume de utilizações, inflação entre outras premissas e define o percentual a ser aplicado. Já o reajuste por sinistralidade trata de um aumento no prêmio/mensalidade somente aplicado, quando o índice de sinistralidade estiver acima do índice máximo estipulado em contrato. (Cargo: Especialista Op. 2)

As características do sistema de saúde suplementar brasileiro foram influenciadas pelas mudanças no cenário macroeconômico e social da saúde a partir da crise instaurada nos últimos dois anos, constituindo um pano de fundo para a atuação das operadoras de planos de saúde. Desde o início da crise econômica brasileira, que se instalou em 2015, com a redução do PIB brasileiro (3,8 negativo em 2015 e 3,6 negativo em 2016), houve aumento do número de desempregados e, consequentemente, redução de aproximadamente um milhão e quinhentos mil usuários de planos de saúde (IBGE, 2017), conforme foi apresentado no Quadro 5.

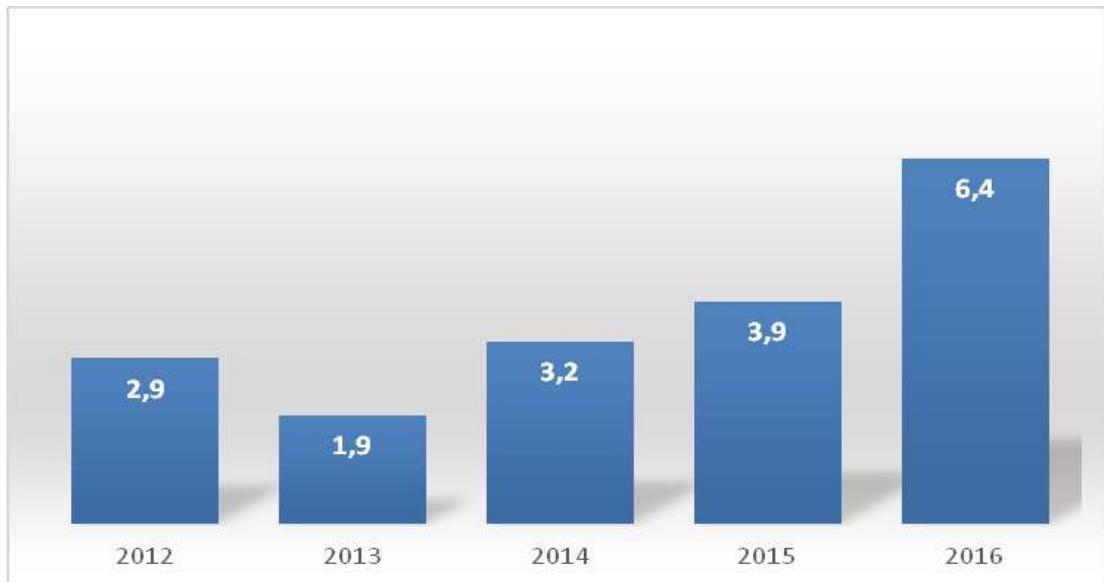
Mesmo com a redução do número de usuários nos anos 2015 e 2016, o mercado de saúde suplementar apresentou um quadro favorável de retorno financeiro para as operadoras, muito diferente de outros segmentos, como mostra a Figura 2.

Figura 2 - Receita das Operadoras em Bilhões



Fonte: Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar- 4º tri 2015, 4º trim. 2016- ANS, 2017.

Figura 3- Lucro Líquido das Operadoras em R\$ bilhões



Fonte: Prisma Econômico-financeiro da Saúde Suplementar - 4º tri 2015, 4º trim. 2016- ANS, 2017.

As Figuras 2 e 3 demonstram que as operadoras conseguiram aumento nos resultados financeiros, obtendo receita com um crescimento em 12%. O lucro líquido aumentou em torno de aproximadamente 70% em 2016, em relação ao ano de 2015, ou seja, mesmo no período de crise, segundo os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Os resultados alcançados pelas operadoras derivam de uma estratégia adotada pelas operadoras, para obter resultados financeiros. Conforme já apontado por Vianna (2003), as operadoras, ao longo dos anos, adotaram a estratégia de elevar o valor das mensalidades dos beneficiários, como forma de aumentar a lucratividade. Contudo, é relevante ressaltar que isso se tornou viável apenas nos casos dos planos de saúde coletivos, pois os planos de saúde individuais e familiares têm os índices de reajustes máximo determinados pela ANS. Assim, essa prática de reajustes muito superiores à inflação somente pode ser aplicada aos planos coletivos, por não haver regulamentação que limite os índices máximo de reajuste, estabelecido mediante a livre negociação entre as organizações e as operadoras dos planos, sem qualquer fiscalização da ANS, que apenas monitora e acompanha os dados.

Nos últimos anos, as operadoras foram deixando de comercializar os planos individuais e familiares, conforme se vê na Figura 4.

Figura 4 - Número de índice de beneficiário em planos de saúde individuais de assistência à saúde, segundo a modalidade da operadora (dez-2011 a dez-2016).



