

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS (UNISINOS)  
DIRETORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS  
NÍVEL MESTRADO**

**ROSEANE SHIMOMUKAY**

**SAÚDE SUPLEMENTAR EM DISPUTA:  
Análise da dinâmica institucional do mercado de planos de saúde**

**Porto Alegre**

**2025**

ROSEANE SHIMOMUKAY

**SAÚDE SUPLEMENTAR EM DISPUTA:**

**Análise da dinâmica institucional do mercado de planos de saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Negócios, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientador(a): Prof. Dr. Marcelo Jacques Fonseca

Porto Alegre

2025

S556s Shimomukay, Roseane.  
Saúde suplementar em disputa: análise da dinâmica institucional do mercado de planos de saúde / Roseane Shimomukay – 2025.

102 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Porto Alegre, 2025.

“Orientador(a): Prof. Dr. Marcelo Jacques Fonseca.”

1. Saúde suplementar. 2. Legitimidade. 3. Teoria institucional. 4. Mercados contestados. I. Título.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Bibliotecária: Bruna Sant'Anna – CRB 10/2360)

ROSEANE SHIMOMUKAY

**SAÚDE SUPLEMENTAR EM DISPUTA:**

**Análise da dinâmica institucional do mercado de planos de saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Negócios pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Aprovado em 22/02/2025

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Marcelo Jacques Fonseca (orientador) – UNISINOS

---

Prof. Dra. Denise Franca Barros – Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Marlon Dalmoro – UFRGS

---

Prof. Dr. José Antônio Valle Antunes Junior – UNISINOS

---

Para Mariano e Antônio,  
que enchem os meus dias de alegria.

## AGRADECIMENTOS

Poucas experiências na vida são tão transformadoras quanto o mestrado, tanto no sentido profissional quanto no sentido pessoal. Muito além do aprofundamento acadêmico, é um mergulho em um processo de autodescoberta e crescimento. Quando, no primeiro encontro entre colegas e docentes, nos foi avisado que ninguém termina o mestrado sendo a mesma pessoa que começou, eu não tinha ideia do quanto isso iria se refletir na minha jornada.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Marcelo Fonseca, por aceitar o desafio de orientar uma pesquisadora iniciante em um campo desconhecido para mim. Seu incentivo e provocações intelectuais foram essenciais para que este trabalho se tornasse, de fato, uma reflexão genuína das minhas reflexões e inquietações.

Ao meu cachorro, Átila, que me acompanhou durante as aulas remotas e em todas as horas que passei escrevendo este trabalho. Eu literalmente nunca estive sozinha.

Aos colegas e amigos que fiz ao longo do mestrado, minha gratidão por compartilharem essa jornada comigo. O bom humor e espírito colaborativo de vocês transformaram até as demandas mais difíceis em momentos leves e divertidos. Sem vocês, o mestrado (e a vida) não teria tanta graça.

Agradeço ao meu filho, Antônio, que chegou ao mundo no meio dessa jornada e transformou a minha vida de maneiras que eu nem sabia serem possíveis. Contigo, estou aprendendo a viver a vida com mais calma e presença. Te ver descobrir o mundo me mostra que os momentos mais preciosos estão nas pausas, nos sorrisos e nos pequenos gestos do dia a dia.

E principalmente, agradeço ao meu marido, Mariano. Não há palavras suficientes para expressar o quanto sou grata pelo apoio incondicional, não só durante o mestrado, mas em todos os momentos da nossa vida. Obrigada por ser meu refúgio nos dias difíceis, por me lembrar do meu valor quando eu mesma duvidei e principalmente, por estar do meu lado com tanto amor e paciência.

*A saúde não é apenas uma questão de bem-estar individual, mas também um reflexo das escolhas coletivas de uma sociedade.*

*Amartya Sen*

## RESUMO

A saúde suplementar brasileira configura um campo contestado, caracterizado por tensões entre interesses econômicos, sociais e políticos. Este estudo, fundamentado na teoria institucional, busca compreender as dinâmicas da legitimidade nesse mercado por meio da análise de sua trajetória histórica, estrutura atual e lógicas institucionais emergentes. A pesquisa identifica três lógicas institucionais predominantes — a lógica de mercado, a lógica dos direitos sociais e a lógica estatal — que influenciam as práticas e decisões dos atores do setor. Os resultados apontam que a legitimidade do setor é continuamente desafiada por fatores como a percepção de foco excessivo no lucro, o crescimento intenso da judicialização e questionamentos à eficácia da regulação da ANS. Ataques à legitimidade do setor abalam a confiança entre as partes, demandando estratégias que conciliem pressões regulatórias, demandas sociais e práticas éticas, de modo a sustentar a legitimidade normativa, cognitiva e regulativa do mercado. Estratégias voltadas à transparência e à educação dos consumidores são destacadas como essenciais para fortalecer a confiança no mercado e promover maior equilíbrio. A contribuição teórica deste trabalho reside na compreensão na dinâmica de legitimação e deslegitimação em um mercado contestado, influenciado por múltiplas lógicas institucionais e marcado por uma forte presença regulatória. A contribuição prática está no fornecimento de subsídios para o desenvolvimento de estratégias institucionais e discursivas que fortalecem a legitimidade do setor, por meio de propostas para mitigar os ataques promovidos pelas narrativas identificadas. Por fim, o estudo do mercado de saúde suplementar pode subsidiar políticas públicas ao revelar diferentes perspectivas e discursos no debate.

**Palavras-chave:** saúde suplementar; legitimidade; teoria institucional; mercados contestados

## ABSTRACT

The Brazilian supplementary healthcare sector constitutes a contested field, characterized by tensions between economic, social, and political interests. This study, grounded in institutional theory, seeks to understand the dynamics of legitimacy in this market by analyzing its historical trajectory, current structure, and emerging institutional logics. The research identifies three predominant institutional logics — the market logic, the social rights logic, and the state logic — that influence the practices and decisions of sector actors. The findings indicate that the sector's legitimacy is continuously challenged by factors such as the perception of excessive profit-driven focus, the intense growth of judicialization, and questions regarding the effectiveness of ANS regulation. Attacks on the sector's legitimacy undermine trust among stakeholders, requiring strategies that reconcile regulatory pressures, social demands, and ethical practices to sustain the market's normative, cognitive, and regulatory legitimacy. Strategies focused on transparency and consumer education are highlighted as essential for strengthening market trust and promoting greater balance. The theoretical contribution of this study lies in its understanding of the dynamics of legitimation and delegitimation in a contested market influenced by multiple institutional logics and marked by strong regulatory presence. The practical contribution lies in providing insights for the development of institutional and discursive strategies that reinforce the sector's legitimacy through proposals to mitigate the attacks promoted by identified narratives. Finally, the study of the supplementary healthcare market can support public policies by revealing different perspectives and discourses within the debate.

