



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE**

MARIANA GOMES RODRIGUES

Rio de Janeiro,

Abril de 2015.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIANA GOMES RODRIGUES

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Verônica Paulino Cruz

Rio de Janeiro,

Abril de 2015

MARIANA GOMES RODRIGUES

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Verônica Paulino Cruz
(NUPPII/ESS-UFRJ)**

**Avaliadora: Prof.^a Mestre Elaine Martins Moreira
(ESS-UFRJ)**

**Avaliadora: Prof.^a Dr.^a Maria Magdala Vasconcelos de Araújo Silva
(NUPPII/ESS-UFRJ)**

À minha família, com amor.

AGRADECIMENTOS

À minha família, que sempre me apoiou na realização dos meus sonhos, com muito amor e bons conselhos.

Ao Colégio Pedro II, instituição que me proporcionou grandes aprendizados e amizades sinceras.

À minha orientadora, Verônica Paulino da Cruz, pela sua dedicação, paciência e apoio, peça fundamental no despertar da minha jornada acadêmica.

À Ana Carolina Lima, Camila Rebouças, Jéssica Rocha, Landa Mendes, Laisa Maia, Mary Hellen Carvalho, Laura Barbosa e Vanessa Jardim, presentes em forma de amizade que a UFRJ me deu, por acreditarem em mim quando nem eu mesma acreditava.

Ao Projeto de Extensão Assessoria Via Extensão Universitária da ESS/UFRJ, pelo aprendizado e importância da extensão na formação dos alunos.

Ao NUPPII/ESS/UFRJ, pelas reuniões e debates sempre enriquecedores.

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq, por ter financiado minha bolsa de pesquisa no Projeto intitulado “As Condições de Desenvolvimento do Capitalismo Sul-Americano a partir da Análise dos Marcos Regulatórios de Brasil e Argentina”.

À Márcia Vivas, Suely Dias, Claudia Fanelli e Eliane Coimbra, pela ética e empenho na minha supervisão de estágio, com carinho e sabedoria.

“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso, eu amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo, que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.” (Paulo Freire)

RESUMO

RODRIGUES, M. G. **A Participação da Sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar: uma Análise da Atuação do Conselho Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O presente estudo analisa a atuação do Conselho Nacional de Saúde na Câmara de Saúde Suplementar, mecanismo de participação social da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Câmara é um órgão institucionalizado de participação da sociedade na ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões. Dessa forma, analisamos a contribuição dos atores sociais participantes da Câmara, com ênfase na participação dos representantes do Conselho Nacional de Saúde.

O referencial teórico foi construído com base nas teorias democráticas contemporâneas e suas várias vertentes. A pesquisa é baseada em uma metodologia de caráter qualitativo, na qual a principal fonte de dados é uma seleção de atas das reuniões da Câmara, desde a criação da agência reguladora até os dias atuais.

Entre as principais conclusões, destaca-se que o Conselho Nacional de Saúde na Câmara teve um desempenho satisfatório, tendo o mesmo realizado com esforços a defesa do SUS e também, embora com menor comprometimento, da Saúde Suplementar. Todavia, há que se reconhecer a necessidade de ampliação tanto do comprometimento quanto da qualificação dos agentes responsáveis pela representação dos interesses citados, posto que o ambiente em que atuam é competitivo e muitas vezes é a sua ausência ou a sua inércia que favorecem o argumento dos interesses privados no setor de saúde suplementar, em detrimento dos usuários e trabalhadores da saúde no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: participação social; agências reguladoras; saúde suplementar.

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
OPS	Operadoras de Planos de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 TEORIAS DEMOCRÁTICAS E PARTICIPAÇÃO	15
2.1 TEORIAS DEMOCRÁTICAS	15
2.2 PARTICIPAÇÃO	22
3 REGULAÇÃO NO BRASIL	26
3.1 SAÚDE NO BRASIL	26
3.2 MARCOS REGULATÓRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR	30
4 A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA ANS	33
4.1 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	33
4.2 OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	35
5 A CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	43
5.1 UMA ANÁLISE DO MECANISMO DE PARTICIPAÇÃO	43
5.2 O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	46
5.2.1 Fase I - 1998 a 2000	48
5.2.2 Fase II - 2004 a 2007	57
5.2.3 Fase III - 2011 a 2014	60
6 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

A década de 1990 no Brasil foi um período de grandes transformações no cenário político, econômico e social do país. Nesse cenário, segundo ANUATTI-NETO (2005), no período de 1991 a 2001 o Estado brasileiro privatizou mais de cem empresas estatais, através de leilões que geraram US\$67,9 bilhões em receitas. De acordo com MAJONE (1999), a transferência da atividade de provisão dos bens públicos para a iniciativa privada provocou para o Estado, a necessidade de supervisionar a produção e a distribuição desses bens, caracterizando a ascensão do “Estado regulador”. Esse período ficou conhecido como Reforma do Estado, e foi caracterizado pela busca da eficiência estatal, através de ações regulatórias.

De acordo com CRUZ (2007), a reforma regulatória, um braço da reforma administrativa pela qual passou o Estado brasileiro, iniciada na década de 1990 tem como principal eixo a criação das agências reguladoras autônomas, que incorporam novos atores à arena regulatória e também novos padrões de interação entre os agentes públicos e privados, além de novos mecanismos de controle público e social. Conforme sustenta MELO (2002), as agências reguladoras são o símbolo da substituição do modelo de auto regulação, por departamentos de ministérios gestores, para o modelo de regulação por agência independente.

Na área da saúde são criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa em 1999 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 2000. Para ALVES (2008), estas agências reguladoras representariam a busca de maior eficiência estatal, sendo dotadas de poderes tais como fiscalização, punição, repressão, resolução de conflitos etc. Nesse processo estão

envolvidos atores públicos e privados, que possuem demandas e interesses legítimos e ao mesmo tempo divergentes e conflituosos.

Tendo em vista que a criação das agências reguladoras caracteriza uma forma de administração pública inovadora e ainda recente, o estudo acerca das mesmas é fundamental. Com efeito, este trabalho se deterá a participação da sociedade nessas agências. A análise de concentrará em analisar um dos mecanismos de participação social dentro da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a câmara de saúde suplementar – CAMSS. A Câmara é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

Dessa forma, iremos analisar a atuação do Conselho Nacional de Saúde na CAMSS da ANS.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde e tem caráter permanente e deliberativo. O CNS possui comissões responsáveis pelas diversas áreas de atuação, e tem uma comissão voltada para a regulação em saúde suplementar, sendo esta chamada de Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar – CISS.

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art. 197, CF88).

Sendo assim, o objetivo geral deste trabalho é analisar a atuação do Conselho Nacional de Saúde na Câmara de Saúde Suplementar da ANS. E são objetivos específicos desse trabalho:

- a) Apresentar o funcionamento geral da Câmara de Saúde Suplementar da ANS;
- b) Avaliar a relação do CNS com outros órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde, tais como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS dentro da CAMSS;
- c) Verificar se o CNS tem atuado conforme os princípios do SUS;

A pesquisa é baseada em uma metodologia de caráter quantitativo e qualitativo. A principal fonte de dados são as atas das reuniões da CAMSS. A partir das 81 atas disponíveis no site da ANS, foram escolhidas aleatoriamente 45 atas para serem analisadas, sendo divididas em três fases da Câmara: a fase inicial de 1998 a 2000, a fase intermediária de 2004 a 2007 e a última fase de 2011 a 2014. O objetivo desta divisão é observar três fases distintas da CAMSS, tendo em vista que as pautas discutidas nas reuniões da Câmara são reflexos dos temas que estão presentes na agenda regulatória de saúde suplementar no Brasil, e estão submetidos a mudanças em decorrência da mudança de gestão, conjuntura política e reivindicações da sociedade.

A escolha pela análise de um mecanismo de participação social dentro de uma Agência Reguladora está pautada na notável expansão das operadoras de planos de saúde (OPS) no Brasil. E, tão importante quanto o número de operadoras neste mercado em ascensão é o número de

beneficiários desses planos. Segundo dados do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS em Setembro de 2014, 50.619.350 usuários, recorreram aos planos privados para obter serviços de saúde, este número corresponde a aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população total do país, o que é um contingente bastante expressivo.

Esta parcela significativa da sociedade brasileira, usuária dos serviços prestados pelas OPS, é um fator indicativo da necessidade de mais análises sobre a atuação da sociedade civil em uma agência reguladora, pois as consequências das normas produzidas, bem como das decisões tomadas no âmbito desta Agência tem consequências diretas na vida da população. Tendo em vista, que há uma diversidade de interesses envolvidos (agentes públicos, trabalhadores da área de saúde, donos de hospitais, operadoras, médicos, pacientes, técnicos, laboratórios e etc.), a urgência de defesa das demandas e direitos dos usuários desses serviços e, sobretudo, devido ao permanente conflito entre os agentes do mercado e usuários de serviços prestados.

A escolha do tema também está vinculada a inserção na pesquisa: “As Condições de Desenvolvimento do Capitalismo Sul-Americano a partir da Análise dos Marcos Regulatórios de Brasil e Argentina”, coordenada pela Prof.^a Dra. Verônica Cruz, na qual participo desde 2012. A pesquisa proporcionou a aproximação com a temática Regulação em Saúde, na qual pretendo aprofundar meus estudos acadêmicos.

Com efeito, este trabalho de conclusão de curso é resultado do esforço de relacionar a minha aproximação com a temática saúde suplementar com a minha formação no curso de Serviço Social. O serviço social é uma profissão

inserida no campo da saúde e por sua vez está inserido em diversos espaços sócio ocupacionais – públicos ou privados, tais como: unidades de saúde, gestão, planejamento, controle social etc. Desta forma, é importante o profissional de serviço social entender e se aproximar da atual conjuntura de saúde no Brasil, formada pelo SUS e pela saúde suplementar. Não pretende se aqui defender a saúde suplementar, mas sim estudá-la tendo em vista que é um espaço de atuação profissional e também um espaço de luta e enfrentamento na defesa do SUS.

Este trabalho estará dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresentará referências teóricas sobre o conceito de participação a partir das teorias democráticas do século XX. O segundo apresenta um breve panorama dos marcos regulatórios do Brasil, buscando situar o contexto da criação das agências reguladoras. O terceiro descreve brevemente os mecanismos de participação da sociedade disponíveis no interior da ANS e desenvolve análise se detendo essencialmente no funcionamento da Câmara de Saúde Suplementar. O quarto é voltado para a análise da atuação do CNS, através das atas das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar E por fim, concluímos com considerações a partir dos resultados obtidos.

2 TEORIAS DEMOCRÁTICAS E PARTICIPAÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um breve panorama sobre a participação através da análise de autores da Teoria Democrática Contemporânea. Tendo em vista a diversa gama de autores que discutiram essa temática, foram selecionadas as perspectivas teóricas de Joseph Schumpeter (1984), Robert Dahl (2002), Nicos Poulantzas (1985) e Carole Pateman (1992). Sobre as experiências de democracia participativa em alguns países do Hemisfério Sul, utilizaremos as análises de Santos e Avritzer. Em seguida, iremos apresentar a concepção de participação segundo um autor brasileiro, Pedro Demo, a partir de sua obra *Participação é Conquista* de 2009.

2.1 TEORIAS DEMOCRÁTICAS

Joseph Schumpeter, economista austríaco, foi o autor que apontou a necessidade de se revisar a teoria clássica da democracia, defendida por Rousseau¹, e em sua obra *Capitalismo, socialismo e democracia* (1943) apresentou a teoria revisada. Schumpeter apresentou a democracia como um arranjo institucional, onde líderes rivais disputam a preferência do povo no direito de governar. Para o autor, os únicos a participarem integralmente de todas as fases do processo de disputa são as elites. E ao povo é reservado o papel de discutir e votar, para escolher, dentro desse grupo de elite, os mais qualificados para ocuparem os cargos políticos (apud ALVES 2008, 41-43).