Fonte: SIB/ANS/MS – Caderno de Saúde Suplementar da ANS- mar/2017

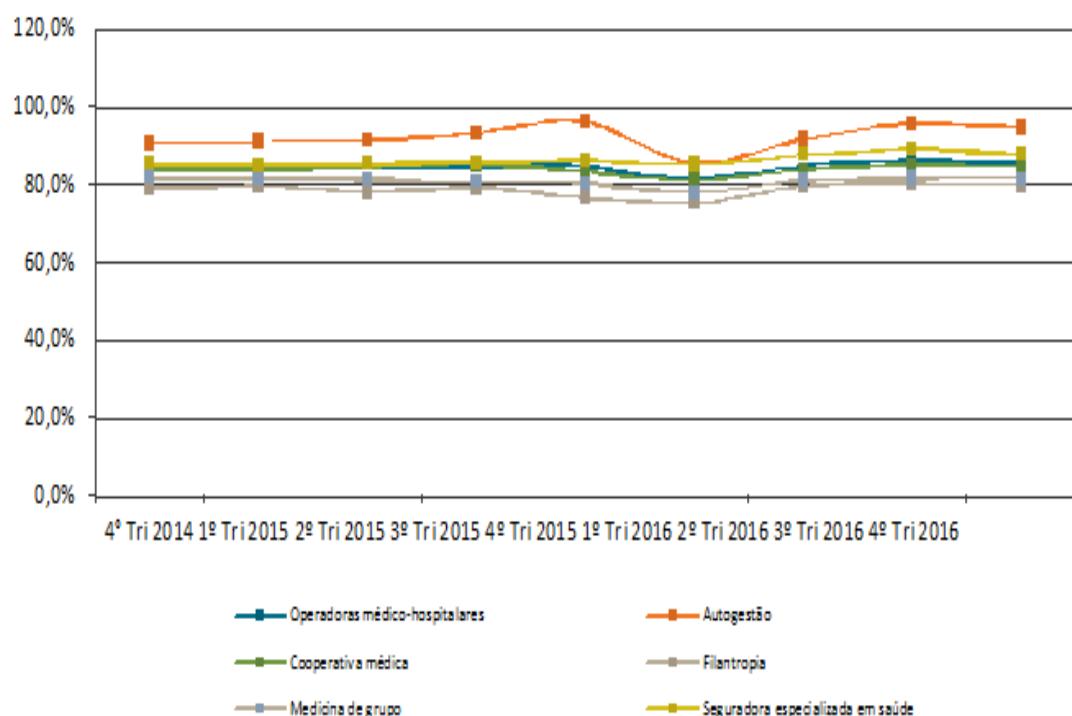
Houve uma diminuição significativa no índice de beneficiários dos planos individuais. Ao mesmo tempo, na maioria das modalidades de operadoras de planos de saúde, somente na modalidade cooperativa, houve um crescimento, pois as operadoras de grande porte têm deixado de comercializar esse tipo de plano, devido aos reajustes serem regulamentados pela ANS. Isso tem trazido transtornos aos usuários que não possuem vínculo com nenhuma organização, tornando-se um empecilho para que tenham um plano, já que sua comercialização está cada vez mais rara pelas operadoras. Em levantamento realizada pelo jornal O Globo, as operadoras de plano de saúde Alianz, Amil, Amico, Bradesco Saúde, Dix, Golden Cross e Sulamérica afirmaram que comercializam somente planos coletivos (O GLOBO, 2016).

Ainda segundo essa reportagem, os planos coletivos sofrem os reajustes atribuídos à questão da sinistralidade com índices muito superiores à inflação do período, repassados aos consumidores, conforme análise de especialistas, em entrevista do Diretor do Procon da cidade de Vitória da Conquista, no Estado da Bahia:

-Código de defesa do consumidor que estabelece o direito do consumidor estabelece que a empresa não pode passar os riscos do negócio para o consumidor, então, já é uma crítica que pode ser feita nesse ponto de vista também, o prestador de serviço, ele que tem que arcar com os riscos do negócio, não o consumidor e eles infelizmente colocam ai nessa formula, né, o quanto foi utilizado durante o ano e inclusive é uma das consequências negativas disso tudo também é que tão acabando com os planos de saúde individuais (...). Hoje, pra você conseguir uma empresa que preste esse tipo de serviço, é muito difícil. (Diretor: Procon -VC).

A taxa de sinistralidade pode ser definida como a relação entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras, expressa em porcentagem. A Figura 5 apresenta a taxa de sinistralidade obtida pelas operadoras de planos coletivos no período entre 2014 e 2016. Os índices ultrapassam os 80%.

Figura 5 – Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares por modalidade de operadora de 2014 a 2016.



Fonte: DIOPS/ANS/MS – 12/2016- Caderno de Informação da Saúde Suplementar - ANS- março/2017.

Outra grande falha de regulação do sistema do setor de saúde suplementar consiste no fato de as informações e dados referentes à utilização dos planos pelos usuários, que são a base para determinar a sinistralidade, pertencerem apenas às

operadoras de saúde e não sofrerem nenhuma fiscalização por parte da ANS, conforme pode ser visto em entrevista de seu representante :

A diretoria de fiscalização não analisa reajustes de contrato desse ponto de vista, se o reajuste aplicado foi em função da utilização do que a operadora informou está correto ou não. Nós, a diretoria de fiscalização não se envolve em processo de reajustes a não ser quando depois que é divulgado os índices de reajustes aprovados pela agência etc., os usuários reclamam (nos planos individuais) que os reajustes aplicados estão errados essa é a função da diretoria de fiscalização e não verificar se o que a operadora aplicou de reajuste está condizente com aquilo que ela precisava isso não é nossa competência. (Cargo: Especialista em Regulação em Saúde 2)

Recentemente, o Ministério Público de São Paulo abriu inquérito, para verificar irregularidade da Unimed Fesp, que estaria apresentando contas médicas em duplicidade, para justificar os reajustes atribuídos à sinistralidade nos planos coletivos por adesão, firmados entre a operadora e a Caixa de Assistência dos Advogados de São Paulo-Caasp. Somente foi possível verificar essa inconsistência devido a uma auditoria externa, realizada pela Administradora Instituto Brasileiro de Benefícios para Cooperativas e Associação (IBBCA), (ESTADÃO, 2016).