**Keywords:** supplementary healthcare; legitimacy; institutional theory; contested markets

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Ranking de importância de bens e serviços.....                                     | 15 |
| Figura 2 – O campo da saúde suplementar .....   | 18 |
| Figura 3 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por estado e por município..... | 52 |
| Figura 4 – Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação...53         |    |
| Figura 5 – Novos processos relacionados à saúde suplementar .....                             | 56 |
| Figura 6 – Distribuição de beneficiários por faixa etária.....                                | 57 |
| Figura 7 – Resultados operacionais das operadoras por trimestre .....                         | 59 |
| Figura 8 – Linha do tempo da formação do campo da saúde suplementar.....                      | 60 |
| Figura 9 – O campo da saúde suplementar .....   | 64 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Visão geral dos artigos de marketing usando a teoria institucional .....   | 27 |
| Quadro 2 — Três pilares das instituições .....  | 34 |
| Quadro 3 – Estratégias de megamarketing .....   | 37 |
| Quadro 4 – Visão geral das abordagens metodológicas nas pesquisas na área de marketing a partir das lentes da teoria institucional..... | 40 |
| Quadro 5 - Fontes de dados documentais .....  | 41 |
| Quadro 6 – Dados de fontes jornalísticas e publicações em redes sociais .....   | 44 |
| Quadro 7 – Coleta de entrevistas e falas relevantes.....  | 45 |
| Quadro 8 – Categorias e subcategorias de análise.....   | 47 |
| Quadro 9 – Ações para mitigar ataques a legitimidade.....   | 89 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| ANS     | Agência Nacional de Saúde Suplementar                          |
| SUS     | Sistema Único de Saúde   |
| IESS    | Instituto de Estudos em Saúde Suplementar                      |
| MSD     | Market system dynamics   |
| CAPs    | Caixas de Aposentadorias e Pensões                             |
| IAPs    | Institutos de Aposentadorias e Pensões                         |
| INPS    | Instituto Nacional de Previdência Social                       |
| CNJ     | Conselho Nacional de Justiça                                   |
| TEA     | Transtorno do Espectro Autista                                 |
| CPI     | Comissão Parlamentar de Inquérito                              |
| Procon  | Programa de Proteção e Defesa do Consumidor                    |
| NIP     | Notificação de Intermediação Preliminar                        |
| ABRAMGE | Associação Brasileira de Medicina de Grupo                     |
| ANAHP   | Associação Nacional de Hospitais Privados                      |
| INAMPS  | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| CFM     | Conselho Federal de Medicina                                   |
| Conitec | Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS        |
| NATJus  | Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário                         |
| ABAG    | Associação Brasileira de Agronegócio                           |

## SUMÁRIO

|               |   |            |
|---------------|---|------------|
| <b>1.</b>     | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>14</b>  |
| <b>2.</b>     | <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>                                    | <b>25</b>  |
| <b>2.1.</b>   | <b>Perspectiva do marketing na teoria institucional .....</b>         | <b>26</b>  |
| <b>2.2.</b>   | <b>Campo institucional .....</b>                                      | <b>29</b>  |
| <b>2.3.</b>   | <b>Lógicas institucionais .....</b>                                   | <b>31</b>  |
| <b>2.4.</b>   | <b>Legitimidade .....</b>   | <b>33</b>  |
| <b>2.4.1.</b> | <b>Desinstitucionalização .....</b>                                   | <b>35</b>  |
| <b>2.5.</b>   | <b>Megamarketing .....</b>  | <b>36</b>  |
| <b>3.</b>     | <b>MÉTODO DE PESQUISA .....</b>                                       | <b>39</b>  |
| <b>3.1.</b>   | <b>Procedimentos de coleta de dados.....</b>                          | <b>41</b>  |
| <b>3.2.</b>   | <b>Procedimentos de análise dos dados.....</b>                        | <b>46</b>  |
| <b>4.</b>     | <b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>                       | <b>49</b>  |
| <b>4.1.</b>   | <b>Formação do mercado de saúde suplementar até a atualidade.....</b> | <b>49</b>  |
| <b>4.2.</b>   | <b>Configuração atual do mercado de saúde suplementar .....</b>       | <b>60</b>  |
| <b>4.3.</b>   | <b>Legitimidade na saúde suplementar.....</b>                         | <b>72</b>  |
| <b>5.</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                     | <b>84</b>  |
| <b>5.1.</b>   | <b>Implicações teóricas .....</b>                                     | <b>86</b>  |
| <b>5.2.</b>   | <b>Implicações práticas .....</b>                                     | <b>87</b>  |
| <b>5.3.</b>   | <b>Limitações da pesquisa .....</b>                                   | <b>90</b>  |
| <b>5.4.</b>   | <b>Sugestões para pesquisas futuras .....</b>                         | <b>92</b>  |
|               | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>94</b>  |
|               | <b>APÊNDICE A.....</b>  | <b>100</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A mercantilização da saúde é um tema intrinsecamente controverso, especialmente no contexto pós-pandemia de COVID-19. Esse cenário intensificou os debates sobre o equilíbrio entre os interesses econômicos e o direito universal à saúde, expondo desigualdades estruturais e desafios éticos relacionados ao acesso e à prestação de serviços de saúde. A pandemia evidenciou a importância de sistemas de saúde resilientes, capazes de equilibrar a eficiência na gestão de recursos com a garantia de acesso e qualidade no atendimento às necessidades da população. A sobrecarga do sistema – tanto público quanto privado – levantou sérios debates a respeito do financiamento dos sistemas de saúde e da sustentabilidade econômica destes. Além disso, ao evidenciar a sua centralidade para o bem-estar social, a crise sanitária reafirmou a importância estratégica desses sistemas na manutenção das cadeias produtivas ao redor do mundo, ressaltando a interdependência entre saúde, economia e políticas públicas.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece que 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”* (Constituição Da República Federativa Do Brasil de 1988., 1988), fornecendo a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em paralelo ao sistema público de saúde, coexiste o acesso privado, que pode ocorrer tanto por meio do desembolso direto (modelo em que o cidadão paga do próprio bolso pelos serviços de saúde prestados) ou por meio da saúde suplementar, regulado pelo governo através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essa configuração gera uma sobreposição entre o direito constitucional ao acesso universal e a opção por serviços privados, criando um sistema híbrido que reflete tensões e desigualdades entre o público e o privado.