¹ Sobre teoria clássica democrática em Rousseau ver ROUSSEAU, J.-J., *The Social Contract*, trad. Cranston, M., Penguin Books, 1968.

A teoria desenvolvida por Schumpeter questionou preceitos fundamentais da teoria clássica democrática, como o conceito de vontade popular claramente definida, defendida por Rousseau, onde “cada um de nós coloca a sua pessoa e todo o seu poder em comum sob a direção suprema da vontade geral e, na nossa capacidade coletiva, recebemos cada membro como uma parte indivisível do todo” (ROUSSEAU, 2002, p.25). Schumpeter afirmava que nas sociedades de massa, os indivíduos são manipulados e portanto, as decisões não correspondem ao ideal de democracia. Por isso, ele defende a existência de competição por parte das elites pelo voto da população (apud ALVES, 2008, 41-43).

De forma resumida podemos apontar os principais pontos da teoria schumpeteriana: i) compreensão da democracia como método político, desvinculado de qualquer finalidade; ii) competição das elites pela liderança como característica distintiva da democracia; iii) identificação de apenas dois canais de participação dos cidadãos - discussão e voto para escolha dos representantes (apud ALVES, 2008, 41-43).

Outro autor que discutiu a democracia foi Robert Dahl. Em sua obra *Poliarquia* (1972) defendeu um modelo de democracia baseado em um Estado neutro que tem como função promover a conciliação dos interesses da sociedade a partir da lógica de mercado.

De acordo com Dahl (1972) a Poliarquia é a forma de democracia que se apresenta na contemporaneidade, pois a democracia é uma utopia não alcançada. O autor aponta oito garantias institucionais presentes na poliarquia: a) liberdade de formar e se integrar a organizações; b) liberdade de expressão; c) direito de voto; d) elegibilidade para cargos políticos; e) direito de líderes

políticos competirem por meio da votação; f) fontes alternativas de informação; g) eleições livres e idôneas, e h) existência de instituições que garantam que as políticas governamentais dependam de eleições e de outras manifestações de preferência da população.

Para Dahl (1972), a Poliarquia é o sistema político das sociedades industriais modernas, com forte descentralização do poder, no qual as decisões essenciais são tomadas a partir de uma livre negociação entre pluralidades de grupos autônomos e concorrentes, todavia correlacionados por um acordo mínimo sobre as regras do jogo social e político. (apud CREMONESE 2009). A teoria defendida por Dahl ficou conhecida como teoria democrática pluralista.

Dando continuidade ao panorama de autores que estudaram a democracia contemporânea, iremos apresentar algumas considerações sobre a concepção de democracia participativa.

A concepção de democracia participativa emerge na segunda metade do século XX, em um contexto de intensa mobilização dos movimentos sociais na Europa. Esse modelo de democracia se contrapõe ao modelo hegemônico de democracia representativa. O grande diferencial do modelo democrático participativo é que nessa perspectiva o cidadão tem papel ativo no processo de construção política.

Entretanto, o modelo participativo de democracia enfrenta alguns limites dentro da sociedade capitalista, pois a expansão da participação dos cidadãos pode abalar o equilíbrio do sistema democrático que sustenta a reprodução do capital. (apud ALVES, 2008, 47 -48). As análises de alguns autores contribuem para o entendimento do modelo democrático participativo, tais como Nicos Poulantzas e Carole Pateman.

A proposta de democracia participativa defendida por Poulantzas tem origem no seu distanciamento das ideias defendidas pelo leninismo², ou seja, Poulantzas reconhece que a ditadura do proletariado não representa um caminho democrático de defesa dos direitos e liberdade dos cidadãos. Dessa forma, o autor busca uma via democrática para o socialismo real, defendendo um modelo de democracia participativa que fosse ao mesmo tempo diferente da social democracia e do socialismo real. (apud ALVES, 2008, 49-50)

Segundo SCHWARTZENBERG (1979), Poulantzas acredita que os teóricos elitistas, que vão de consonância com a concepção hegemônica de democracia representativa, querem esconder a centralidade do poder da classe dominante, a partir de uma perspectiva de análise que afirma que o poder político do Estado é neutro. Para o autor é fato que os dirigentes políticos reproduzem os interesses da classe dominante, ou seja ou donos dos meios de produção (apud CREMONESE 2009).

A ideia central da teoria de Poulantzas é a defesa da construção de uma democracia representativa alheia aos moldes burgueses, de forma a não representar uma estratégia de domínio dessa burguesia sobre os demais cidadãos. (apud ALVES, 2008, 49-50)

O autor acredita em uma democracia representativa que possua um sistema de representação com mandatos livres, articulando a democracia representativa e a democracia direta. Este acredita na construção de um modelo socialista democrático, diferente do modelo baseado na ditadura do proletariado, que congregue ao mesmo tempo, a transformação do Estado e

² Sobre o leninismo ver Sobre os fundamentos do Leninismo em J.V. Stálin – Obras – 6º vol., Editorial Vitória, 1954 – traduzida da edição italiana da Obras Completas de Stálin publicada pela Edizioni Rinascita, Roma, 1949.

uma ampla participação da sociedade. Esta ampla participação dos cidadãos deve difundir a democracia em todas as instâncias de poder, gerando um amplo movimento das massas populares em todos os setores – estudantes, trabalhadores etc. (apud ALVES, 2008, 49-50)

Outra autora que apresenta sua contribuição acerca da democracia participativa é Paterman. Em sua obra *Participation and Democratic Theory*, escrita em 1970, reconhece a contribuição de Rousseau sobre a democracia participativa e afirma que os teóricos contemporâneos esqueceram a verdadeira ideia de participação idealizada e defendida pelos teóricos clássicos. (apud ALVES, 2008, 49-50)

A análise de Paterman foi baseada no modelo industrial no contexto das democracias modernas. A escolha pela indústria se deu por considerá-la o centro das relações capitalistas, e como tal o local para desenvolver melhor a habilidade dos cidadãos de participar dos processos macros de tomada de decisão. Segundo a autora, a noção de uma sociedade participativa exige que o alcance do termo político seja ampliado para cobrir esferas exteriores ao governo nacional, sendo a indústria a área mais política de interação dos indivíduos comuns. Seu trabalho objetiva estabelecer uma conexão entre participação nos locais de trabalho e seu impacto na participação na esfera política nacional. (apud ALVES, 2008, 49-50)

Paterman traz como consequências dessa democracia industrial a diminuição das iniquidades econômicas, e, por conseguinte, uma maior igualdade social. Segundo a autora, se as desigualdades no poder de decisão forem abolidas, haverá conseqüentemente o enfraquecimento da existência de

justificativa para outras formas de desigualdade econômica. (apud ALVES, 2008, 49-50)

Para a teoria de Pateman é preciso levar a democracia à vida cotidiana das pessoas nos mais diferentes âmbitos, tornando estas politicamente mais responsáveis, ativas e comprometidas, estimulando-as a construir um maior grau de consciência em relação aos interesses dos grupos. Tal perspectiva reconhece a existência da pluralidade de interesses nos espaços políticos. (apud CREMONESE, 2009)

Tal teoria critica a democracia com seus instrumentos procedimentais. Não basta o comparecimento às urnas a cada dois, três ou quatro anos, como a única e quase exclusiva atividade que cabe ao cidadão comum em uma democracia ou procedimento de escolha de lideranças que devem conduzir os complexos assuntos públicos das sociedades modernas. São necessárias atividades mais comprometidas, que estabeleçam a democracia direta em diversas esferas e atividades. Devem-se maximizar as oportunidades de todos os cidadãos intervirem, eles mesmos, na adoção das decisões que afetam suas vidas, em todas as discussões e deliberações que levem à formulação e instituição de tais decisões (apud CREMONESE 2009).

Acerca do debate sobre a democracia participativa nos países do hemisfério sul, tais como: Portugal, Brasil, Colômbia, Índia, Moçambique e África do Sul, apresentaremos a análise de Boaventura de Souza Santos a partir de sua obra *Democratizar a democracia* (2002).

A partir da análise dos supracitados países, Santos e Avritzer (2002) indicam três teses que visam o fortalecimento da democracia participativa. A primeira apresenta a defesa do conceito de *demodiversidade*, ou seja, o

reconhecimento de formas múltiplas de democracia. Esse conceito tem como ideia central o fortalecimento das diversas formas de participação dentro da democracia, através da abertura do sistema político a novas formas de participação, inspiradas nas experiências recentes de democracia participativa.

A segunda tese tem como pressuposto o fortalecimento da articulação contra hegemônica entre o local e o global, ou seja, novas experiências de participação local, que vão de encontro ao modelo hegemônico democrático devem ser expandidas e utilizadas como referências e inspirações para outros países.

A terceira tese está baseada na necessidade de se ampliar as experiências exitosas na democracia. Segundo o autor, “experiências bem sucedidas se originaram de novas gramáticas sociais, nas quais o formato da participação foi sendo adquirido experimentalmente, sendo saudável para a democracia participativa a multiplicação desse experimentalismo” (2002, p.77-78).

Para Santos e Avritzer, as teses apresentadas acima representam um debate que gira em torno da coexistência e complementaridade. A coexistência, é observada em maior parte nos países centrais, significa uma convivência em níveis diversos, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação de desenho institucional. E a complementariedade, que surge nos países periféricos e semiperiféricos, requer uma articulação mais profunda entre as duas formas de democracia, pois exige do governo o reconhecimento de que o procedimentalismo participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte do processo de

representação e deliberação, tais como concebidos no modelo hegemônico de democracia (apud ALVES, 2008).

A luz das análises dos autores, Brasil e Índia foram apontados como os países que mais demonstraram potencialidade de democracia participativa. A seguir apresentamos um panorama da experiência brasileira de construção democrática.

A perspectiva teórica de Pateman é muito elucidativa aos analisarmos outros espaços que deveriam ser mais “democratizados”, tais como as universidades. Porém, até que ponto a universidade é um espaço de construção coletiva e igualitária? Ou seja, quais são as possibilidades de democracia participativa nos espaços que estamos inseridos?

Neste estudo, iremos analisar a Câmara de Saúde Suplementar, e pontuar quais as possibilidades concretas de participação dentro de um mecanismo de participação social na ANS.

2.2 PARTICIPAÇÃO

A análise deste estudo será baseada na teoria de democracia participativa apresentada anteriormente, porém se faz necessário conceituar o que entendemos por participação e como ela se dá. Nessa sessão iremos utilizar os conceitos discutidos pelo autor Pedro Demo em sua obra *Participação é conquista* de 2009.

Segundo Demo, a participação é uma conquista por representar um processo, que se encontra em constante mudança. Para o autor, não existe

participação suficiente e nem acabada. Dessa forma não deve ser entendida como uma concessão ou algo preexistente.