Os dados relativos aos reajustes atribuídos à sinistralidades pertencem apenas às operadoras de planos e saúde e são apresentados às empresas contratantes que, muitas das vezes, não dispõem de conhecimento técnico necessário, para realizar uma auditoria, de modo a verificar sua veracidade. Em entrevista, o representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) mostra isso:

Assim o nosso posicionamento de maneira geral é no sentido de que realmente existir regulação de reajuste pra contrato coletivo e mais do que isso, você precisa ter algumas ação mais assertiva da agência com relação à sinistralidade as empresas, não as operadoras de planos de saúde, mas as empresas precisam ter acesso, consumidor também, acho muito interessante o fato de algumas empresas estavam pedindo algumas informações aqui no Idec em que elas não têm acesso à taxa de sinistralidade delas, [...] você já consegue muita coisa, colocando, por exemplo, obrigações de transparência com relação à taxa de sinistralidade dentro das empresas e por favor fixação de um teto para reajuste coletivo, já passou da hora da agência fazer um teto pra coletivo, não precisa ser necessariamente igual do individual, mas tem que ter minimamente um limite, porque a gente percebeu que essa falha regulatória, essa omissão regulatória, ela está levando a situações abusivas, assim, não é abusivo médio, é um abusivo muito grande de reajuste da ordem de mil por cento (Cargo: Pesquisadora –Idec).

O Instituto de Defesa do Consumidor defende que ANS passe a regulamentar os reajuste, estabelecendo limites e uma metodologia que traga maior transparência nos dados que integram os reajustes relativos à sinistralidade, conforme se observa durante a entrevista com seu representante:

Você já consegue muita coisa colocando, por exemplo, obrigações de transparência com relação à taxa de sinistralidade dentro das empresas e, por favor, fixação de um teto para reajuste coletivo, já passou da hora da agência fazer um teto pra coletivo, não precisa ser necessariamente igual do individual, mas tem que ter minimamente um limite, porque a gente percebeu que essa falha regulatória essa omissão regulatória, ela está levando a situações abusivas, assim, não é abusivo médio, é um abusivo muito grande de reajuste da ordem de mil por cento. (Cargo: Pesquisadora-Idec).

Nesse prática adotada pela ANS, novamente, cabe questionar a ausência do interesse em regulamentar esse tipo de reajuste seja impondo-lhe limites, seja fiscalizando a forma como é determinado e repassado pelas operadoras aos planos de saúde coletivos.

Os reajustes atribuídos à cláusula de sinistralidade são motivo de judicialização. Pesquisa apresentada pelo Instituto de Defesa do Consumidor, realizada entre os anos de 2005 e 2013, apurou 118 casos, nos diversos tribunais de justiças do país, nos quais foram identificadas ações questionando os reajustes de planos coletivos impetradas pelo consumidor, que variavam entre 11,78% e 538,27%. As decisões proferidas a favor do consumidor pelos magistrados representam 82% dos casos, devido, em sua maioria, ao fato de as operadoras não conseguirem comprovar as sinistralidade que levaram aos reajustes (Idec, 2016).

O Procon, órgão responsável pela defesa dos consumidores e que recebe suas demandas em seus conflitos com as operadoras, também afirma que o índice de judicialização aumentou:

O Procon é ele como único órgão de defesa e proteção ao consumidor a gente tem uma variedade de reclamações muito grande, inclusive, em face dos planos de saúde, é a maioria dos casos infelizmente a grande maioria estava indo pro judiciário, porque assim a gente é um órgão administrativo, a gente não tem como estabelecer um reajuste naquele contrato, a gente pode até remediar um acordo, pode aplicar uma sanção administrativa nos casos que têm abuso, né, mas assim o poder é jurisdicional, de jurisdição, pra poder de imediato cláusula e tudo mais infelizmente a gente não tem então a gente, mas assim o que a gente tem feito muito é tentar intervir administrativamente aplicando sanções administrativa, multa naqueles casos que a gente individualmente que há abusos, né, normalmente o consumidor vem, a gente troca informação, a

gente analisa o contrato, né, manda notificação pra empresa, tem então o acordo, quando, na maioria das vezes, não tem essa disponibilidade pra fazer acordo, aí a gente aplica a sanção administrativa, é a forma que a gente tem procedido, pra tentar pressionar, né, essas empresas a diminuir esses abusos coletivos. (Cargo: Diretor – Procon -VC).

A atuação discreta da ANS em relação aos reajustes de planos de saúde coletivo permite que as distorções do mercado, que deixam os usuários extremamente vulneráveis, sejam mascaradas, criando um problema para a sociedade, conforme afirma o especialista Scheffer ao site de economia do IG, 2015:

A judicialização é um termômetro que ANS não considera e ela é crescente. Há uma subnotificação que subvaloriza o problema da saúde suplementar no Brasil, que é controlada por poucos e grandes grupos empresariais. O problema dos planos de saúde está pulverizado pela sociedade e fica difícil perceber o universo de distorções do setor. A ANS deveria atuar mais fortemente, mas não vemos isso, infelizmente.