A dualidade deste cenário, na qual o sistema público busca garantir saúde como direito enquanto o setor privado se organiza como mercado, é resultado de processos históricos e da interação de diversos atores ao longo do desenvolvimento do Estado brasileiro. O mercado de saúde suplementar, nesse contexto, opera como um espaço de interseção entre essas duas esferas. Esse mercado desempenha um papel de relevância econômica, social e estratégica no desenvolvimento do país.

Apesar da existência do SUS, os planos de saúde ocupam uma posição de destaque entre os desejos da população brasileira. De acordo com um relatório do Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS), eles aparecem como o terceiro bem ou serviço mais valorizado, tanto por quem já possui um plano quanto por quem ainda não é beneficiário, como mostra a Figura 1. Em ambos os casos, as principais razões apontadas para contratar um plano de saúde são a busca por segurança, a vontade de evitar a dependência do sistema público de saúde e o conforto associado à qualidade do atendimento oferecido pela rede privada (IESS, 2021).

Figura 1 - Ranking de importância de bens e serviços



(Fonte: IESS (2021))

Conseqüentemente, o setor de saúde suplementar desempenha um papel essencial na estrutura do sistema de saúde brasileiro. Com aproximadamente 51,4 milhões de beneficiários, ele atende cerca de 25% da população brasileira, contribuindo de forma significativa para aliviar a pressão sobre o sistema público (ANS, 2024c). Em termos de volume de atendimento, o setor suplementar realiza uma quantidade expressiva de procedimentos, especialmente em média e alta complexidade. Em 2023, por exemplo, foram registradas mais de 275 milhões de consultas médicas, 9,1 milhões de internações hospitalares e um volume significativo de exames de alta tecnologia, como tomografias e ressonâncias magnéticas.

Além disso, no ano de 2024, as receitas das contraprestações – ou seja, das mensalidades pagas em troca da cobertura e dos serviços médicos – alcançaram R\$

233 bilhões (ANS, 2024c). Em comparação, para o mesmo período, o orçamento planejado pelo Governo Federal para a saúde foi de R\$ 218,5 bilhões. Além de refletir a complexidade do financiamento da saúde no Brasil, essa disparidade evidencia a importância da rede privada na estabilidade do sistema de saúde brasileiro.

A Lei Federal n. 9656 (BRASIL, 1998) regulamentou a atuação das operadoras de planos de saúde no Brasil. A partir dela, iniciou-se o estabelecimento de regras para a comercialização dos planos de saúde. As operadoras, conforme definido pela Lei, são pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde. Estas organizações atuam em diferentes modalidades: medicina de grupo, seguradoras, filantropias, cooperativas e autogestões. Além das operadoras, ainda há a atuação das administradoras de benefícios, cuja ação também é regulamentada pela ANS e que atuam como intermediárias na contratação de planos de saúde.

A institucionalização da saúde suplementar tornou este mercado competitivo e altamente relevante. Entretanto, o setor não está livre de controvérsias: o crescimento dos custos operacionais relacionados às coberturas, a judicialização excessiva e os desafios regulatórios têm evidenciado a disputa entre a sustentabilidade desse mercado e a sua capacidade de cumprir seu papel de forma justa e que supra as demandas e expectativas dos clientes. O estudo do mercado da saúde suplementar torna-se especialmente relevante dado que ele opera em um campo de tensões e negociações constantes, onde convergem interesses públicos, privados e individuais.

No estudo clássico dos mercados, os economistas se concentram na noção de que os mercados são espaços onde ocorrem trocas de bens e serviços. O conceito de mercado é tratado como uma abstração, sem interações sociais, instituições ou tecnologias, baseado na ideia de que todos os comportamentos dos participantes podem ser vistos como racionais, egoístas e maximizadores de utilidade. Em outras palavras, essa abordagem econômica usa o mercado (ou as trocas) para explicar a vida social e econômica ao invés de explicar o mercado ou as trocas em si (LIE, 1997).

Abordagens baseadas na sociologia dos mercados deixam de lado essa concepção abstrata que os trata como fenômenos naturais. Callon (1998) argumenta que os mercados não se limitam a arenas de transação econômica, mas resultam de múltiplas práticas que influenciam sua estrutura e funcionamento. Essa perspectiva destaca que os mercados são social e culturalmente inseridos, em vez de sistemas

autônomos regidos apenas por forças econômicas. O autor ainda destaca que os mercados são construídos através de uma variedade (muitas vezes conflitantes) de práticas, sendo necessário prestar atenção às formas específicas que os mercados adquirem como resultado dos esforços para moldá-los.

De acordo com Giesler e Fischer (2017), a tendência a se concentrar nas perspectivas dos atores econômicos (consumidores e empresas) limita a compreensão de como as estruturas concretas de trocas surgem e evoluem. Para superar essa limitação, a abordagem das dinâmicas de sistemas de mercado (*market system dynamics* ou MSD) busca teorizar sobre os mercados como resultados de negociações discursivas e práticas de múltiplos atores. Os esforços para preencher as lacunas entre as abordagens mais racionalistas e as abordagens neoinstitucionais tem implicações importantes nos estudos de mercado. Lounsbury (2007) explica que, apesar de pesquisas prévias acumularem algum conhecimento sobre mercados como estruturas sociais, boa parte dessas negligenciava como mercados estão ligados a lutas políticas em nível de campo mais amplo sobre significados e recursos. O autor destaca que a construção de mercado não é um processo natural ou inevitável, e muitas vezes envolve conflitos sobre significados e infraestrutura. Isto sugere a necessidade de maior atenção às origens e estruturação das lógicas e como elas moldam as práticas de uma indústria e a tomada de decisões das organizações.