Para Demo, há *uma tendência histórica a dominação*, onde há um lado minoritário comandando e outro majoritário sendo comandado. A participação não é algo naturalmente existente, e

Tais considerações nos levam a afirmar que não é realista apresentar a falta de espaço de participação como problema em si. Na verdade, é apenas ponto de partida, porque disto partimos, ou seja, por tendência histórica, primeiro encontramos a dominação, e depois, se conquistada a participação. Dizer que não participamos porque nos impedem, não seria propriamente o problema, mas precisamente o ponto de partida. (DEMO, 2009, p. 19)

Demo aponta para a participação como um instrumento, como uma ferramenta metodológica. E para entendermos aonde se quer chegar através da participação, o autor estabeleceu sete principais objetivos da mesma:

a) Autopromoção: Entende-se por autopromoção o objetivo da política social centrada nos próprios interesses, atendendo suas demandas de forma autônoma sem estar submetido ao assistencialismo, aos efeitos residualistas, compensatórios e emergenciais. Desta forma, a participação se configura como um mecanismo de conquista dos interesses concretos dos envolvidos no processo. Porém a autopromoção enfrenta a questão socioeconômica central nas Políticas Sociais;

b) Realização da cidadania: Uma sociedade com cidadania deve estar organizada através de direitos e deveres reconhecidos. Sendo assim, construindo um cidadão consciente e participante, que ao vislumbrar injustiças, sabe propor estratégias de reação com vistas ao alcance de um Estado harmônico;

c) Implementação de regras democráticas de jogo: A participação deve ser entendida como exercício democrático, com o objetivo de formar verdadeiros cidadãos, que discutam e participem ativamente do processo político. Para Demo é através dela que: *“aprendemos a eleger, a deseleger, a estabelecer rodízio no poder, a exigir prestação de contas, a desburocratizar, a forçar os mandantes a servirem a comunidade e assim por diante”* (DEMO, 2009, p. 71);

d) Controle do poder: O controle do poder deve ser realizado pela base, e não somente por leis e decretos. Uma das formas mais utilizadas de controle do poder é o voto, porém se faz necessário que a sociedade exerça outras formas, mais efetivas de controle, como a rede de organização da sociedade civil. Dessa forma, o controle se torna algo cotidiano e mais consciente;

e) Controle da burocracia: Uma sociedade organizada e participativa é fundamental no combate da burocratização presente em diversas instâncias dos serviços públicos. E desta forma, cidadãos organizados são capazes de reivindicar, pressionar e mudar os modelos baseados na burocracia, pois os serviços públicos, e em consequência, a burocracia pública é mantida com o trabalho dessa sociedade, que por isso tem direito – e vai exigí-lo – ao atendimento de qualidade. Porque,

A qualidade da burocracia tem sua origem própria pressão democrática organizada dos interessados. Burocracia que se preza, não funciona. Burocracia que funciona à risca, chama-se operação-tartaruga. Burocracia não funciona por vocação, mas por pressão (DEMO, 2009, p. 76).

f) Negociação: Em uma sociedade democrática estão presentes conflitos e divergências que devem ser constantemente negociados. Para o autor: *“Negociação significa o tratamento de divergências sobre o pressuposto de*

oportunidade equalizadas” (DEMO,2009, p.77). O objetivo não é acabar com as divergências e conflitos, mas sim acomodá-las em patamares onde sejam possíveis a convivência e a realização dos interesses dos envolvidos. Para

DEMO:

É preciso aprender a ceder e até mesmo a perder. É preciso não tomar a ideologia alheia como matéria necessária de destruição, como se a única ideologia possível e inteligente fosse a nossa. É preciso admitir os outros como reais parceiros, não somente como clientela, como obstáculo, como objeto. É preciso o respeito a regras comuns de jogo, as quais os dois lados se submetem, ou mudam por acordo mútuo (DEMO, 2009, p. 77).

g) Cultura democrática: Ao lado do objetivo denominado controle do poder, a cultura democrática seria o objetivo fundamental da participação. A cultura democrática não seria apenas a construção de uma ideologia, mas sim de uma regra da vida, como valor comum, como modo de ser. E nesse ambiente não é tolerável qualquer forma de desigualdade, sendo essa de níveis de salários, famílias em pobreza extrema ou criminalidade urbana. Para Demo, “a democracia torna-se cotidiana” (DEMO, 2008, p. 79).

3 REGULAÇÃO NO BRASIL

O presente capítulo apresenta um panorama sobre a saúde no Brasil, o processo de reforma do Estado e por consequência a criação das agências reguladoras no país.

3.1 SAÚDE NO BRASIL

O Brasil viveu vinte e um anos de governos militares e autoritários, esse período foi chamado de ditadura militar e ocorreu entre os anos de 1964 e 1985 no país. Esses anos foram cenários de fortes repressões dos movimentos sociais, como a extinção dos mecanismos democráticos de representação política, tal qual o fechamento do Congresso Nacional em 1968 e 1977 e a suspensão das garantias civis e das eleições para presidente da República (apud ALVES, 2008).

Em contraponto, o Brasil viveu uma época de grande crescimento e desenvolvimento econômico, porém com aprofundamento das desigualdades sociais. Esse período ficou conhecido como milagre econômico. Todavia, com o fim deste período de crescimento, o país viveu uma crise econômica que teve repercussões na legitimidade do modelo ditatorial (apud ALVES, 2008).

A sociedade brasileira encontrava-se insatisfeita e demandava mudanças nas ações do Estado, através da implementação de políticas sociais que atendessem as necessidades sociais e rompesse com o modelo ditatorial baseado no clientelismo e paternalismo, que cerceavam a participação dos cidadãos nas decisões políticas. (apud ALVES, 2008).

Desta forma, a partir da década de 1970, o processo de democratização brasileira se iniciou com a reabertura política e a extinção dos governos

militares, ditatoriais e centralizadores. Esse movimento foi cenário da articulação de diversos atores sociais, dos movimentos sociais urbanos e dos chamados novos movimentos sociais, em luta pelo reconhecimento de direitos sociais e culturais modernos: raça, gênero, sexo, qualidade de vida, meio ambiente, etc. Foi nessa atmosfera que os movimentos sociais se expandiram e novas formas participativas e autônomas em relação ao Estado surgiram. Nessa conjuntura há a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF88), que ficou conhecida como Constituição cidadã, por incorporar novos elementos culturais da sociedade, abrindo espaço para a prática da democracia participativa (apud ALVES, 2008). Um dos artigos centrais da CF88 é o artigo 14 que diz: “A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, nos termos da lei”. Esse artigo é o reflexo da retomada do ideal participativo pelo Estado brasileiro, abrindo espaço para práticas da democracia participativa.

Uma forma de participação que tem destaque nesse período no Brasil é o orçamento participativo. Segundo Santos: *“uma primeira forma bem sucedida de combinação entre elementos da democracia representativa e da participativa.”* Para o autor: *“O orçamento participativo é uma política participativa em nível local que responde a demandas dos setores desfavorecidos por uma distribuição mais justa dos bens públicos nas cidades brasileiras”*. Nesta política participam atores sociais, membros de associações de bairro e cidadãos comuns nos processos de decisão. Em um primeiro momento a participação dos interessados ocorre de forma direta e no segundo momento há a criação de um conselho de delegados (AVRITZER, 2002, p. 576).

O orçamento participativo pode ser considerado uma das formas de participação possíveis a partir dos conceitos de complementariedade e coexistência apresentados na sessão anterior.

Com efeito, a década de 1980 representou um momento único na história da saúde no Brasil, a partir do surgimento de novos atores sociais que buscavam a ampliação dos direitos da sociedade. O movimento conhecido como reforma sanitária tinha proposições concretas, tais como:

A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde. (Documento FIOCRUZ, 1998).

A reforma sanitária difundiu um ideário de ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, através de uma nova ética profissional, com a criação de mecanismos de participação dos usuários na gestão de recursos e controle social sobre este novo sistema. Apontou, ainda, três aspectos fundamentais: um conceito ampliado de saúde, o entendimento de saúde como um direito de cidadania e a reformulação do sistema nacional de saúde.

Segundo BRASIL:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde" (Brasil, 1987).

Outra noção que pertencia ao ideário da reforma sanitária é a de aproximação da saúde do princípio de cidadania plena, que reconhece o direito

igual a todos os cidadãos, independentemente de serem ou não contribuintes do sistema previdenciário, de terem acesso a bens e serviços de saúde de forma universal.

Sendo assim os desdobramentos do movimento de Reforma Sanitária a partir dos anos 1970 até parte dos anos 1990 expressou-se em uma proposta propositiva de formulação e implementação de um Sistema Único de Saúde, demonstrando grande avanço na saúde brasileira, tendo em vista os princípios de universalidade, equidade/igualdade e integralidade, através da Hierarquização do Sistema e das ações e serviços de saúde; a descentralização da Gestão, Ações e Serviços; a Participação da população na definição da política de saúde; o Controle Social da Implementação da política de saúde e a Autonomia dos Gestores (gestão Única em cada esfera de governo com a utilização de Plano e Fundo de Saúde para a gestão dos recursos orçamentários, financeiro se contábeis). Apontando o deslocamento teórico do tema saúde do campo biológico para o campo político e histórico da construção dos direitos.

Conseqüentemente, a saúde passa a ser concebida como direito adquirido e expresso na Constituição de 1988, constituindo-se em direito social e de cidadania assim como dever político do Estado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Artigo 196 da Constituição Federal/88)

O Sistema Único de Saúde conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado pelos princípios da universalidade, igualdade e integralidade da assistência, promulgado através da Lei 8.080/90.

Com efeito, o modelo de saúde brasileiro tem sido configurado através de um *mix entre o público e o privado*. Desta forma, se faz necessário entendermos como surge a saúde privada, ou suplementar no país.

3.2 MARCOS REGULATÓRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Nesta sessão iremos utilizar as análises de autores como Cruz e Ramalho (2010), Freitas (2011) et al.

Os serviços privados de assistência à saúde, atualmente os planos de saúde, emergem no Brasil na década de 1960. No que tange a sua regulação, em 21 de novembro de 1966, o Estado passa a regular as operações de seguros, através do Decreto-Lei nº 73 que instituiu o seguro-saúde para a cobertura da assistência médica, subordinando o mercado de seguros às disposições desta Lei.

Este mesmo Decreto-Lei institui o Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP) que era formado, dentre outros organismos, pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). O CNSP era quem normatizava as atividades deste mercado no Brasil. A ele cabia fixar diretrizes e normas da política de seguros privados no Brasil, além de regular, fiscalizar e aplicar as penalidades previstas.

Mais tarde, em 1988, é promulgada a nova Constituição Federal, assegurando em seu texto o direito à saúde. Embora o direito à saúde seja dever do Estado, ele permite que a iniciativa privada preste serviços de assistência à saúde. A CF/88 cria o SUS, tendo suas características definidas nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Por outro lado, a iniciativa privada, também presente nesta mesma Constituição Federal, não tem sua regulamentação definida logo em seguida, sendo necessários 10 anos de discussões e negociações, para que fossem formalizados os marcos da regulação e da regulamentação do mercado de saúde suplementar no Brasil.