A posição da ANS em não regulamentar os reajuste de planos coletivos e de permitir reajustes abusivos torna a judicialização o único caminho viável, para solucionar o conflito em relação aos reajustes dos planos coletivos.

O Ministério Público de São Paulo entrou com ação civil pública, com o objetivo de obter a anulação da cláusula que tratava do aumento devido à sinistralidade de todos os contratos da operadora de plano de saúde Amil. Em decisão, o juiz considerou nulas as cláusulas referentes à sinistralidade, determinou que fossem retiradas de todos os contratos coletivos e condenou a operadora a restituir os valores recebidos (MPSP, 2017).

Em outra ação, em Alagoas, o ministério ingressou com uma ação civil pública contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 7 de abril de 2016, com o objetivo de questionar os aumentos abusivos das mensalidades dos planos de saúde coletivos, bem como obrigar a ANS a cumprir seu dever de regulamentar os planos de saúde no que diz respeito aos reajustes das mensalidades. Em decisão proferida, foi apurada a omissão da ANS em relação à lei de criação 9.961/00:

Quando se trata de planos de saúde coletivos, a ANS descura dos encargos previstos nos artigos 3º e 4º, mormente quanto aos incisos XVII e XXI, no que tange aos reajustes e outras questões, tais como a evolução dos preços de planos de assistência à saúde e seus prestadores de serviços. (MPF/AL, 2016).

Conforme relatam as pesquisas desenvolvidas por Scheffer e Bahia (2015, p. 36), algumas situações sugerem a captura da ANS pelas operadoras de saúde, resultante de sua influência no cenário público, que pode explicar a resposta estratégica de omissão adotada pela ANS:

A “captura” da ANS pelo mercado, por meio da ocupação de cargos na agência, pode ser um dos fatores responsáveis pela fraca atuação e fiscalização do órgão regulador ou pela edição de normas favoráveis às empresas de planos de saúde. Um exemplo: as já mencionadas resoluções da ANS nº 195 e 196, de 2009, legitimaram as administradoras de benefícios e permitiram a expansão de planos de adesão, o que beneficiou diretamente a empresa Qualicorp, financiadora das eleições de 2010 e 2014, com doações mais substantivas para a candidatura da presidente eleita Dilma Rousseff. A Qualicorp também indicou o diretor-presidente da ANS que, após cumprir dois mandatos à frente da agência, retornou ao comando da empresa.

## 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O campo de saúde suplementar é permeado por diversas lógicas que influenciam e orientam a ação dos participantes. A lógica de mercado das operadoras de saúde, por considerar o lucro, torna-se antagônica à lógica do consumidor que se orienta pela busca de serviços de qualidade e valores compatíveis com sua renda. A lógica dos órgãos de defesa do consumidor visa resguardar o direito do consumidor, enquanto a lógica profissional do prestador serviços busca a remuneração condizente. Todas essas lógicas concorrem entre si.

Assim, as múltiplas lógicas concorrentes que influenciam o campo de saúde suplementar exercem pressão sobre a regulação do setor. A ANS, por sua vez, responsável por essa regulação, responde estrategicamente, buscando atender aos interesses públicos, regulando e ajustando as práticas às regras estabelecidas no ambiente institucional

Conforme sugerem Pache e Santos (2010), as respostas institucionais são estabelecidas mediante a priorização de uma determinada lógica em detrimento de outras. O resultado depende da pressão com que o ator impõe sua lógica sobre os demais participantes. Observando o campo de saúde suplementar, conforme os dados coletados e as opiniões apresentadas em entrevista, as operadoras de planos de saúde têm imposto aos demais participantes sua lógica de mercado, que privilegia os resultados econômico-financeiros no processo de reajuste aos planos coletivos e têm conseguido, graças à legitimidade que a Agência de saúde Suplementar (ANS) atribui às práticas atuais, mesmo com os demais participantes do campo saúde suplementar (Idec, Procon, Consumidores, Ministério Público) sendo contrários a elas.

Greenwood (2011) ressalta que alguns atores organizam-se em grupos e tornam-se mais poderosos do que outros dentro do campo. Isso pode ser verificado no campo de saúde suplementar em relação às operadoras que, ao se organizarem, tornam-se mais fortes, influenciando as respostas institucionais da ANS, resultantes das pressões advindas das múltiplas lógicas. A ANS tem beneficiado os interesses das operadoras, uma vez que não fiscaliza os reajustes aplicados aos planos coletivos nem cria regulamentação que determine os índices máximos que podem ser aplicados aos planos coletivos. Sugere, ainda, a prevalência e o reconhecimento da lógica de mercado nessa questão.

Ainda conforme Thornton e Ocasio (1999), as lógicas institucionais podem ser definidas como padrões históricos de práticas e pressupostos, valores, crenças e regras socialmente construídas pelos indivíduos. As práticas legitimadas e estabelecidas pelos participantes do campo constituem os elementos que compõem a lógica que orienta os atores. Portanto, a prática adotada e legitimada pela ANS sugere vir da lógica do mercado que orienta as ações das operadoras, que buscam obter lucratividade cada vez maior, conforme demonstram os dados apresentados, prevalecendo a lógica de mercado em detrimento da lógica dos demais participantes.

Oliver (1991) afirma que as organizações respondem às pressões institucionais de formas diferentes e podem, em determinadas ocasiões, ter interesse em atender uma lógica em detrimento de outra, gerando a necessidade de formular estratégias de evasão, desafio, manipulação, aceitação ou compromisso.