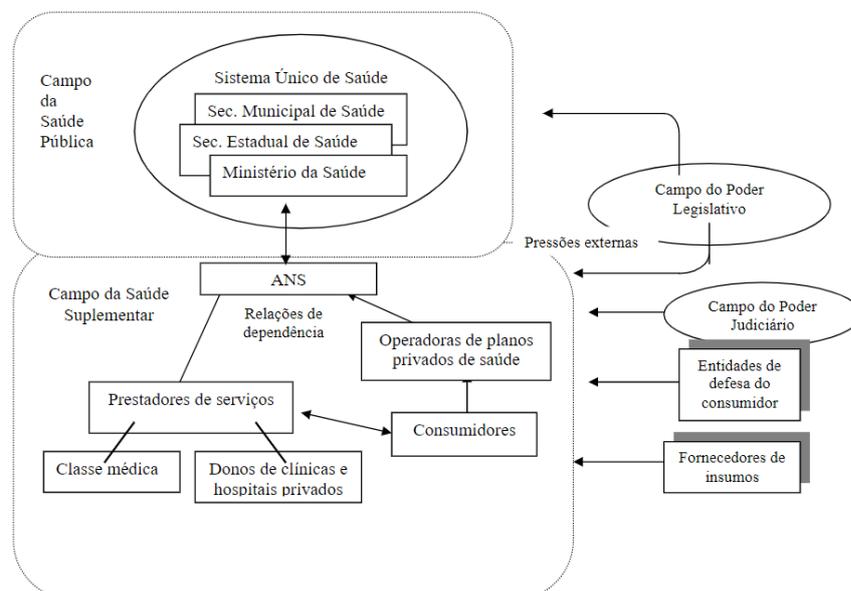
Scott et al. (2000) analisam as transformações institucionais no campo da saúde nos Estados Unidos. Os autores argumentam que o campo da saúde americano se tornou progressivamente fragmentado. Diferentes lógicas institucionais (profissional, gerencial, estatal) competem por legitimidade, o que gera conflitos entre médicos, gestores, reguladores e outros atores. Os conflitos entre lógicas institucionais revelam tensões que moldam tanto as práticas em um determinado setor quanto a percepção do público sobre o papel desse segmento. A saúde suplementar brasileira, como mercado institucionalizado, também é impactada por disputas regulatórias, sociais e éticas, que influenciam diretamente a forma como as organizações estruturam suas ofertas e justificam suas decisões.

Além disso, Humphreys et al. (2017) destacam que os mercados contestados – ou seja, aqueles marcados por narrativas conflitantes sobre legitimidade – exigem o uso de estratégias discursivas para moldar o campo em benefício de determinados interesses. No caso da saúde suplementar brasileira, as disputas envolvendo a

judicialização excessiva, as práticas de reajuste de preços e o desequilíbrio entre a oferta de serviços e as demandas da população são exemplos claros de como diferentes atores buscam influenciar a regulação e a percepção pública em busca de legitimidade e sustentabilidade.

Vieira e Vilarinho (2004) estudaram a formação do campo da saúde suplementar no Brasil e a estrutura de atores que o integram a partir de dados documentais e entrevistas coletados entre os anos de 2000 e 2003. Os autores identificaram os atores sociais relevantes e as pressões externas às quais o campo está submetido. Cada um dos atores possui objetivos estratégicos próprios e utiliza recursos de poder específicos para alcançá-los. As operadoras de planos de saúde (nesta categoria entram as administradoras, medicinas de grupo, cooperativas médicas e odontológicas, entidades filantrópicas, seguradoras especializadas em saúde e autogestões) são as principais empresas que atuam no campo da saúde suplementar, ofertando os serviços de assistência à saúde à beneficiários mediante o pagamento de uma contraprestação pecuniária. Os prestadores de serviço englobam a classe médica, clínicas, laboratórios e hospitais que efetivam a prestação dos atendimentos aos beneficiários dos planos de saúde e são posteriormente remunerados pelas operadoras. A agência reguladora (ANS) fiscaliza e regulamenta as atividades das operadoras de planos de saúde, sendo responsável por garantir que as empresas cumpram as normas e padrões estabelecidos no setor.

Figura 2 – O campo da saúde suplementar



(Fonte: Vieira; Vilarinho, 2004)

Vieira e Vilarinho (2004) já apontavam o papel do Poder Judiciário no campo da saúde suplementar como um dos principais representantes dos consumidores de planos de saúde. O estudo destaca que as decisões judiciais desempenham um papel importante na consolidação de jurisprudências, estabelecendo precedentes que orientam futuros julgamentos e contribuem para a proteção dos usuários. Entretanto, o volume de processos relacionados à saúde cresceu significativamente e o tema de judicialização da saúde passou a ser debatido amplamente.

Na tradição das pesquisas em dinâmicas de mercado (*market system dynamics*), os mercados são teorizados como resultado de negociações discursivas entre múltiplos stakeholders incluindo, além de vendedores e consumidores, um conjunto mais amplo de agentes moldadores de mercado, como gerentes, empreendedores, jornalistas, formuladores de políticas, cientistas, autoridades religiosas, entre outros (GIESLER; FISCHER, 2017). A partir deste conceito, este trabalho propõe um ajuste na configuração do campo, a partir da inclusão do Poder Judiciário como um agente moldador significativo no mercado de saúde suplementar.

Vieira e Vilarinho (2004) também mencionam a presença de duas lógicas principais atuantes no campo da saúde suplementar: a lógica de mercado e a lógica dos direitos sociais. A lógica de mercado é baseada na busca pelo lucro e na maximização dos resultados financeiros das operadoras de planos de saúde. A lógica dos direitos sociais, por sua vez, é baseada na ideia de que o acesso à saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos e que o acesso deverá ser igualitário a todos os usuários, independentemente de sua renda. Para os autores, a lógica de mercado frequentemente pode se sobrepor à lógica dos direitos sociais, o que pode levar a práticas abusivas e desrespeito aos consumidores.

Em outro estudo no campo da saúde suplementar, Freitas (2018) analisou as mudanças na regulamentação da fiscalização dos planos de saúde e as lógicas institucionais atuantes nesse contexto. O autor apontou três lógicas institucionais atuantes no campo da saúde suplementar: a da defesa do interesse público, a de proteção ao consumidor e a de mercado. A lógica da defesa do interesse público é priorizada pela agência reguladora, a ANS, em que aparece a preocupação com o atendimento dos beneficiários dos planos de saúde e com o equilíbrio econômico das empresas. A lógica de proteção ao consumidor, priorizada pelas organizações que defendem os direitos dos consumidores, tem como objetivo garantir que as

operadoras cumpram suas obrigações contratuais e ofereçam serviços de qualidade aos usuários. Por fim, a lógica de mercado, priorizada pelas operadoras, que busca maximizar os lucros. O autor também identifica a existência de uma alternância entre as lógicas que pode ocorrer em diversos momentos, dependendo das pressões políticas, econômicas e sociais que afetam o campo da saúde suplementar.