Isto posto, sugere-se que a não regulamentação deste mercado em expansão, somada a uma construção lenta e precária do SUS - que o impossibilitou de prover a promoção e cuidados de saúde com qualidade para todos, induzindo parcelas cada vez maiores da população a buscar o preenchimento destas lacunas causadas pelas deficiências do Sistema, com as operadoras de planos de saúde -, fez com que o setor de saúde suplementar apresentasse na década de 90, diversos problemas e imperfeições que geraram conflitos entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários. A partir daí, diversos projetos de Lei a fim de intensificar a regulação deste setor, começaram a ser apresentados na Câmara dos Deputados. Porém, foi só em 1997 que o Congresso aprovou a primeira versão da Lei de Regulamentação dos Planos de Saúde e, depois de algumas alterações, no dia 3 de junho de 1998, a Lei nº 9.656/98 foi finalmente promulgada. Esta Lei dispunha sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelecendo os principais marcos da regulação da saúde suplementar, organizando as relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários. Cruz e Ramalho (2012) observam

que esta Lei possibilitou mudanças importantes no setor, mas que a maioria dos benefícios proporcionados pela nova regulamentação, ficou restrita aos planos registrados a partir de janeiro de 1999, ou seja, não garantindo os mesmos direitos aos beneficiários de planos anteriores à promulgação da Lei. Os autores salientam, ainda, que o mesmo acontece em relação aos planos coletivos e individuais. As ações regulatórias da ANS recaem muito mais sobre a segunda modalidade de planos, os individuais. O argumento utilizado pela Agência é que os planos coletivos não exigem uma regulação da mesma forma que os planos individuais, deixando livre a negociação de valores e contratos entre operadoras e empresas empregadoras. Ao fazer isso, a ANS fere a Lei que definiu sua criação já que,

De acordo com a interpretação dos órgãos de defesa dos usuários (Procons, Idec e Pro-teste) ao supor que há paridade de forças, não sendo, portanto, necessária a sua atuação, a ANS desrespeita a lei que definiu sua criação (Lei 9.961/00), e que determina como sua atribuição regular os planos de saúde, não fazendo qualquer distinção ou exceção quanto ao tipo de contrato - se coletivo, individual, antigo ou novo. (CRUZ e RAMALHO, 2010. In: 2012, p 98.)

Em 2000, a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro do mesmo ano, cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Vinculada ao Ministério da Saúde, tem como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. A ANS é uma autarquia com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das OPS. É função da ANS, além das acima mencionadas, controlar a relação das Operadoras com seus beneficiários consumidores, atribuindo direitos de ingresso no mercado e aplicando sanções cabíveis aos planos que, após o devido processo legal, não cumprir com suas exigências. Também cabe a ANS controlar o ressarcimento ao SUS realizado pelas operadoras pelos serviços de atendimento à saúde prestados aos seus consumidores.

4 A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA ANS

Neste capítulo apresentaremos a Agência Nacional de Saúde Suplementar e seus principais mecanismos de participação social, tendo em vista o objeto de estudo deste trabalho, a Câmara de Saúde Suplementar.

4.1 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

. A ANS é um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Tem por finalidade institucional “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar a saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país” (BRASIL, 2000)

As competências da ANS estão estabelecidas em sua lei de criação (9961/2000), no Art. 4º que diz:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

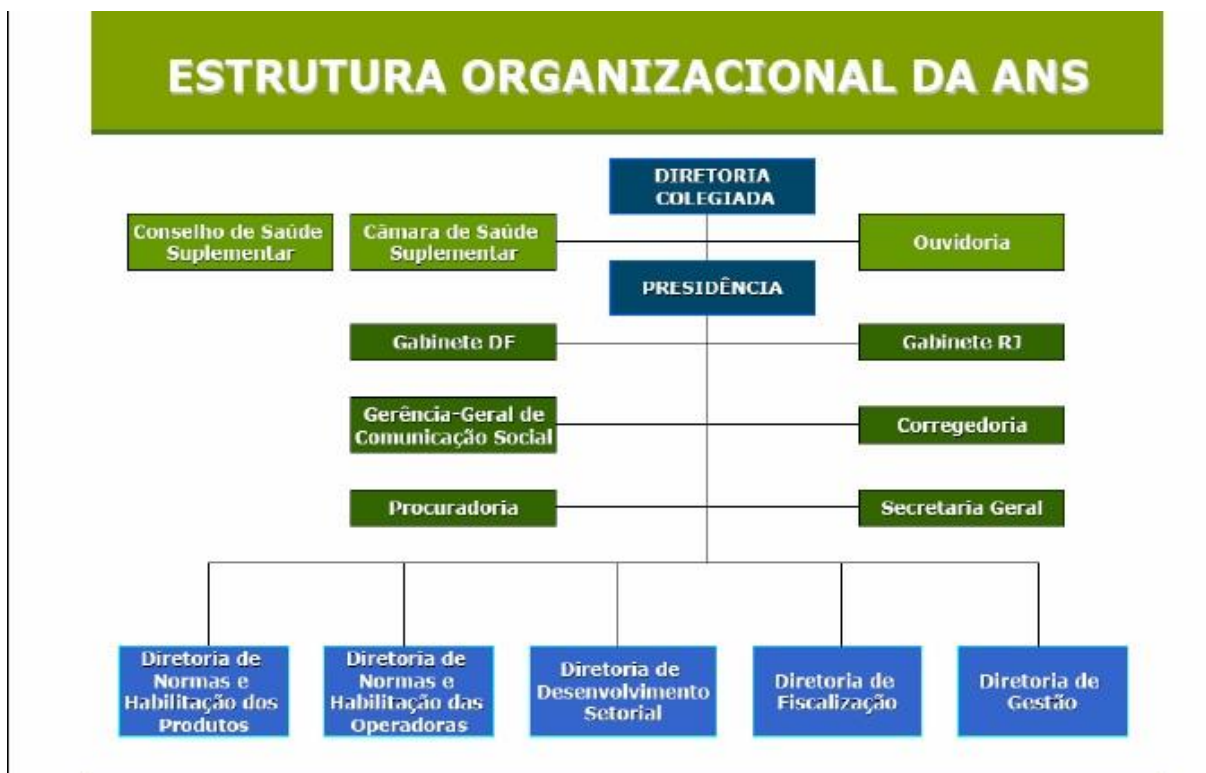
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;(BRASIL,2000) ³

A ANS é dirigida por uma Diretoria colegiada composta por até cinco diretores, sendo um deles, designado pelo Presidente da República para ser o diretor da agência por um prazo de três anos. A estrutura organizacional da agência:



Fonte: Site ANS

³ Para a lei completa acessar: ans.com.br

4.2 OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Nesta sessão iremos apresentar os principais mecanismos de participação institucionalizados pela ANS. Mecanismos de participação são instrumentos que tem como objetivo possibilitar a participação da sociedade em diferentes instâncias, possibilitando uma regulação mais transparente e democrática.

a) Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS

A CAMSS é um órgão permanente, de natureza consultiva, e permite a participação institucionalizada da sociedade. É formada por diversos atores da sociedade civil que tem interesses na área de saúde suplementar do país.

Segundo o Regimento Interno:

Art. 3º A Câmara de Saúde Suplementar será composta pelos seguintes membros:

I – pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II – por um Diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

III – por um representante de cada um dos seguintes Ministérios:

a) da Fazenda;

b) da Previdência e Assistência Social;

c) do Trabalho e Emprego;

d) da Justiça; e e) da Saúde;

IV – por um representante de cada um dos seguintes órgãos e entidades:

a) Conselho Nacional de Saúde;

b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;

c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;

d) Conselho Federal de Medicina;

- e) Conselho Federal de Odontologia;
- f) Conselho Federal de Enfermagem;
- g) Federação Brasileira de Hospitais;
- h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
- i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;
- j) Confederação Nacional da Indústria;
- k) Confederação Nacional do Comércio;
- l) Central Única dos Trabalhadores;
- m) Força Sindical;
- n) Social Democracia Sindical;
- o) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização; e

p) Associação Médica Brasileira;

V – por um representante de cada uma das entidades representativas dos segmentos:

- a) de autogestão de assistência à saúde;
- b) de medicina de grupo;
- c) de cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- d) de odontologia de grupo; e
- e) de cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;

VI – por dois representantes de cada uma das entidades representativas dos segmentos:

- a) de defesa do consumidor;
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; e
- c) de portadores de deficiência e de patologia especiais.

Suas principais atribuições são: a) discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõe o setor, b) colaborar para os resultados das Câmaras técnicas; c) auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar,

proporcionando a ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar a saúde no país; d) indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos, sugeridos pela Diretoria Colegiada. (Brasil, 2005c).

Caso as entidades não indiquem membros para a composição da Câmara, o Diretor- Presidente, de ofício, nomeará ocupante para a vaga. Os representantes dos órgãos de defesa do consumidor, da associação de consumidores de planos privados de assistência à saúde e das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais terão mandato de dois anos, não estabelecendo o Regimento Interno da CAMSS o mandato dos demais membros.

Os membros da CAMSS perderão o mandato caso deixem de comparecer injustificadamente a três reuniões ou seis intercaladas, no período de um ano. As justificativas devem ser apresentadas junto a Secretaria da CAMSS até 48h após as reuniões. (BRASIL, 2005C). O Regimento Interno prevê ainda a possibilidade de representantes de segmento da sociedade, participar das reuniões na condição de ouvinte, quando tenham relação com o tema que será abordado.

As reuniões da CAMSS estão previstas para serem realizadas mensalmente, sendo as pautas definidas sempre no final de cada reunião, com os temas a serem abordados na reunião seguinte.

b) Ouvidoria

A Ouvidoria da ANS possui dois campos de atuação: interno e externo. A Ouvidoria Interna é um canal à disposição do quadro funcional da Agência para se manifestar sobre o desempenho e o processo de trabalho da ANS. A Ouvidoria Externa é o canal de comunicação à disposição da sociedade para reclamar, elogiar, consultar e fazer sugestões sobre o desempenho e o processo de trabalho da Agência. A partir das manifestações dos consumidores e dos entes regulados, a Ouvidoria recomenda à ANS a correção de distorções, falhas, atos e omissões, buscando o aperfeiçoamento da atuação da Agência.

Entre as atribuições da Ouvidoria da ANS destacam-se: i) acompanhar e avaliar a atuação da ANS; ii) recomendar medidas para visando ao aprimoramento da Agência; iii) ouvir as reclamações relativas a infrações às normas de assistência suplementar; iv) receber denúncias de quaisquer violações de direitos individuais ou coletivos relacionados à assistência suplementar à saúde, bem como quaisquer atos de improbidade administrativa praticados por agentes ou servidores, vinculados ou não à ANS; v) promover ações para apuração das demandas recebidas, recomendando as providências para o atendimento das mesmas; vi) dar ciência ao Diretor Presidente e aos demais diretores da ANS de infringências de normas no âmbito da assistência suplementar à saúde; e vii) acompanhar e avaliar as atividades das ouvidorias das operadoras de planos de saúde.

A Ouvidoria possui um sistema eletrônico e através dele os diversos segmentos que são regulamentados pela ANS – consumidor, operadoras de

planos de saúde, gestores, prestadores de serviços de saúde e outros – podem enviar suas reclamações, sugestões, elogios ou consultas a ANS. Após o envio da manifestação é gerado um número de protocolo para que o peticionante possa acompanhar o andamento pelo próprio sítio da agência.

A agência também possui um Disque ANS 0800 701 9656, onde a sociedade também pode tirar dúvidas e realizar reclamações.

c) Câmaras e Grupos Técnicos

As Câmaras Técnicas surgem da necessidade de aprofundar a discussão de assuntos pertinentes à saúde suplementar. São grupos temporários compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da ANS, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos. As Câmaras Técnicas obedecem a um caráter formal, estabelecido em um regimento interno também aprovado pela Diretoria Colegiada.

Com estrutura e objetivos semelhantes, podem ser criados também Grupos Técnicos. Os grupos técnicos realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico. Por isso, não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica. As conclusões dos debates das Câmaras e Grupos Técnicos constituem importantes fundamentos para a elaboração da legislação.

A criação dessas câmaras técnicas e/ou grupos técnicos, normalmente, são demandas apresentadas nas reuniões da CAMSS. A partir da demanda de algum membro, ou algum tema pertinente a conjuntura do setor saúde suplementar.

d) Conselho de Saúde Suplementar – CONSU

É um órgão colegiado de deliberação, de natureza permanente, e tem por Finalidade “atuar na definição, regulamentação e controle das ações relacionadas com a prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico” (BRASIL, 1998b).