No presente estudo, verifica-se, pelos dados apresentados, a estratégia adotada pela ANS de omitir-se em relação aos reajustes de planos de saúde coletivo. A agência não se comporta passivamente frente às pressões, o que não poderia sugerir a adoção da estratégia institucional de aceitação ou compromisso, nem, tampouco, sugere a estratégia de manipulação, pois não necessita manipular os demais participantes do campo devido a sua posição regulatória e à lógica que orienta suas ações, mas, sim, conforme sugere Oliver (1991), a estratégia de evasão, que configura a proposição deste estudo, baseia-se na tentativa organizacional de evasão da necessidade de conformidade. Nessa perspectiva, organizações atingem seus objetivos, camuflando sua não conformidade às pressões institucionais ou esquivando-se das regras e expectativas institucionais. As organizações ainda podem criar procedimentos e ações somente com o fim de responder a requisitos institucionais, disfarçando, assim, a intenção de não implementá-los.

Assim, conforme a tipologia de Oliver(1991), sugere que a ANS com relação aos reajustes de planos de saúdes coletivos, utiliza a resposta estratégica de evasão por meio da tática de afrouxamento na relação estabelecidas com as operadoras, pois mesmo tendo o dispositivo Legal 9.961/00, que determina, nos artigos 4, a atribuição de fiscalizar e limitar os reajustes de planos de saúde, para todas as modalidades não o faz. Dessa forma, permite que as operadoras atuem conforme lhes for conveniente em relação aos reajustes atribuídos à sinistralidade

dos planos coletivos, sem que haja nenhuma interferência, fiscalizadora sobre os valores definidos, nem que haja limites máximos aos índices de reajustes atribuídos aos planos coletivos

## 7. CONCLUSÃO

A análise e discussão realizadas permitiram evidenciar as múltiplas lógicas conflitantes que permeiam o campo da saúde suplementar e influenciam as práticas desenvolvidas em relação aos reajustes de planos de saúde coletivos e a percepção dos atores em relação às práticas atuais, que não atendem aos interesses da maioria dos atores, mas apenas aos interesses das operadoras de saúde suplementar.

A análise dos dados coletados permitiu verificar que as operadoras de planos de saúde estabeleceram um mercado peculiar, com regras multifacetadas e práticas altamente lucrativas, provenientes dos índices de reajuste de preços atribuídos a sinistralidade muito altos, podendo chegar a 538,27%, conforme dados apurados na coleta.

Outro fator importante observado na coleta de dados é o regramento unilateral das operadoras, pois as informações atribuídas a sinistralidade dos planos de saúde coletivos pertencem apenas as operadoras. No que tange à apresentação dos dados que configuram o aumento atribuído a sinistralidade dos planos de saúde coletivos, não há transparência nem metodologia clara na composição. Tampouco existe fiscalização por parte da ANS, apenas um monitoramento dos índices, fazendo com que as empresas que contratam os planos tenham dificuldade em confirmar se as informações apresentadas configuram com a realidade da utilização dos planos.

Como resultado das lacunas deixadas pela omissão da ANS em relação à regulamentação dos reajustes de planos coletivos, passou a ocorrer o aumento da judicialização da questão nos tribunais de todo o país, como única forma disponível para solucionar o conflito entre operadora e usuário.

Embora os outros atores do campo - Idec, usuários, Ministério Público e PROCON - coloquem-se contrários às práticas impostas pelas operadoras, elas são legitimadas pela ANS, já que essa não estabelece dispositivo regulatório que determine um índice máximo para reajuste. Como resposta estratégica institucional, a ANS demonstra omissão e não cumpre sua atribuição, estabelecida em lei, em relação aos reajustes de planos coletivos. Esse procedimento sugere que a ANS apresenta a estratégia institucional de evasão.

Este trabalho procurou analisar a resposta estratégica institucional desenvolvida pela ANS como resultado às pressões exercidas pelos atores do campo. Verificou-se que as operadoras exercem pressão sobre todos eles, fazendo prevalecer a sua lógica, em relação aos reajustes de planos coletivos. As práticas que são estabelecidas atualmente no campo de saúde suplementar em relação aos reajustes de planos de saúde contribuem para que as operadoras obtenham lucros cada vez maiores, o que sugere que a lógica de mercado proveniente deste ator prevalece sobre a lógica dos demais participantes.

O argumento central para justificar a atitude da ANS é que os valores são estabelecidos em uma livre negociação entre empresas e operadoras, havendo uma prevalência da lógica de mercado. O escopo das relações estabelecidas no campo de saúde suplementar não deve ser confinado apenas a uma orientação estritamente econômica, já que esse campo tende a suprir uma necessidade do usuário de atendimento e manutenção da vida. O desempenho econômico não pode ser a única orientação para definir as práticas adotadas nos reajustes dos planos de saúde coletivos.

Nesses aspectos, a ANS passa a ter uma atuação fraca, já que foi constituída, para defender os interesses públicos e promover a mediação dos conflitos, porém tem permitido que prevaleça a lógica de mercado, conforme evidenciam os dados coletados na investigação empírica.

O problema de pesquisa centrou-se na identificação da estratégia institucional empregada pela ANS em face ao contexto das práticas de reajustes de planos coletivos, avaliando o impacto dessa estratégia sobre os atores no campo organizacional, os resultados sugerem que diversas lógicas disputam a orientação da agência reguladora.