A alternância entre lógicas dominantes motivada por pressões tem repercussão importante do ponto de vista das dinâmicas de um mercado e do processo de legitimação deste. Na busca pela compreensão de como uma indústria adquire legitimidade cognitiva, Humphreys e Latour (2013) estudaram o impacto do enquadramento discursivo nas dinâmicas do mercado de jogos online, em especial no que diz respeito à legitimação da indústria. As autoras sugerem que diferentes enquadramentos discursivos podem afetar as percepções dos consumidores em relação a uma indústria e, desta forma, influenciar suas decisões de consumo. O estudo destaca a importância do ponto de vista do público geral – mesmo aqueles que não possuem interesse direto – na aprovação tácita de uma indústria.

Nigam e Ocasio (2010) estudaram como a atenção pública acerca dos problemas no sistema de saúde norte-americano e do plano de reforma proposto pela administração Clinton influenciaram as lógicas institucionais existentes no setor. Os autores sugerem que o debate público pode moldar as crenças cognitivas dos atores do campo, influenciando a construção de sentido, que por sua vez irá influenciar as lógicas institucionais dominantes. No final da década de 1980, a crescente preocupação pública com o aumento dos custos e a ineficiência do sistema de saúde americano levou à demanda por reformas para resolver os problemas sistêmicos do setor e por soluções mais eficientes e acessíveis. O estudo sugere que é a partir dos questionamentos das dinâmicas do setor que ocorre a ascensão da lógica de cuidados gerenciados (*managed care*) – lógica que enfatiza a importância da coordenação da gestão do cuidado com o controle de custos. Esta lógica trouxe mudanças significativas na indústria da saúde, incluindo a mudança nos modelos de pagamento, a maior responsabilização dos provedores de serviços de saúde e a maior ênfase em cuidados de prevenção e gestão de doenças crônicas em detrimento da autonomia médica e da liberdade de escolha dos usuários.

No campo da saúde suplementar, assim como em outros contextos, o enquadramento discursivo pode influenciar as dinâmicas de mercado. Visto que a

saúde é um tema de grande interesse público, o debate acerca da regulação do setor e da cobertura dos planos de saúde frequentemente recebe atenção significativa dos meios de comunicação, das autoridades e da sociedade em geral. Por exemplo, ao longo de 2022, houve grande repercussão em torno do debate sobre a natureza do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS<sup>1</sup>. A principal questão discutida estava centrada na natureza do Rol: se deveria ser taxativo – ou seja, uma lista fechada e restrita de procedimentos que os planos de saúde são obrigados a cobrir – ou exemplificativo, permitindo uma interpretação mais ampla e não limitando a cobertura apenas aos procedimentos descritos na lista. Essa discussão mobilizou diversos atores, como órgãos de defesa do consumidor, representantes das operadoras de planos de saúde, especialistas em saúde pública, profissionais da área médica, entre outros. Os argumentos apresentados giraram em torno de dois aspectos centrais: a garantia de acesso na assistência à saúde e a viabilidade financeira do setor.

Além disso, o crescimento do número de demandas judiciais contra planos de saúde é amplamente noticiado. A judicialização, por si só, tem implicações relevantes no mercado da saúde suplementar gerando precedentes legais que podem estabelecer novos padrões de cobertura e impor novas obrigações às operadoras de planos de saúde. Um exemplo emblemático é a ampliação da cobertura para sessões de psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia destinadas a indivíduos em tratamento de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo pessoas com transtorno do espectro autista. Essa mudança foi impulsionada por decisões judiciais no estado de São Paulo e pela atuação do Ministério Público Federal, que estendeu essas decisões a todo o território nacional, levando a ANS a eliminar o limite de cobertura para esses tratamentos (ANS, 2021). Por outro lado, a judicialização também pode expor práticas das operadoras de saúde à contestação, afetando a confiança dos usuários nesse mercado. Esse tipo de litígio não apenas desafia a conduta das empresas, mas também levanta questionamentos sobre a legitimidade do setor como um todo.

---

<sup>1</sup> Em junho de 2022, a Segunda Seção do Superior Tribunal Justiça (STJ) publicou uma decisão definindo o entendimento de que o Rol seria taxativo e determinando os parâmetros para que, em situações excepcionais, ocorresse o custeio de procedimentos não previstos. Entretanto, em setembro do mesmo ano foi sancionada a Lei 14.454/2022, que estabelece que o Rol de Procedimentos passou a ser considerado exemplificativo, ou seja, passou a servir como referência básica para a cobertura dos planos de saúde.

A sustentabilidade financeira também passa a ter destaque na discussão da legitimidade do setor. Ainda que os reajustes anuais de contratos individuais e familiares sejam definidos pela agência reguladora (ANS), o seu impacto no orçamento das famílias é amplamente discutido na cobertura midiática. Por um lado, há a necessidade de equilibrar o aumento dos custos diretos, os custos com a judicialização e as expectativas dos usuários com a viabilidade econômica das operadoras de planos de saúde. Em contraponto, a percepção destes reajustes como abusivos, desproporcionais aos serviços prestados ou sem uma justificativa adequada abre espaço para a desconfiança e questionamentos sobre a legitimidade das operadoras.

No contexto da manutenção de um mercado, a legitimidade fornece a base de aceitação necessária para que este funcione de forma estável e sustentável. Ela estabelece a confiança necessária entre os diferentes agentes econômicos, além de assegurar que os consumidores percebam bens e serviços como valiosos e úteis. Em mercados contestados, esse atributo é ainda mais crítico, pois permite que as organizações resistam a pressões externas, justifiquem suas práticas e moldem percepções sociais para sustentar a sua posição no mercado (DEBENEDETTI et al., 2021; HOFFMAN, 1999; OLIVER, 1992). Isso significa que a legitimidade não só protege o mercado contra instabilidades, mas também promove sua adaptação e evolução. Na saúde suplementar, os conflitos discutidos neste trabalho demonstram como a legitimidade do setor tem sido desafiada, além de evidenciar a necessidade de estratégias robustas para manter a credibilidade e a confiança no mercado, elementos fundamentais para sua sustentabilidade a longo prazo.