Segundo o regimento interno, compete ao Conselho de Saúde Suplementar:

I - regulamentar as atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde no que concerne aos conteúdos e modelos assistenciais, adequação e utilização de tecnologias em saúde;

II - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para fins do disposto na Lei 9656 de 03 de junho de 1998;

III - fixar as diretrizes para a cobertura assistencial;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - fixar, no âmbito de sua competência, as normas de fiscalização, controle e aplicação de penalidades previstas na Lei 9656 de 03 de junho de 1998;

VII - estabelecer normas para intervenção técnica nas operadoras; VIII - estabelecer as condições mínimas, de caráter técnico-operacional dos serviços de assistência à saúde; IX - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde; X - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas empresas de assistência médica suplementar, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde; XI - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões; XII - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistente;

São membros do CONSU: I - Ministro de Estado da Saúde; II - Ministro de Estado da Fazenda; III - Ministro de Estado da Justiça; IV - Superintendente

da SUSEP; V - Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde; VI - Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1998)

e) Audiências Públicas

A ANS realiza audiências públicas para ouvir a opinião da sociedade e dos agentes regulados sobre assuntos importantes para a regulação dos planos de saúde. As reuniões são divulgadas no site da ANS e pelo Diário Oficial da União (DOU). Após a audiência pública, é divulgado o Relatório de Audiência Pública (RAP). No ano de 2010, a Resolução Normativa 242 definiu os objetivos dos principais mecanismos de participação da sociedade, segundo seu Art. 2º:

São objetivos das consultas e audiências públicas e câmaras técnicas no âmbito do sistema de saúde complementar:

- I - recolher sugestões e contribuições para o processo decisório da ANS e edição de atos normativos;
- II - propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições;
- III - identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática;
- IV - dar maior legitimidade aos atos normativos e decisórios emitidos pela ANS; e
- V - dar publicidade à ação da ANS.

Em 2014, a Agência realizou suas primeiras Audiências Públicas, com os seguintes temas:

- Audiência Pública sobre a proposta da Consulta Pública 54, de Boas Práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde, ocorrida em 23/01/2014.

- Audiência Pública sobre Regulamentação da Lei nº 13.003, de 2014, que torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços de saúde, ocorrida em 11/11/2014. (Brasil, 2015)

f) Consultas Públicas

As consultas públicas são um mecanismo de caráter consultivo, aberto a sociedade, para discussão de temas relevantes para a saúde suplementar no país. As contribuições enviadas têm como objetivo fornecer subsídios para a formulação de normas que atendam aos interesses de todos os setores atuantes na saúde suplementar. Desta forma, espera-se tomar decisões mais democráticas e transparentes.

A Consulta Pública deve contar com a participação, tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade, como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado. Segundo o Art 5º, da RN 242 em seu caput:

Art. 5º A consulta pública será formalizada por meio de publicação no Diário Oficial da União – D.O.U. e divulgada no sítio da ANS na internet.

§ 1º A publicação de que trata o **caput** deverá conter:

I – o período de recebimento de sugestões e contribuições;

II – a forma do encaminhamento das sugestões e contribuições; e

III – a indicação do **link** no sítio da ANS na internet onde se encontra a minuta objeto da consulta pública e os demais documentos importantes para a sua apreciação.

§ 2º O período de consulta pública terá início 07 (sete) dias após a publicação de que trata o **caput** e terá duração de, no mínimo, de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado a critério da Diretoria Colegiada da ANS.

Desde a criação da Agências, em 1998 até o ano de 2014 já foram realizadas 56 consultas públicas.

5. A CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Neste capítulo nos deteremos à análise do mecanismo de participação através do autor Archon Fung, em sua obra intitulada *Varieties of Participation in Complex Governance* de 2006 e por último uma análise com ênfase na participação do Conselho Nacional de Saúde dentro da CAMSS.

5.1 UMA ANÁLISE DO MECANISMO DE PARTICIPAÇÃO

Segundo a estrutura proposta por FUNG (2006), há três principais aspectos dos mecanismos de participação: a seleção dos participantes, modo de comunicação/decisão dos participantes e extensão do impacto sobre o resultado. A primeira dimensão, a seleção de participantes diz respeito a quem pode participar, ou seja, quais são os critérios para um determinado ator participar. A segunda dimensão, modo de comunicação/decisão, refere-se à forma como os participantes interagem com o regulador e entre si e como esses participantes formulam suas opiniões e tomam decisões. Por fim, a dimensão extensão do impacto sobre o resultado refere-se à ligação entre o que os participantes propõem e o resultado final da matéria em questão.

Segundo Fung (2006), a **dimensão seleção dos participantes** tem como objetivo responder a duas questões: quem é elegível para participar? Como os indivíduos se tornam participantes? E dessa forma, as categorias são divididas entre a menos inclusiva para a mais inclusiva, ou seja, dos mecanismos que tem seus critérios de participação mais ampliados para os que são mais restritos. A primeira forma é através de *experts* com caráter extremamente exclusivo e formalizado, exigindo dos candidatos alta especialização na área em questão. Na maioria das vezes, a participação acontece exclusivamente

através de indicação ou mandatos. Esse sistema de seleção é visto, principalmente, nas câmaras técnicas. São mecanismos de participação que visam à integração de representantes especializados, ou seja, com formação técnica na área.

A segunda forma é a *representação de classes*, que tem caráter mais inclusivo, onde os representantes das principais classes interessadas na política em questão são convidados a integrar um órgão de apoio aos formuladores de decisão, normalmente presente em conselhos consultivos. E a terceira forma denominada de *aberto* admite a participação de qualquer cidadão, esta forma está presente nas ouvidorias, consultas e audiências públicas.

A **dimensão comunicação e decisão** é dividida da forma menos intensa para a mais intensa, ou seja, referente ao nível de expressão dos envolvidos nos mecanismos de participação. Os *Expectadores* constituem uma forma onde os envolvidos apenas observam o processo, através de palestras e/ou exposições. O participante é apenas um ouvinte.

Na forma *expressão* os participantes podem expressar suas preferências. Contudo, apenas na forma *desenvolvimento*, há a possibilidade de debate e a formação e transformação de preferências. E por último, a forma mais intensa se caracteriza pelo debate contínuo e a modificação de preferências, em busca de uma decisão coletiva, no qual pode ser denominado de forma de *agregação/negociação*.

As ouvidoras e algumas audiências/consultas públicas se utilizam da forma expectadores, enquanto outros formatos de audiências públicas se vinculam mais ao formato expressão ou ao desenvolvimento.

A terceira dimensão: **extensão da influência** é caracterizada ao impacto que a participação expressa ao resultado final proposto pelo mecanismo. O primeiro tipo é denominado *nenhum*, onde o participante não possui expectativa de influenciar o resultado final. Normalmente, o indivíduo se integra ao mecanismo em busca de benefícios estritamente pessoais, como status ou uma satisfação de um dever cívico.

Na forma *difusão de informação* o participante não influencia diretamente sobre o resultado, porém a participação em determinados mecanismos gera uma visibilidade que pode, por fim, impactar o resultado indiretamente. Um exemplo é a participação de políticos em audiências públicas, com objetivo de ganhar visibilidade para suas posições através da mídia.

Na forma *conselho/consulta* o participante tem possibilidades de influenciar nos resultados finais. Porém, o responsável pelo mecanismo pode aceitar ou não a contribuição do participante. Este é o caso dos conselhos consultivos e de algumas audiências/consultas públicas.

Na última forma: *deliberação*, os participantes tomam decisões que efetivamente tornam-se políticas, sem a necessidade de uma aprovação de um membro regulador. Esta forma é mais intensa, entretanto, de maior dificuldade para realização.

A forma como os participantes são selecionados, como se comunicam e tomam decisões, e a extensão do impacto de tais decisões orientam diretamente se as preferências dos grupos sociais serão atendidas e quais grupos, especificamente, se beneficiaram e quais não (BATISTA, 2008).

Neste trabalho, a Câmara de Saúde Suplementar da ANS pode ser enquadrada nos seguintes formatos, a partir de Fung (2006): A forma de seleção de participantes é a representação de classe, pois a CAMSS é formada por atores sociais dos principais setores envolvidos e interessados na saúde suplementar do Brasil, tais como Conselhos, Organização de consumidores, operadoras de saúde e representantes de Ministérios. Esses atores são indicados e possuem mandato com tempo de duração delimitado. A segunda dimensão comunicação e decisão pode ser definida pela forma desenvolvimento, pois os participantes podem expressar e decidir sobre os temas apresentados nas reuniões da CAMSS. Por fim, a dimensão extensão da influência pode ser caracterizada pela forma de conselho/consulta, essencialmente por que a Câmara é um órgão consultivo da ANS.

5.2 O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O CNS considera que a regulação do segmento de saúde suplementar deve estar subordinada aos princípios do SUS e deve nortear-se pelos mesmos marcos de relevância pública e organização do modelo assistencial e que o controle das ações e dos serviços de saúde, público ou privado, deve ser

exercido pelos entes que integram o SUS, de acordo com a competência constitucional e legal atribuída a cada um deles.⁴

A missão do CNS é a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. O Conselho é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho.

Como objetivo central deste estudo iremos apresentar uma análise referente à Câmara de Saúde Suplementar, doravante CAMSS, mecanismo de participação social da Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Para alcançar os objetivos propostos foi realizado um mapeamento de três fases da CAMSS. A primeira fase compreende o período inicial da Câmara, entre 1998 e 2000, logo após a criação da mesma e da própria ANS; a segunda fase os anos de 2004 a 2007 o período de construção de uma agenda regulatória, e a terceira fase entre 2011 e 2014, período que corresponde aos dias atuais, com mais ênfase na construção de estratégias que atendam as demandas atuais da saúde suplementar no Brasil. Em cada fase foram analisadas 15 atas de reuniões realizadas. Os principais aspectos analisados foram: temas abordados nas reuniões, frequência de participação dos atores sociais e atuação do Conselho Nacional de Saúde na Câmara.

⁴ Retirado do site do Conselho Nacional de saúde. Ver em:
http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cpss/index.html

As reuniões são mediadas pelos representantes da Agência, com a presença do presidente da ANS, que também é o presidente da CAMSS. Todas as reuniões geram atas que são disponibilizadas no sítio da ANS.

5.2.1 Fase I - 1998 a 2000

A primeira fase das reuniões da CAMSS pode ser definida como o período de institucionalização do mecanismo de participação social, pois coincide com a criação da Agência. A ANS estava iniciando o processo de construção de uma agenda regulatória, definindo suas prioridades, normas e mecanismos de participação. Desta forma, os principais temas abordados em pauta nas reuniões foram: Normatização e problematização do Ressarcimento ao SUS; Ampliação da comunicação da agência com a população; Adaptação dos contratos, tendo em vista a garantia dos direitos dos usuários; definição do caráter consultivo da CAMSS, que é responsável pela elaboração e do CONSU que é responsável pela deliberação; Informes sobre eventos realizados com a temática saúde. Tais temas foram discutidos pelos membros, a fim de entender e aperfeiçoar os parâmetros de regulação presentes na ANS. Os membros possuíam muitas dúvidas e tais temas foram muito recorrentes.

A Câmara também conta com representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, em relação a participação destes nas reuniões, pode se observar que é baixa e com pouca frequência nas falas. Para nossa análise a presença desses atores é observada em relação à integração com o CNS, através de apoio nas falas, concordâncias e discordâncias.