O presente estudo analisou os dados coletados, a fim de responder à seguinte pergunta: quais são as estratégias institucionais adotadas pelas ANS no campo de saúde suplementar, em relação aos reajustes de planos de saúde coletivos?

Pode-se afirmar que os resultados aqui apresentados são sugestivos para responder à pergunta da presente pesquisa e sugere a conclusão de que a ANS adota a evasão como resposta estratégica, mostrando-se inerte frente às pressões e expectativas institucionais da maioria dos atores do campo, afrouxando as relações e cedendo à pressão do ator central – as operadoras de planos de saúde, que

impõem aos demais participantes do campo sua lógica de mercado, para alcançar seu objetivo de lucratividade maior nas práticas de reajustes de planos coletivos.

### **7.1 Contribuições**

A contribuição desta pesquisa acadêmica consiste em subsidiar, com informações teóricas e empíricas, estudantes, pesquisadores, usuários de planos de saúde e todos que se interessam pelos estudo do campo de saúde suplementar, a fim de que possam compreender melhor como o setor se organiza e como a agência de saúde suplementar interfere nos reajustes dos planos de saúde coletivos. Contribui ainda no entendimento das respostas estratégicas institucionais e como podem se apresentar, em campos com múltiplas lógicas, por meio da aplicação da tipologia de Oliver (1991), compreendendo a relação do ambiente com as respostas organizacionais.

### **7.2 Limitações da Pesquisa**

O presente estudo apresentou limitações. Devido ao curto espaço de tempo para a realização desta pesquisa, somente foram contemplados os seguintes atores: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e operadoras de planos de saúde. Estudos futuros poderiam contemplar os atores do poder público, como prefeituras e órgãos do próprio governo, que podem influenciar as respostas estratégicas da ANS.

### **7.3 Sugestões de Pesquisas Futuras**

Como sugestão de estudos futuros, propõe-se que seja realizado um estudo que contemple a análise das respostas estratégicas institucionais com base na tipologia de Oliver (1991) em outros, de campos institucionais diversos que se assemelham em conflitos, ou seja, de múltiplas lógicas e que sejam regulamentados por agências reguladoras, com objetivo de verificar se há prevalência de uma ou mais lógicas dominantes, como ocorre no presente estudo.

## REFERÊNCIAS

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar- Quem somos. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 18 de set. 2016a.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar- Reajustes de preços de planos de saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude>>. Acesso em: 13 de nov. 2016b.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar- Reajustes de preços de planos de saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3853-ans-atualiza-dados-do-setor-2>>. Acesso em: 15 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar, dezembro de 2016f.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar, março de 2017e.

\_\_\_\_\_. Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar- 4º tri 2015, ANS, 2017g.

\_\_\_\_\_. Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar- 4º tri 2016 ANS, 2017h.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Lisboa, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.656, de três de junho de 1998 a. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de qualificação de a saúde suplementar: qualificação das operadoras. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2011.

BARLEY, S. R.; TOLBERT, P. S. Institutionalization and Structuration: Studying the Links between Action and Institution. **Organization Studies**, v. 18, n. 1, p. 93-117,

Jan. 1997.

BATTILANA, J.; DORADO, S. Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations. **Academy of Management Journal**, 6, 1419- 1440, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.

DIMAGGIO, P.J.; POWELL, W.W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**. v.48, p.147-160, 1983.

DUNN, M. B.; JONES, C. Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967-2005. **Administrative Science Quarterly**, 55(1), 114-149, 2010.

FERREIRA, E. F. C. et al. Governança Corporativa na Saúde Suplementar: Estudo de Caso em uma Operadora de Plano de Saúde. **Pensamento & Realidade. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração** -, v. 29, n. 3, p. 21, jan. 2015.

FRIEDLAND, R.; ALFORD, R.R. Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions. In: POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: University of Chicago Press, p.232–263.1991.

GUARIDO FILHO, E. R. **A construção da Teoria Institucional nos Estudos Organizacionais no Brasil**:O período 1993 – 2007. Tese (Doutorado em Administração)Centro de Pesquisa e Pós Graduação em Administração da Universidade Federal do Paraná. 2008.

GAMARRA, N. P. T.; PEREZ, F. F. Câmara de Saúde Suplementar: apontamentos a partir das contribuições de Georg Simmel. **Saúde Sociedade**. vol.23 no.2 São Paulo Abr./Jun 2014.

GARCIA, P. L. et al. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares. **Rev. Ciência saúde coletiva**, vol.20 no.5 Rio de Janeiro. Maio 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GODOY, A. S. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, Mar./Abr. 1995.

GONÇALVES, C. A., MEIRELLES, A. M. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. Ed: Atlas,2004, São Paulo, 2004.

GOODRICK, E., REAY, T. Constellations of Institutional Logics: Changes in the

Professional Work of Pharmacists. **Work and Occupations**, 38, 372-416, 2011.

GOODRICK, E.; SALANCIK, G. R. Organizational Discretion in Responding to Institutional Practices: Hospitals and Cesarean Births. **Administrative Science Quarterly**, 41(1), 1-28, 1996.

GREENWOOD, R.; HINNINGS, R. Understanding Strategic Change: The Contribution of Archetypes. **Academy of Management Journal** 36 (5): 1052–1081, 2006.