Considerando a complexidade do campo da saúde suplementar, é evidente que a compreensão de como a maneira como a saúde suplementar é vista, encarada e questionada pelos diferentes atores do campo é uma parte essencial para a compreensão de como este mercado se comporta. Diante dos questionamentos apontados acima, este trabalho tem como objetivo geral **compreender as dinâmicas de legitimação e deslegitimação do mercado de saúde suplementar**. Para isto, são definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) analisar a trajetória histórica da formação do campo;
- b) mapear a estrutura atual do campo da saúde suplementar;

- c) descrever e analisar as lógicas institucionais emergentes e os discursos que reforçam ou enfraquecem a legitimidade do setor;
- d) discutir os reflexos das dinâmicas institucionais sobre a sustentabilidade e credibilidade do mercado de saúde suplementar.

A contribuição teórica deste trabalho reside na compreensão das dinâmicas de mercado e no processo de (des)legitimação em um ambiente contestado, caracterizado pela coexistência de múltiplas lógicas institucionais e por uma forte presença regulatória. O mercado de saúde suplementar no Brasil apresenta uma configuração singular para esse tipo de análise, pois combina elementos que tensionam a relação entre saúde como direito constitucional e saúde como produto comercializado. Essa tensão é ampliada pela ação de diversos atores externos à relação entre operadoras de planos de saúde e consumidores – incluindo órgãos reguladores, entidades de defesa do consumidor, a mídia e o poder judiciário – que moldam as práticas e percepções dentro do campo. Nesse contexto, a análise das dinâmicas de legitimação do mercado de saúde suplementar se torna especialmente relevante. Este trabalho busca avançar o entendimento de como o discurso público, articulado por diferentes atores, pode influenciar as percepções sociais e as práticas institucionais. Ao explorar essas interações, a pesquisa contribui para a construção do conhecimento sobre mercados contestados, oferecendo insights sobre como a legitimidade de um campo é construída, mantida ou desafiada.

Oliver (1992) propõe que a vantagem competitiva de uma empresa não pode ser explicada apenas pelos seus recursos internos, ela depende de como a organização gerencia seu contexto institucional e como responde às lógicas dominantes em seu campo. A contribuição gerencial deste estudo, portanto, resta na compreensão dos processos de criação, evolução e manutenção de mercados. A partir do entendimento que mercados são performados na prática, o marketing tem um papel importante na sua formação. Em mercados contestados, essa dinâmica se torna ainda mais evidente. Para Humphreys (2010a), a legitimidade de uma indústria pode ser moldada por meio de ações estratégicas materiais e retóricas. A autora aponta que estes mecanismos podem ser usados por atores tanto no sentido de legitimar uma indústria quanto para interromper o processo de legitimação. No campo da saúde suplementar, a compreensão destes mecanismos pode contribuir para identificar as narrativas predominantes e as tendências de percepção pública em relação à saúde suplementar

no Brasil. Por fim, a compreensão das dinâmicas de mercado na saúde suplementar brasileira pode contribuir no desenvolvimento de políticas públicas ao evidenciar as diferentes perspectivas e discursos presentes no debate público.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão abordados os aspectos teóricos que fundamentam o tema da pesquisa, a fim de oferecer um suporte conceitual para as análises que serão realizadas. Inicialmente será apresentada a perspectiva do marketing sob a ótica da teoria institucional. Esta linha de estudo de mostra relevante para a compreensão das dinâmicas de mercado e promove um diálogo mais robusto entre o marketing e a teoria institucional, permitindo uma integração mais intensa entre as duas áreas de pesquisa (SLIMANE et al., 2019).

O conceito de campo institucional fornece uma estrutura analítica e contextual para a compreensão das interações, relações de poder e dinâmicas sociais que influenciam como as lógicas institucionais são moldadas, negociadas e contestadas (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; THORNTON; OCASIO, 2008; THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012; WOOTEN; HOFFMAN, 2008). O conceito de lógicas institucionais, apresentado em seguida, é importante na compreensão mais profunda das dinâmicas de mercado, visto que mudanças nas lógicas institucionais dominantes são fundamentais para as conceitualizações da evolução do mercado (DUNN; JONES, 2010; THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012). Também é abordado o conceito de legitimação, processo pelo qual uma entidade ou organização é percebida como desejável, apropriada e em conformidade com as normas, valores e crenças em um determinado sistema social (DEEPHOUSE; SUCHMAN, 2008). A legitimação desempenha um papel crucial nas percepções e interações dos atores e, conseqüentemente, nas dinâmicas e evolução dos mercados.

Embora a literatura sobre marketing e teoria institucional tenha avançado na compreensão das estratégias de legitimação em mercados dinâmicos, ainda há lacunas no estudo do megamarketing em indústrias cujo sucesso depende não apenas da legitimidade — pragmática, moral e cognitiva — mas também da demonstração de virtudes duradouras e do compromisso com objetivos sociais. Este capítulo fundamenta teoricamente essa relação, articulando conceitos de campo institucional, lógicas institucionais e legitimação para explorar como empresas navegam em mercados contestados e equilibram interesses econômicos, culturais e sociais.

## 2.1. Perspectiva do marketing na teoria institucional

A teoria institucional é uma perspectiva que enfoca como as instituições sociais moldam o comportamento humano e organizacional. Esta abordagem sugere que as organizações são moldadas pelo ambiente em que estão inseridas e que, por sua vez, também podem influenciar e moldar este ambiente (DIMAGGIO; POWELL, 1983; MEYER; ROWAN, 1977). Inicialmente, os estudos em teoria institucional negligenciavam o papel do marketing, uma vez que o foco destes se encontrava nas reações das organizações às pressões institucionais ou como era desenvolvido um entendimento coletivo ou racionalidade coletiva (CHANEY; SLIMANE, 2014; SLIMANE ET AL., 2019).

Para os pesquisadores da área de marketing, no entanto, o principal foco resta na compreensão de como os diversos atores presentes no mercado interagem e como estas interações podem influenciar as organizações e produzir transformações no mercado. (SLIMANE et al., 2019). Nesse sentido, as abordagens institucionais são frequentemente utilizadas em estudos que buscam entender como mercados são moldados e transformados. Através dessas abordagens, é possível analisar como as definições e limites dos mercados são negociados ao longo do tempo, como os mercados são legitimados e como lógicas institucionais concorrentes influenciam o desenvolvimento do mercado (NENONEN; STORBACKA, 2021). Nesse contexto, destaca-se o conceito de lógicas institucionais. Diversos estudos demonstram a influência das lógicas institucionais nas ações e percepções de indivíduos e organizações (THORNTON; OCASIO, 1999).