A Câmara possui 34 cadeiras, que podem ser preenchidas pelos membros previstos em lei. A primeira fase de funcionamento da CAMSS teve uma média de 22 participantes por reunião, a partir da definição proposta na análise, em que até 11 participantes, a assiduidade é baixa, entre 12 e 22 participantes é média e entre 23 e 34 é alta, essa fase teve uma assiduidade média. Em relação a presença dos representantes do CNS, o Conselho esteve presente em 10 reuniões, tendo em vista as 15 reuniões realizadas, o que significa uma assiduidade alta.

Para analisar a primeira fase das reuniões da CAMSS, foi elaborada uma tabela que tem como objetivo sistematizar a frequência de participação dos membros da Câmara e especificamente dos representantes do CNS. A primeira coluna é de identificação da ata referente à reunião, a segunda apresenta o número de participantes que compareceram à reunião, tendo em vista a assinatura do membro na listagem anexada, a terceira coluna refere-se à presença de algum representante do CNS e a última a quantidade de falas do CNS na reunião.

Os itens apresentados a seguir foram selecionados tendo em vista a sistematização do funcionamento da Câmara, a assiduidade dos representantes do CNS e a sua participação via exposição de argumentos, ideias e posições identificadas por meio das falas nas reuniões.

TABELA 1

Registro de reuniões realizadas, número de participantes, presença do CNS e participação por meio de falas dos membros do CNS das atas 01 a 15

Reuniões Realizadas	Número de Participantes	Presença do CNS	Falas do CNS
1ª reunião - 24.08.98	25	Sim	Não houve fala
2ª reunião - 31.08.98	25	Sim	1 (uma) fala
3ª reunião -21.12.98	24	Sim	3 (três) falas
4ª reunião - 18.01.99	24	Sim	2 (duas) falas
5ª reunião - 22.02.99	21	Sim	3 (três) falas
6ª reunião - 27.04.99	20	Sim	Não houve fala
7ª reunião - 24.05.99	20	Não compareceu	Não compareceu
8ª reunião - 29.06.99	26	Sim	1(uma) fala
9ª reunião - 24.09.99	22	Sim	1(uma) fala
10ª reunião - 23.05.00	24	Sim	4(quatro) falas
11ª reunião - 29.06.00	22	Não compareceu	Não compareceu
12ª reunião - 27.07.00	23	Sim	1(uma) fala
13ª reunião - 31.08.00	19	Sim	1(uma) fala
14ª reunião - 26.10.00	19	Não compareceu	Não compareceu
15ª reunião – 07.12.00	19	Não compareceu	Não compareceu

Fonte: Elaboração própria

Analisando os fragmentos das atas, nos quais o CNS aparece, podemos observar que seus representantes se colocaram de forma pontual e breve, porém com considerações pertinentes a construção de uma agenda regulatória afinada aos interesses dos usuários. A seguir iremos apresentar fragmentos das atas, com ênfase nos temas e discussões pertinentes a esta análise. Na 2ª reunião realizada:

o representante do CNS, indagou se aquilo que não estiver no menu de procedimentos não poderia ser considerado exclusão de cobertura. O Sr. Secretário esclareceu que o rol de procedimentos apresentado pelo Ministério contém tudo e não exclui doenças. Além disso, essa lista sofrerá revisões periodicamente, a fim de mantê-la atualizada. As listas que as operadoras usam hoje excluem bastante, das formas mais variadas, porém a ideia é que isso não aconteça mais a partir da regulamentação. (Ata 02, p. 3, linha 95-102, 31.08.98)

Todos os questionamentos apresentados por membros da CAMSS são respondidos por algum representante da ANS. Dessa forma há um diálogo direto entre a demanda do ator social e a agência. O fragmento acima é um exemplo das diversas dúvidas que os membros possuíam em relação a normatização da Agência, reafirmando o caráter das primeiras reuniões da Câmara.

Na 3ª reunião, a pauta era: 1º) esclarecimento sobre o registro provisório dos planos ou seguros de saúde no Ministério da Saúde; 2º) formação de câmaras técnicas; 3º) agenda para 1999. O diálogo abaixo retrata a autodefesa pela participação efetiva do CNS na CAMSS e o esclarecimento sobre o funcionamento da mesma, realizado por membro representante da ANS:

O representante do CNS manifestou descontentamento no fato de não haver tido consulta à Câmara de Saúde Suplementar sobre as alterações ocorridas na última MP (medida provisória), notadamente a que diz respeito ao adiamento do plano de referência. Considerou um retrocesso a decisão tomada à revelia deste fórum, pois o considera como câmara de controle social. Acrescentou, ainda, que a Câmara é consultada de acordo com os interesses do Governo.

(Secretário de Assistência à Saúde) respondeu que este fórum não é de controle social. O Conselho Nacional de Saúde o é. O objetivo da Câmara de Saúde Suplementar é ser um grupo consultivo de discussão, mas as decisões são do CONSU que é um Conselho de Governo mesmo. Acrescentou ainda que, no início das discussões no Congresso Nacional, o plano de referência tinha um papel fundamental de dar cobertura integral, mas hoje com a regulamentação que garante essa cobertura para cada nível de atenção, não existe essa necessidade e, pelo contrário, a obrigatoriedade de se oferecer o plano de referência hoje cria uma série de dificuldades para a contratação da rede assistencial e não agrega benefícios para o consumidor. (Ata 03, p. 4, linha 140 – 156 21.12.98)

Na quarta reunião, a pauta apresentada foi: Esclarecimento sobre o registro provisório dos planos ou seguros de saúde no Ministério da Saúde; Informes sobre as próximas alterações em resoluções; Agenda de reuniões dos grupos técnicos para 1999; Agenda das próximas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar; Discussão sobre agravo para doenças e lesões preexistentes nos contratos. O último ponto teve contribuições e discussões a serem analisadas:

(CNS) questiona sobre os critérios para a escolha das patologias e diz que a Câmara de Saúde Suplementar não tem competência técnica para em uma semana definir as patologias e diz ser esse um trabalho para grupos técnicos, com a participação inclusive do Conselho Federal de Medicina e mencionou a ausência de seu representante em discussão tão importante.

O Sr. Presidente, dirige-se ao (CNS) e também aos outros membros da Câmara, para afirmar ser melhor para o consumidor que a própria Câmara defina as patologias passíveis de agravo e não as operadoras, diz ser uma vantagem significativa para o consumidor. (Ata 04, p.3 -4, linha 146-154, 18.01.99)

O Sr. Presidente manifestou sua preocupação com a condução da negociação e as propostas de adiamento da cobertura estabelecida em Lei e de que essa prorrogação não traga solução para o tema, uma vez que, outros prazos já foram oferecidos desde a promulgação da Lei.

(CNS) não concorda com a retirada do agravo ou com qualquer adiamento e propõe que a Lei seja cumprida, sendo o momento de as operadoras garantirem cobertura para doentes e não só atenderem consumidores jovens e sadios, estando o Conselho disposto a mobilizar a sociedade no sentido de fazer cumprir a Lei. (Ata 04, p.3 -4-5, linha 181- 189,18.01.99)

O trecho acima é bem ilustrativo para compreendermos que a Câmara de Saúde Suplementar é um espaço de disputa de interesses convergentes e divergentes. Dessa forma, o CNS se posicionou em favor do direito dos beneficiários dos planos de saúde, tendo em vista que estes devem ser assegurados com responsabilidade. Podemos observar que o CNS, não somente defende os interesses que dizem respeito ao SUS, mas também aos interesses dos beneficiários.

Segundo DEMO (2009) um dos objetivos da participação é a *negociação*, onde o ator social que participar deve ter como pressuposto que defender seu ponto de vista é também saber levar em consideração o outro e mediar a relação de interesses conflituosos dentro de espaços de disputa.

Na quinta reunião, a pauta apresentada aos membros foi: 1) Leitura e correção das duas atas anteriores; 2) Grupos Técnicos – Indicações; 3) artigos 30 e 31; 4) agravo e 5) proposta de inclusão de mais quatro representantes na Câmara de Saúde Suplementar – 2 (dois) do segmento dos trabalhadores e 2 (dois) do segmento dos empresários. O representante do CNS apresentou considerações sobre a pauta apresentada, como podemos observar no trecho abaixo:

(CNS) questionou porque dois representantes e não apenas um de cada segmento a exemplo das outras representações. O Sr. Presidente, informou não ter recebido nenhum encaminhamento formal até agora que demonstrasse o interesse dessas representações em participar do processo de regulamentação, mas destacou a importância da participação desses segmentos da sociedade e finalizou dizendo estar tanto o tema, quanto a quantidade, abertos a críticas e sugestões.

O Dr. Reinaldo, diz ser importante a inclusão dessas representações, pois são os que pagam a conta. A Dra. Regina, diz haver uma pendência, pois os médicos desejavam participar com suas três

representações, no entanto só lhes foi concedido o direito de participar com uma representação – a do CFM – diz concordar que todos estejam representados, mas nesse critério na área médica, o prestador do serviço não foi respeitado. A representação médica não foi respeitada e dentro desse raciocínio deve ser repensado o critério de participação na Câmara.

(CNS) sugeriu porque não utilizar o sistema de rodízio a exemplo da autogestão. O Dr. José Claudio, diz ser louvável a inclusão e concorda com a observação da Dra. Regina, que requer a ampliação da representação da classe médica. (Ata 05, p. 2, linha 54-69, 22.02.99)

(CNS) pede para incluir como sugestão de pauta para ao final da discussão, e solicita esclarecimentos sobre a ONG que o Ministro disse que vai criar para a saúde suplementar. Falou também que o CNS tem considerações sobre o guia de orientação ao consumidor. O Sr. Presidente esclarecendo ao Dr. Mário, diz que não são o governo ou o MS que vão criar a ONG, porém, estes podem incentivar sua criação (Ata 05, p.6, linha 248-252, 22.02.99)

O fragmento acima demonstra que não há um consenso sobre a real representatividade dos envolvidos na CAMSS. Esse fato aponta para uma revisão da distribuição de cadeiras para os atores da saúde suplementar. Porém, essa revisão está submetida a diretoria colegiada da Agência, sendo necessário entrar em pauta, para discussões mais aprofundadas. Até que ponto a distribuição das cadeiras dentro da CAMSS é coerente a demanda da saúde suplementar no país? Outros atores deveriam estar presentes? Por exemplo, a classe dos assistentes sociais, como trabalhadores da saúde, não deveria estar representada? Tais questionamentos são reflexos de lacunas na representatividade da Câmara, através de sua composição, sendo necessária uma revisão e ampliação da mesma.

Na oitava reunião, o representante do CNS sugeriu estratégias para melhoria do funcionamento das reuniões da CAMSS:

O representante do CNS mudando para o tema adaptação dos contratos, sugere tentar na próxima reunião aprofundar a discussão

sobre o tema, pois nesse semestre a avalanche de adaptações até o prazo de 2 de dezembro, vão gerar vários pontos a serem analisados, alinhavados e aprofundados e até denúncias e as unidades do Procon não estão preparadas, estão já saturadas sendo preciso atentar para isso. (Ata 08, p. 3, linha 101-106 - 29.06.99)

Acima podemos observar a importância de dar prioridade e organização das reuniões da Câmara, afim de que as mesmas sejam mais proveitosas e atendam a todas as demandas com êxito.

Na décima reunião, foi salientado que o foco da atuação da ANS pode ser resumido em três pontos principais: o conhecimento do setor, o apoio ao consumidor e a fiscalização das operadoras. Em relação as falas do CNS:

(CNS) informa sobre o fórum de consumidores de planos de saúde, que, a partir do evento realizado em São Paulo, será reproduzido para outros Estados e indaga sobre como a direção da ANS está vendo a proposta de CPI dos planos de saúde.