GREENWOOD, R.; RAYNARD, M., K. F.; LOUNSBURY, M. **Institutional Complexity & Organizational Responses**. The Academy of Management Annals, 5, 2011

GUIMARÃES, J. Planos de Saúde por Adesão tiveram reajuste até três vezes acima da inflação. **R7**, 29 de fev. 2016. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/economia/planos-de-saude-por-adesao-tiveram-reajuste-ate-tres-vezes-acima-da-inflacao-29022016>>. Acesso em: 02 de fev. de 2017.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As Três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n.58, 2003.

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Disponível em: <[http://www.idec.org.br/uploads/revistas\\_materias/pdfs/189-pesquisa-planos-s1.pdf](http://www.idec.org.br/uploads/revistas_materias/pdfs/189-pesquisa-planos-s1.pdf)> Acesso em: 14 mar. 2017a.

\_\_\_\_\_-Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Disponivel em :<<https://idec.org.br/em-acao/revista/por-tras-dos-precos/materia/saude-no-e-o-que-interessa>>. Acessado em : 22 nov 2017b.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo. Atlas, 1991.

LAWRENCE, T. B. Institutional strategy. **Journal of Management**, v. 25, n. 2, p. 161-188, mar./abr. 1999.

LOUNSBURY, M. A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in the Professionalizing of Mutual Funds. **Academy of Management Journal**, 50(2), 289- 307, 2007.

MATAIS, A; FORMENTI, L. A ANS dá benefícios em cascata para operadoras. **Estadão**, 18 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ans-da-beneficios-em-cascata-para-operadoras,10000016951>> Acesso em: 5 de dez. de 2016.

MEYER, J.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony. **Academy Journal of Sociology**, v. 83, n. 2, p. 340-363, 1977.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

MORETTI, S. L. A.; FEIO, M. A. C. B. N. Inovação e desenvolvimento de serviços: um estudo de caso no setor de saúde suplementar. **Revista Alcance**, v. 21, n. 3, p. 538-562, 2014.

MPF/AL-Ministério Público Federal de Alagoas. MPF/AL ajuíza ação contra ANS e operadoras de planos de saúde. Disponível em:< <http://www.mpf.mp.br/al/sala-de-imprensa/noticias-al/mpf-al-ajuiza-acao-contra-ans-e-operadoras-de-planos-de-saude-em-razao-de-aumentos-abusivos>> Acessado em: 10/out/2016.

MPSP-Ministério de Públco de São Paulo Disponivel em: <[http://www.mppsp.mp.br/portal/page/portal/procuradoria\\_interesses\\_difusos\\_coletivos/Noticias/MP%20obt%C3%A9m%20senten%C3%A7a%20que%20pro%C3%ADbe%20Amil%20de%20aplicar%20reajuste%20por%20sinistralidade%20em%20contratos%20coletivos](http://www.mppsp.mp.br/portal/page/portal/procuradoria_interesses_difusos_coletivos/Noticias/MP%20obt%C3%A9m%20senten%C3%A7a%20que%20pro%C3%ADbe%20Amil%20de%20aplicar%20reajuste%20por%20sinistralidade%20em%20contratos%20coletivos)>. Acessado em: 10/11/2017.

NASCIMENTO, B. Ministério da Justiça quer Mudar as Regras para Planos de Saúde. **O Globo**, 09 de setembro de 2015. Disponível em:<<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/ministerio-da-justica-quer-mudar-as-regras-para-planos-de-saude-17436321>> Acesso em: 10 de dez. de 2016.

NUNES, E.; RIBEIRO, L. M.; PEIXOTO, V. **Agências reguladoras no Brasil**. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Org.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. São Paulo: Editora Unesp, 2007.

OLIVER, C. Strategic responses to institutional process. **Academy of management Review**, v. 16, n. 1, 1991.

PACHE, A. C.; SANTOS, F. When worlds collide: The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands. **Academy of Management Review**, 35(3), 455-476, 2010.

PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS.2006/ 2008. Brasília, DF: OPAS, 2009.

PÓ, M. V. Institucionalidade e desafios da regulação na área da saúde no Brasil. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Ed. CEBES, p. 243-266, 2011.

POWELL, W. W. Expanding the scope of institutional analysis. In: POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1991. P. 183-203.

REAY, T.; HININGS, C. R. Managing the rivalry of competing institutional logics.

**Organization Studies**, Pag.: 629-652, 2009.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 471-487, 2012.

SCHEFFER, M; BAHIA,L. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. Relatório de Pesquisa, 25 de fev.2015. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>> Acesso em: 08/10/2017.

SCOTT, J. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade**.20 (2), p.71-99, 1995.

SCOTT, W. R. **Institutions and organizations**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2001.

\_\_\_\_\_. **Institutions and organizations: ideas and interests**.3<sup>a</sup> ed. Sage Publications, Londres, 2008.

\_\_\_\_\_. Reflections: The Past and Future of Research on Institutions and Institutional Change, **Journal of Change Management**, Vol.10, Nº 1, 5-21, Mar, 2010.

SELZNICK, P. **Leadership in administration**. Evanston, IL: Row, Peterson and Company, 1957.

SESTELO, F.A.J; SOUZA, F. P. E., BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública** vol.29 no.5, Rio de Janeiro, Mai, 2013.

SILVA, L.K; RODRIGUES, T, A. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde Sociedade**. vol.24 supl.1 São Paulo Abr/Jun 2015.

TEIXEIRA, M. Cresce Número de reclamações contra planos de saúde coletivos na justiça. **IG São Paulo**, 27 de janeiro de 2015. Disponível: <<http://economia.ig.com.br/empresas/2015-01-27/cai-o-numero-de-reclamacoes-de-planos-de-saude-a-ans-mas-sobe-na-justica.html..>> Acesso em: 10 de dez. de 2016.