A partir dos anos 2000, a análise institucional tem sido ampliada para compreender a formação e estruturação de mercados, tornando-se cada vez mais relevante. A principal contribuição da teoria institucional para o marketing é a sua capacidade de transcender a relação empresa-consumidor, ao levar em conta todos os atores que podem influenciar o mercado e o consumo – sejam eles competidores, distribuidores, fornecedores, legisladores, críticos, varejistas ou mesmo a mídia. De acordo com a teoria institucional, o consumo não pode ser considerado como uma variável totalmente exógena, dissociada das condições institucionais extra individuais dos atores do mercado (CHANEY; SLIMANE, 2014; SLIMANE et al., 2019).

Slimane et al. (2019) discutem a aplicação da teoria institucional na área de marketing. Os autores realizam uma revisão sistemática da literatura existente e identificam três principais perspectivas: a conformidade das empresas frente ao ambiente institucional, o papel das instituições nos serviços e a evolução dos mercados como um processo social, conforme demonstrado na tabela abaixo. A perspectiva da conformidade estuda como as empresas se adaptam as condições institucionais do ambiente para melhor atender os seus clientes. Os autores destacam que embora as pressões institucionais possam ser poderosas impulsionadoras de práticas específicas, a eficácia dessas práticas adotadas pode diminuir quando empresas são motivadas a adotá-las sob a influência de pressões institucionais.

A segunda perspectiva explorada por Slimane et al. (2019) se refere ao papel das instituições nos sistemas de serviço. Os autores argumentam que a lógica dominante de serviços (*service-dominant logic* – i.e. uma abordagem centrada na cocriação de valor entre fornecedores e consumidores) tem negligenciado os processos de cocriação de valor entre mercados. Estudos prévios citados pelos autores introduzem a consideração de arranjos institucionais em ecossistemas de serviço. Nos sistemas de serviços, a criação de valor não está limitada a produtores e consumidores, ou seja, todos os atores sociais são importantes e moldam essas práticas ao reproduzir as instituições que as guiam. Por fim, a terceira perspectiva descrita pelos autores trata da evolução de mercados como processo social. Esses estudos consideram a evolução dos mercados como um processo complexo de coconstrução.

Quadro 1 – Visão geral dos artigos de marketing usando a teoria institucional

| Orientação institucional                                  | Nível da análise   | Foco principal                             | Artigos ilustrativos  |
|---|--------------------|--|---|
| <b>Conformidade em relação ao ambiente organizacional</b> | Empresa/<br>Marca  | Pressões institucionais vindas do ambiente | Arnold, Kozinets e Handelman (2001); Grewal e Dharwadkar (2002); Bianchi e Arnold (2004); Auh e Menguc (2009); Hillebrand, Nijholt e Nijssen (2011); Kirca, Bearden e Roth (2011); Martin, Johnson e French (2011); Yang et al. (2012); Chaney, Carrillat e Zouari (2019) |
|   |                    | Busca de legitimidade                      | Handelman e Arnold (1999); Kates (2004); Chaney, Lunardo e Bressolles (2016)  |
| <b>Papel das instituições nos serviços</b>                | Sistema de Serviço | Instituições como elo de coordenação       | Edvardsson, Kleinaltenkamp, Tronvoll, McHugh e Windahl (2014); Vargo, Wieland e Akaka (2015); Vargo e Lusch (2016); Wieland, Koskela-Huotari e Vargo (2016)   |

(continua)

(continuação)

|  |         |  |  |
|--|---------|--|--|
| <b>Evolução do mercado como um processo social</b> | Mercado | Posição das empresas no mercado                | Palmer, Simmons, Robinson e Fearne (2015); Michel, Saucède, Pardo e Fenneteau (2019)   |
|  |         | Papel dos consumidores nas mudanças do mercado | Scaraboto e Fischer (2012); Dolbec e Fischer (2015); Kjeldgaard, Askegaard, Rasmussen e Østergaard (2017)                          |
|  |         | Criação e desenvolvimento de mercados          | Humphreys (2010a); Humphreys (2010b); Humphreys e Latour (2013); Ertimur e Coskuner-Balli (2015); Baker, Storbacka e Brodie (2019) |

(Fonte: SLIMANE et al., 2019)

Em especial, a perspectiva da evolução do mercado como um processo social se mostra útil para entender as ações adotadas pelos diferentes atores em um mercado e seus desdobramentos. Scaraboto e Fischer (2013) discutem as estratégias adotadas por consumidoras de moda *plus-size* como empreendedoras institucionais e os papéis desempenhados na moldagem das dinâmicas de mercado. Para as autoras, os consumidores podem buscar mais legitimidade e desempenhar um papel ativo nas mudanças de mercado, através de ações como a criação de comunidades de marca, participação em movimentos sociais relacionados ao consumo ou ainda a adoção de práticas alternativas que desafiam as normas estabelecidas.

Humphreys (2010b, 2010a), a partir do estudo de caso do mercado de jogos de azar nos Estados Unidos, demonstra como as estruturas normativas e regulatórias desempenham um papel crucial no processo de legitimação dos cassinos. Essas estruturas moldam como o público percebe e interpreta a prática de jogos de cassino, influenciando o processo de legitimação. Além disso, a autora destaca que as estruturas normativas e regulatórias também são usadas para estruturar concepções normativas sobre o jogo de cassino em relação a temas como crime, negócios e regulação. Essas estruturas mudam ao longo do tempo e são usadas por múltiplos stakeholders para moldar as percepções sobre o jogo de cassino. A autora argumenta que a compreensão dessas estruturas é fundamental para entender como as indústrias se estabelecem e se mantêm ao longo do tempo

Ertimur e Coskuner-Balli (2015) analisam as mudanças nas lógicas institucionais no mercado de yoga nos EUA e examinam como as marcas confrontam a pluralidade de lógicas e utilizam isso para moldar a dinâmica competitiva do mercado. A análise histórica de 30 anos do mercado de yoga nos EUA revela a coexistência de lógicas espirituais, médicas, de fitness e comerciais, que criam desafios e oportunidades para

as marcas que operam no mercado. As autoras apontam fatores que contribuem coletivamente para mudanças ou manutenção de diferentes lógicas nos mercados, incluindo o capital cultural dos atores do mercado, a legitimação de diferentes lógicas, a emergência de marcas generalistas e especialistas e as contestações entre as lógicas no campo. O estudo destaca a importância de entender essas lógicas e seus fatores impulsionadores para que as marcas possam desenvolver estratégias eficazes para navegar no ambiente institucional complexo do mercado e alcançar o sucesso.