(Diretor-presidente ANS) informa que os fóruns de consumidores são sempre muito bem vistos pela ANS e que, por valorizar isso, a Diretoria está instituindo o mecanismo de consulta pública para os assuntos mais polêmicos. Esclareceu ainda que a ANS tem atuado em estreita colaboração com o Congresso Nacional, tendo participado de diversas discussões e audiências públicas sempre que solicitadas. Sendo a CPI um instrumento e uma prerrogativa do Poder Legislativo, a ANS estará à disposição deste, caso seja decida sua instalação. (Ata 10, p,4, linha 154 – 164, 23.05.00)

(CNS) questiona quais os mecanismos de controle social estão previstos para evitar que os gestores privilegiem os usuários de planos.

(Diretor-presidente) lembrou sobre a existência de mecanismos já contemplados na legislação, suficientes para punição de conduta desta natureza, solicitando também a severa ação das entidades representadas neste fórum. (Ata 10, p.5, linha 228 – 232, 23.05.00)

Analisando os fragmentos de ata acima podemos observar que o CNS teve uma postura propositiva e argumentativa em relação aos temas abordados nas reuniões. Em todas as vezes que o CNS esteve presente nas reuniões, o mesmo realizou alguma fala o que representa um interesse em participar e contribuir. O que significa um esforço inicial em participar ativamente nas

reuniões, o que é positivo na consolidação do próprio espaço frente aos demais atores.

Segundo Demo (2009), a participação deve ser entendida como um processo, que se encontra em constante mudança. Sendo assim, a consolidação da participação do CNS, deve ser construída e defendida em cada reunião, a cada fala, em um processo constante.

Na décima segunda reunião, referente a um tema bastante discutido, a adaptação de contratos, que é permeado pela demanda dos beneficiários e os interesses das operadoras de planos de saúde,

(CNS) enfatizou, pelo caráter consultivo da Câmara, a importância de se fazer indicação sobre esse tema para a Agência elaborar e o CONSU deliberar. Relembrou a grande expectativa social que gira em torno da definição do tema, encontrando regras para proteger o consumidor que deseja fazer a adaptação. Considerou que proposta final deve contemplar a cobertura parcial temporária de no máximo seis meses. (Ata 12, p.8, linha 329-334, 27.07.00)

Na décima terceira reunião, uma parte foi destinada para os informes dos membros, tais como a participação de algum evento, convites para seminário, fórum, congresso e etc.

O representante do CNS informou que, como membro do CNS, participou da reunião do Fórum de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde, que foi realizada na sede da Secretaria de Justiça e Cidadania de São Paulo, foro esse informal, mas que teve adesão de dezenas de entidades, como a de defesa do consumidor, de portadores de patologias, de profissionais de saúde e sindicatos. O documento ora entregue oficialmente foi assinado pelo próprio representante do CNS, que se incumbiu de submetê-lo à deliberação do Conselho Nacional de Saúde, pela Fundação Procon, pelo IDEC e pelo Conselho Federal de Medicina, documento este que contempla as reivindicações das entidades. (Ata 13, p. 10-11, linha 387- 396, - 31.08.00)

É importante que o representante do CNS, como membro oficial da Câmara se mantenha informado e atualizado sobre os temas pertinentes a agenda regulatória de cada reunião. Entender a conjuntura na qual a Agência

está inserida é fundamental para a qualificação dos debates realizados. Através da participação de eventos, congressos e etc., os membros têm acesso a outros atores e a análises acadêmicas que contribuam na defesa de seus interesses. A Câmara tem caráter consultivo e deve priorizar a participação igualitária e justa de todos os membros.

Com efeito, a primeira fase analisada teve muitos temas abordados, e o CNS teve falas em todas as reuniões que compareceu. A correlação de forças dentro da CAMSS é visível e a presença de um representante em defesa do SUS é importante e estratégica. A saúde suplementar deve orientar-se pelos princípios do SUS, e o CNS como um dos membros representantes do SUS tem papel fundamental para a efetivação dessa premissa.

5.2.2 Fase II - 2004 a 2007

A segunda fase das reuniões teve como principais temas abordados: A Política de Ressarcimento ao SUS; Criação de câmaras técnicas; Reajuste de contratos; Troca de informações em saúde suplementar; Concursos públicos da ANS; Qualificação da saúde. A pauta das reuniões reflete a continuidade dos assuntos discutidos na primeira fase da CAMSS.

Utilizando o modelo anterior de análise, foi elaborada uma tabela para melhor compreensão do leitor, referente as reuniões realizadas, número de participantes, presença do CNS e falas do CNS. Foram analisadas 15 atas das reuniões do período de 2004 a 2007.

TABELA 2

Registro de reuniões realizadas, número de participantes, presença do CNS e participação por meio de falas dos membros do CNS das atas 34 a 48

Reuniões Realizadas	Número de Participantes	Presença do CNS	Falas do CNS
34ª reunião – 10.08.14	29	Não compareceu	Não compareceu
35ª reunião - 05.10.04	29	Sim	Não houve fala
36ª reunião - 02.12.04	24	Não compareceu	Não compareceu
37ª reunião - 01.03.05	23	Sim	2(duas) falas
38ª reunião - 03.05.05	27	Não compareceu	Não compareceu
39ª reunião - 30.08.05	23	Não compareceu	Não compareceu
40ª reunião - 08.11.05	20	Não compareceu	Não compareceu
41ª reunião - 13.12.05	21	Não compareceu	Não compareceu
42ª reunião - 14.03.06	23	Não compareceu	Não compareceu
43ª reunião - 09.05.06	25	Não compareceu	Não compareceu
44ª reunião - 05.09.06	21	Não compareceu	Não compareceu
45ª reunião - 12.12.06	19	Não compareceu	Não compareceu
46ª reunião - 03.05.07	18	Não compareceu	Não compareceu
47ª reunião - 23.08.07	22	Não compareceu	Não compareceu
48ª reunião – 27.09.07	21	Não compareceu	Não compareceu

Fonte: Elaboração própria

O período analisado na tabela representa baixa assiduidade do CNS da CAMSS. Das 15 reuniões, o representante do Conselho Nacional de Saúde só compareceu a duas reuniões. E apenas em uma reunião, houve participação através de falas,

lamentou o fato de o Conselho Nacional de Saúde não ter sido convidado a participar do processo de preparação dos seminários e das suas primeiras etapas, uma vez que poderia ter contribuído com as discussões devido à tradição histórica do Conselho em participar do debate sobre a integração da saúde suplementar com o SUS, não só em relação ao ressarcimento, mas também ao atendimento a conveniados em unidades do SUS (fila dupla), à odontologia, financiamento público direto e indireto e ao controle social em saúde suplementar. Nessa linha, enfatizou que era preciso maior integração entre a ANS e o Conselho Nacional de Saúde, para que fatos como esse não voltassem a acontecer. (Ata 37, p.24, linha 742- 752, 01.03.05)

No trecho acima é possível observar que o CNS tem interesse de discutir outras temáticas para além do Ressarcimento ao SUS. Porém, pela pouca participação das reuniões, não esteve a parte sobre todos os assuntos discutidos e abordados nas reuniões. É notável a necessidade de um esforço continuado da participação, tendo em vista, que segundo Demo (2009) há uma *tendência histórica de dominação nos espaços, e que toda participação é conquista*, ou seja, o Conselho precisa construir uma intervenção com maior frequência nas reuniões, para alcançar seus objetivos e qualificar a sua representatividade como membro da CAMSS. Apenas fazer parte, oficialmente, sem frequência nas reuniões e falas propositivas e argumentativas não garante uma participação qualificada.

A ANS tem realizado seminários, para divulgar seus programas, tais como os Programas de prevenção a doenças e promoção em saúde, com objetivo de qualificar o setor da saúde suplementar. Nas reuniões também são

discutidos os resultados oriundos de consultas públicas, a avaliação dos programas e ações realizadas na ANS, os desafios da construção de um Rol de procedimentos adequado aos beneficiários. No final de cada ano é realizado um balanço para pontuar os avanços e desafios no setor de saúde suplementar, afim de intensificar a política de regulamentação.

Os resultados apresentados no balanço são indicadores da necessidade de melhorias e ajustes. Um dos pontos do balanço é referente a gestão da Agencia. E teve como enfoque o Programa de Qualificação da Saúde Suplementa, que tem como objetivo “o reconhecimento do setor como pertencente ao campo de produção da saúde, implementando uma agenda dentre os atores envolvidos” (ANS). Os dois componentes fundamentais do Programação são a qualificação das operadoras e a qualificação institucional. De acordo com o balanço, houve avanços no processo de qualificação, porém há necessidade de se potencializar os esforços, a fim de enfrentar o aprofundamento da crise no setor, enfatizando a importância de se focar os resultados das ações e a satisfação dos beneficiários. (ANS)

5.2.2 Fase III - 2011 a 2014

Foram analisadas atas das reuniões realizadas no período de 2011 a 2014, seguindo o mesmo modelo proposto nas seções anteriores.

TABELA 3

Registro de reuniões realizadas, número de participantes, presença do CNS e participação por meio de falas dos membros do CNS das atas 67 a 81

Reuniões Realizadas	Número de Participantes ⁵	Presença do CNS	Falas do CNS
67ª reunião – 05.07.11	28	Não compareceu	Não compareceu
68ª reunião - 22.09.11	24	Não compareceu	Não compareceu
69ª reunião -08.12.11	32	Não compareceu	Não compareceu
70ª reunião - 22.03.12	32	Não compareceu	Não compareceu
71ª reunião - 28.06.12	32	Não compareceu	Não compareceu
72ª reunião - 16.10.12	23	Não compareceu	Não compareceu
73ª reunião - 13.12.12	32	Não compareceu	Não compareceu
74ª reunião - 21.03.13	32	Não compareceu	Não compareceu
75ª reunião - 13.06.13	33	Sim	1(uma) fala
76ª reunião - 12.09.13	33	Sim	1(uma) fala
77ª reunião - 05.12.13	25	Sim	2(duas) falas
78ª reunião - 20.03.14	25	Sim	2(duas) falas
79ª reunião - 29.05.14	23	Não compareceu	Não compareceu
80ª reunião - 28.08.14	22	Sim	Não houve fala
81ª reunião – 04.12.14	Ata sem lista de participantes	Ata sem lista de participantes	Ata sem informações

Fonte: Elaboração própria

A última fase aqui analisada compreende a fase mais atual da CAMSS. A frequência de participação do CNS pode ser considerada baixa, tendo participado de cinco reuniões. Na 75ª reunião foi nomeada nova representante do CNS, passando a participar das reuniões posteriores.

Na 75ª reunião, “CNS disse perceber o esforço da ANS no sentido de atender as necessidades da população e pediu que fosse dada mais

⁵ Algumas atas não apresentaram a listagem completa dos participantes. Os números aqui apresentados são, na verdade, uma aproximação do número total de participantes presentes nas reuniões, com base na leitura das atas.

publicidade a questão do Cartão Nacional de Saúde”. (Ata 75, p.10, linha 280-283). A implementação do Cartão Nacional de Saúde tem ocorrido de forma lenta, porém com esforços contínuos da ANS. O objetivo do Cartão é qualificar o banco de dados e o sistema de informações de beneficiários da Agência. Todas as operadoras de saúde que estiverem regulamentadas e em funcionamento devem atualizar o envio de dados do Cartão Nacional de Saúde.