THORNTON, P. H; OCASIO, W. Institutional Lógics and the historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958–1990.' **American Journal of Sociology** 105 (3): 801–843, 1999.

THORNTON, P. H. The rise of the corporation in a craft industry: Conflict and conformity in institutional logics. **Academy of Management Journal**, 45, 81-101, 2002.

\_\_\_\_\_. **Markets from culture**: Institutional logics and organizational decisions in higher education publishing. Stanford, CA: Stanford University Press, 2004.

THORNTON, P.; OCASIO, H. W.; LOUNSBURY, M. **The institutional logics perspective**. John Wiley e Sons, Inc., 2012.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. Institutional sources of change in the formal structure of organizations: the diffusion of civil service reform, 1880-1935. **Administrative Science Quarterly**, v. 28, n. 1, p. 22-39, 1983.

VIANNA, C.M.M. O Impacto das Ações da ANS no Mercado Operador. In: CASTRO, A. J. W.; MONTONE, J. *Regulação & saúde*, v. 3, t. 1: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: ANS, 2004

VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mitemismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciênc. SaúdeColetiva**, vol.13, n.5, pp.1579-1588. 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO, C. Jr. A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 37, p. 216-221, 2013.

ZUCKER, L. G. The role of institutionalization in cultural persistence. **American Sociological Review**, v. 42, n. 5, p. 726-743, 1977.

## APÊNDICE I

### **Roteiro 1 de entrevista** – Roteiro de entrevista para representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar

1. Como a ANS age em relação aos reajustes dos planos coletivos por adesão?
2. Por que ANS decidiu não controlar os reajustes de planos de saúde coletivos?
3. A ANS não considera a hipossuficiência do indivíduo que se junta aos planos de saúde por adesão?
4. Qual a avaliação da ANS do processo de judicialização em relação aos reajustes de planos de saúde coletivo?
5. Como é realizada a fiscalização das operadoras de planos de saúde em relação aos reajustes? Existe algum acompanhamento dos índices aplicados nos reajustes dos planos coletivos?
6. A ANS pode ou se propõe a aplicar algum tipo de sanção às operadoras que realizaram reajustes abusivos?
7. Qual o nível de influência do governo federal nas decisões da ANS nos procedimentos e práticas internas em relação à regulação do setor?
8. Como os órgãos de defesa do consumidor exercem pressão e intervêm no processo de regulamentação dos reajustes de planos coletivos? Como essas pressões afetam as ações da ANS?

9. Como os beneficiários exercem pressão e intervêm no processo de regulamentação dos reajustes de planos coletivos? Como essas pressões afetam as ações da ANS?

10. Com o judiciário exerce pressão e intervêm no processo de regulamentação dos reajustes de planos coletivos? Como essas pressões afetam as ações da ANS?

11. Como os prestadores exercem pressão e intervêm no processo de regulamentação dos reajustes de planos coletivos? Como essas pressões afetam as ações da ANS?

12. Como as operadoras exercem pressão e intervêm no processo de regulamentação dos reajustes de planos coletivos? Como essas pressões afetam as ações da ANS?

13. A ANS fiscaliza ou somente acompanha as operadoras em relação os dados que compõe os reajustes de planos coletivos atribuídos a sinistralidade?

## APÊNDICE II

**Roteiro 2 de entrevista** – Roteiro de entrevista para entidades de defesa do consumidor

1. Como avalia as ações da ANS na regulação dos reajustes de planos de saúde coletivo por adesão?
2. Em sua opinião, quais razões levam a ANS a adotar a posição de não controlar os reajustes de planos de saúde coletivos?
3. Em sua opinião, quais ações deveriam ser adotadas pela ANS na regulação dos reajustes?
4. Você tem conhecimento de algum indicativo de reclamações de usuários sobre os reajustes dos planos de saúde coletivos?
14. Como sua instituição intervém na regulação dos planos de saúde coletivos?
5. Você consegue intervir no processo de regulamentação com sugestões, utilizando alguma ferramenta disponibilizada pela ANS?
6. Como você considera a judicialização dos reajustes de planos de saúde coletivos?

## APÊNDICE III

### **Roteiro 3 – Roteiro de Entrevista para Representante de Operadora de Plano de Saúde**

1. Como as operadoras observam o mercado de saúde suplementar em relação aos planos coletivos ?
2. Como você avalia as ações da ANS na regulação dos reajustes de planos de saúde ao consumidor?
3. Quais as ações das operadoras junto à Ans no que tangem à regulamentação dos reajustes de planos de saúde coletivos?
4. Como as operadoras estabelecem os reajustes aos planos de saúde coletivos repassados aos beneficiários? E, especificamente, por adesão?
5. A ANS estabelece algum tipo de controle das ações realizadas pelas operadoras em relação aos reajustes?
6. Como as operadoras lidam com as pressões recebidas dos outros atores do campo em relação aos reajustes?
7. Como as operadoras respondem as relações dos beneficiários em relação aos reajustes?
8. Como as operadoras lidam com a judicialização de questões referentes a reajustes de planos de saúde coletivos?
9. Como as operadoras informam as empresas contratantes os dados referentes aos reajustes atribuídos a sinistralidade?

10. As operadoras são auditadas pela ANS sobre os dados referentes as informações que compõe os reajustes atribuídos a sinistralidade dos planos coletivos?