Na 76ª reunião, um dos principais pontos da pauta foi a iniciativa conjunta entre Anvisa e ANS com o objetivo de encontrar alternativas aos problemas que envolvem OPME (órtese, prótese e materiais especiais) na saúde suplementar, buscando também uma maior transparência nos preços registrados e praticados. *“CNS pediu que os Conselhos de Saúde fossem incluídos nessa iniciativa também”. (Ata 76, p.5, linha 114-116). A temática OPME é muito discutida nas reuniões e apresenta posições divergentes e conflitantes, ou seja, por ser permeada por questões referentes aos altos custos que devem ser custeados pelas operadoras, em oposição a grande demanda dos usuários que pagam por um plano de saúde e reivindicam ampliação da cobertura de contratos e procedimentos.*

Os membros representantes da defesa dos consumidores e dos portadores de patologias especiais estiveram muito presentes nas discussões. Todavia, não foi observada articulação com o CNS, apesar de interesses semelhantes.

Na 77ª reunião, o *“CNS pediu esclarecimentos de como serão eleitas as próximas quatro linhas de cuidado.” (Ata 77, p.4, linha 117-118). Como última*

reunião do ano de 2013, foram discutidas e apresentadas as linhas de cuidado que serão priorizadas na agenda regulatória do próximo ano.

Na 78ª reunião, o CNS aponta uma questão a ser aprofundada e discutida, através do diálogo com outro membro que representa o SUS,

(CNS) relata que esteve na semana passada em reunião da jornada das comissões do CNS e a questão do ressarcimento abordada pelo (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) é um ponto nevrálgico. Endossa a mesma solicitação, indaga como será a alimentação das informações no espaço Você Saudável e se as entidades podem participar do envio dessas informações. (Ata 78, p.4, linha 128-132)

Há uma demanda apresentada referente a importância da discussão da Política de Ressarcimento ao SUS. Onde o *“representante do CNS reforça que o CNS é um órgão de controle social, que fiscaliza os aspectos econômicos e financeiros e a necessidade de ter uma pauta permanente sobre o ressarcimento e solicita o repasse dos dados a todos.”* (Ata 78, p.12, linha 502-505)

Desse modo, a última fase analisada apresentou alguns pontos a serem discutidos, a CAMSS tem realizado esforços continuados na qualificação de sua agenda regulatória, através de seminários, cursos e ações de qualificação dos prestadores de serviços, e a criação do CADSUS web para integração do Cartão Nacional de Saúde e a Saúde suplementar. O Cadweb SUS é uma ferramenta online, que permite que os funcionários das unidades de saúde que atendem pelo SUS, tenha o total controle de todos os procedimentos realizados dentro do ambiente do SUS. O acesso desse sistema, pela ANS, contribui na agilidade dos processos de ressarcimento ao SUS.

A principal demanda apresentada pelo CNS foi a ampliação do debate para além da Política de Ressarcimento ao SUS, dentro da Câmara. Porém, o que tal Política representa e quais são seus principais objetivos e resultados?

Um dos temas mais abordados dentro das reuniões da CAMSS foi a Política de Ressarcimento ao SUS. Esta Política é prevista na lei 9656/98, em seu Art. 32. onde o ressarcimento ao SUS se insere como uma medida destinada a recuperar os gastos públicos provenientes de atendimentos médico-hospitalares nos hospitais públicos, realizados junto aos pacientes que possuam planos privado de saúde.

Resumidamente, o ressarcimento funciona da seguinte forma: o usuário de um Plano de Saúde é atendido pelo SUS, após isso a ANS cruza os dados dos sistemas de informações do SUS referentes à identificação de usuários com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da própria Agência. Após a identificação do usuário do plano de saúde atendido no SUS, a ANS exclui os atendimentos sem cobertura contratual. E por fim é enviada uma notificação a operadora a respeito dos valores que devem ser ressarcidos, cujos parâmetros estão entre os valores cobrados pelo SUS e os cobrados pelas operadoras.

Segundo o relatório de gestão da ANS do ano de 2013, foi ressarcido mais de R\$133 milhões, o que representou um valor recorde, desde a criação da Política em 1998. Tal fato é um efeito do investimento realizado pela ANS, na aplicação da Política. Este tema que tem sido muito discutido nas reuniões da CAMSS e defendido pelo Conselho Nacional de Saúde, o que aponta para o papel fundamental da representatividade do Conselho nas reuniões.

6 CONCLUSÃO

A Câmara de Saúde Suplementar é uma instância de participação social da Agência Nacional de Saúde Suplementar, formada por representantes de diferentes grupos sociais com interesses diversos, e na grande maioria das vezes, conflitantes. Com efeito, os debates observados nas reuniões mostraram-se de caráter integrador ou diferenciador, isto é, há interesses entre os atores que estão em consonância por vezes, e outros que se chocam e se repelem mutuamente.

Foi possível observar essa dinâmica, através de debates entre o CNS, os representantes das entidades de defesa do consumidor e o Conselho Federal de Medicina, pois esses atores tiveram posições em consonância, acerca da necessidade de repensar a distribuição das cadeiras na CAMSS, entretanto, discordaram em relação a retirada de patologias do rol de procedimentos da ANS, em relação a quem é cabível a definição de patologias.

Fica patente nesta análise a importância da representatividade qualificada dos atores. Sobre a atuação do Conselho Nacional de Saúde nas reuniões, foi possível observar a sua importância na defesa do SUS, frente aos agentes provenientes do mercado. Através dos esforços continuados do CNS, junto ao Ministério da Saúde e da ANS, a Política de Ressarcimento ao SUS, arrecadou em 2014 um valor quatro vezes⁶ maior que no ano de 2013, o que reflete que o cumprimento do pagamento das dívidas, oriundas das operadoras, tem sido mais efetivo.

⁶ Dados divulgados no site da ANS.

Observou-se ainda que há uma defasagem em relação à representatividade de profissionais da saúde na composição da Câmara de Saúde Suplementar, tal como a categoria dos assistentes sociais e dos psicólogos. Essa defasagem coloca alguns limites nas discussões realizadas nas reuniões, visto que a concepção de saúde prevista pelo SUS leva em consideração os determinantes psicossociais de seus usuários, e isto não está presente na concepção de todos os integrantes da Câmara de Saúde Suplementar, logo, a ausência desses profissionais é sentida no que tange a defesa de aspectos que beneficiariam os usuários dos serviços de saúde.

Além disso, a ausência de representatividade dos profissionais que atuam na saúde suplementar, releva a baixa ou completa desvalorização da representação de seus interesses nas arenas institucionais, o que é reflexo de *uma tendência histórica a dominação* da categoria médica frente aos demais profissionais da saúde.

A partir da análise das atas, não foi possível observar interação entre o CNS e os outros atores, tais como o CONASS e CONASEMS, o que sinaliza um limite, em relação a representatividade do SUS dentro da Câmara. As parcerias podem fortalecer a defesa de seus interesses tendo em vista que os representantes das operadoras de plano de saúde estão em maioria.

O CNS teve falas em consonância aos princípios do SUS, através da defesa da Política de Ressarcimento ao SUS, porém, o desafio observado na atuação do Conselho, é participar para além do ressarcimento. O CNS é uma instância que tem como objetivo defender os interesses dos usuários da Saúde no Brasil, sendo esta pública ou privada, desta forma, a saúde suplementar

deve ser contemplada, de forma mais ampla pelo Conselho. Todavia, o segundo período de atas analisado apresentou baixa assiduidade dos representantes do Conselho, o que impossibilita uma atuação comprometida e qualificada.

Atualmente, o perfil econômico dos beneficiários na saúde suplementar, tem se ampliado. Com a expansão dos planos coletivos, que podem ser mais baratos, porém com menos regulamentação, as parcelas mais pauperizadas da sociedade brasileira, também tem tido acesso a esses serviços. Entretanto, muitas vezes desinformadas de seus direitos. Com efeito, é fundamental que os profissionais da saúde, tal qual os assistentes sociais, conheçam os mecanismos de participação da sociedade dentro da ANS, visto que podem vir a orientar seus usuários, na reivindicação de direitos como beneficiários de OPS.

Quanto ao objetivo específico desta proposta de compreender o comportamento e a atuação de um ator específico, qual seja o Conselho Nacional de Saúde, na Câmara de Saúde Suplementar da ANS, pode-se concluir que o desempenho é satisfatório. O mesmo realiza com esforços a defesa do SUS e também, embora com menor comprometimento, da Saúde Suplementar. Todavia, há que se reconhecer a necessidade de ampliação tanto do comprometimento quanto da qualificação dos agentes responsáveis pela representação dos interesses citados, posto que o ambiente em que atuam é competitivo e muitas vezes é a sua ausência ou a sua inércia que favorecem o argumento dos interesses privados no setor de saúde suplementar em detrimento dos usuários e trabalhadores da saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS. Disponível em: < www.ans.gov.br >

ANS. **Relatório de Gestão do exercício de 2013**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorios_de_gestao/relatorio-gestao-2013.pdf Acesso em: 09 abr 2015.

ALVES, E A V. **O papel das Agências Reguladoras do Setor Saúde na construção do SUS**: análise comparativa entre a ANVISA e a ANS com base nos princípios do SUS. Fortaleza, 2006, 180 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará

ALVES, S.M.C. **Processo de participação da sociedade civil nas consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2000 – 2006)**. Brasília, 2008, 243 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília.

ANUATTI-NETO, Francisco et al. **Os efeitos da privatização sobre o desempenho econômico e financeiro das empresas privatizadas**. *Revista Brasileira de Economia*, v. 59, n. 2, p. 151-175, 2005.

BATISTA, Mariana. **Mecanismos de Participação e Interesses no Processo Regulatório Brasileiro: o caso da ANEEL**. In: 6º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política - ABCP, 2008, Campinas. Anais do 6º Encontro da ABCP, 2008.

BATISTA, Mariana. **Regulação e Interesses: um mapeamento das audiências públicas da ANEEL**. In: 13º Encontro de Ciências Sociais Norte Nordeste - CISO, 2007, Alagoas. Anais do 13º Encontro de Ciências Sociais Norte Nordeste - CISO, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>

CREMONESE, Dejalma. **Democracia Participativa e controle social**. 2009

CRUZ, Verônica. **Agências Reguladoras: entre mudanças institucionais e legados políticos**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, IUPERJ, 2007.

CRUZ, Veronica. **Transparência e Accountability na regulação da Vigilância Sanitária no Brasil**. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo v. 10, n. 3 p. 90-114 Nov. 2009/Fev. 2010

DAHL, Robert. **Poliarquia**. São Paulo: Edusp, 2002.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 2009.

FREITAS, Marcella Abunahman. **A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**. 2011

FUNG, Archon. **Varieties of participation in complex governance**. Public Administration Review, 2006.

LEI 9656/98. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>

MAJONE, Giandomenico. **Do Estado positivo ao estado regulador: causa e consequências de mudanças no modo de governança**. *Revista do Serviço Público*, v. 50, n. 1, p. 5-35, 1999.

MELO, Marcus A. **A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 46, n. 116, p. 55-68, 2001.

MICHELS, Robert. **Sociologia dos partidos políticos**. Brasília: Universidade de Brasília, 1982.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

POULANTZAS, Nico. **O Estado, o poder e o socialismo**. Rio de Janeiro: Graaál, 1985.

RAMALHO, Pedro Ivo Sebba; CRUZ, Verônica. **Saúde suplementar no Brasil: a mão do Estado na regulação do mercado de planos privados de saúde**. 2010

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do contrato Social**. Disponível em:
<<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/contratosocial.pdf>> Acesso em:

SANTOS, Boaventura Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SCHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