## **2.2. Campo institucional**

Com o objetivo de compreender as dinâmicas de formação de mercado e as lógicas institucionais que as influenciam, é preciso compreender o conceito de campo institucional, visto que as organizações não operam isoladas, mas dentro de um contexto mais amplo e interconectado. Um campo institucional é composto um conjunto de organizações que constituem uma área institucionalmente reconhecida, incluindo fornecedores, consumidores de recursos e produtos, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços ou produtos semelhantes (SCOTT, 2014). Pode incluir também constituintes como o governo, parceiros de troca críticos, fontes de financiamento, associações profissionais e comerciais, grupos de interesses especiais e o público em geral – qualquer constituinte que imponha uma influência coercitiva, normativa ou mimética sobre a organização (DIMAGGIO; POWELL, 1983; SCOTT, 2014; WOOTEN; HOFFMAN, 2008).

Em outros termos, o campo institucional é uma *“comunidade de organizações que compartilha um sistema de significados comum e cujos membros interagem com mais frequência e intensidade uns com os outros do que com atores externos ao campo”* (SCOTT, 2014). Assim, os campos devem ser vistos não como fronteiras para essas comunidades de organizações, mas como espaços relacionais ricamente contextualizados onde atores diferentes interagem uns com os outros para desenvolver um entendimento coletivo relativo assuntos pertinentes a atividades relativas ao campo (WOOTEN; HOFFMAN, 2008). A virtude dessa unidade de análise é que ela direciona a atenção não apenas para empresas concorrentes ou para redes de organizações que realmente interagem, mas para a totalidade dos atores relevantes no contexto do campo (DIMAGGIO; POWELL, 1983).

De acordo com os estudos iniciais a respeito de campos institucionais, o comportamento das organizações é guiado por instituições – ou seja, estruturas culturais-cognitivas, normativas e reguladoras que forneciam estabilidade e significado coletivo ao comportamento social (SCOTT, 2014). Estas estruturas atuam como “fatos sociais” que as organizações levam em consideração ao determinar as ações. Quando os atores de uma organização recebem e incorporam estes fatos sociais de outros atores, estes se tornam institucionalizados, adquirindo um status de regra e passando a ser considerados como algo natural e óbvio (WOOTEN; HOFFMAN, 2008).

A institucionalização desses fatos fornece aos atores modelos de ação que criam respostas unificadas a incertezas, levando à isomorfismo, ou seja, uma semelhança na forma e função das organizações em um determinado campo (WOOTEN & HOFFMAN, 2008). De acordo com DiMaggio e Powell (1983), nos estágios iniciais do ciclo de vida de um campo, as organizações apresentam uma grande diversidade na abordagem e na forma de organização. No entanto, na medida que o campo organizacional se estabelece, há uma tendência à homogeneização. Estudos mais recentes, no entanto, passaram a explorar o conceito de mudança institucional.

As mudanças institucionais se referem a alterações significativas nas normas, valores e regras que governam as organizações e a sociedade em geral. Essas mudanças podem ocorrer devido a uma variedade de fatores, incluindo pressões regulatórias, econômicas e políticas, bem como conflitos entre lógicas institucionais concorrentes. A mudança institucional pode ser vista como um processo dinâmico que envolve a criação, manutenção e transformação das instituições ao longo do tempo. A compreensão da mudança institucional é fundamental para entender como as organizações e a sociedade se adaptam às mudanças no ambiente externo e como elas podem moldar esse ambiente por meio de suas próprias práticas e comportamentos. (LAWRENCE; SUDDABY, 2006; WOOTEN; HOFFMAN, 2008)

Reay e Hinnings (2005), através de um estudo qualitativo sobre uma iniciativa de reforma da saúde na província canadense de Alberta, abordam as mudanças institucionais enfatizando o papel das lógicas institucionais concorrentes como parte de um processo de mudança. Para os autores, tanto quanto a estrutura do campo organizacional, a consideração das lógicas institucionais é fundamental para

compreender as mudanças institucionais. Para Thornton e Ocasio (2008), no entanto, as lógicas institucionais conflitantes não são uma explicação por si só nas mudanças institucionais, mas sim um antecedente ou uma consequência. Outros fatores – como pressões regulatórias ou econômicas, por exemplo – também podem desempenhar um papel importante na criação de pressões para a mudança.

### **2.3. Lógicas institucionais**

As lógicas institucionais são padrões históricos e socialmente construídos de práticas materiais, suposições, valores, crenças e regras que moldam a cognição e o comportamento dos indivíduos. Esses padrões são a base para as regras dadas como certas dentro de um sistema de crenças e práticas dominantes em um determinado campo organizacional (SCOTT, 2014; THORNTON; OCASIO, 1999; THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012). Lógicas são um constructo teórico importante, uma vez que contribuem no entendimento das conexões que criam um senso de propósito entre os indivíduos de um mesmo campo organizacional. O tema surgiu como campo de pesquisa a partir da perspectiva apresentada no trabalho de Friedland e Alford (1991), onde os autores propunham que sociedades são feitas de múltiplas (e frequentemente conflitantes) lógicas ou sistemas de crenças, cada um com seus valores, normas e práticas. Essas lógicas moldam a maneira como indivíduos e organizações compreendem o mundo e organizam suas ações. Para os autores, as lógicas institucionais fornecem os princípios organizadores de um campo.

Friedland e Alford (1991) também sustentam que cada uma das mais importantes ordens institucionais da sociedade ocidental contemporânea possui uma lógica central que define suas principais características e seus princípios organizacionais. Essa lógica é composta por práticas materiais (normas, regulamentos, procedimentos) e construções simbólicas (como valores, crenças e ideologias) que orientam as ações e decisões de indivíduos dentro desses sistemas institucionais.

*“A lógica institucional do capitalismo é a acumulação e a mercantilização da atividade humana. A do estado é a racionalização e a regulamentação da atividade humana por meio de hierarquias legais e burocráticas. A da democracia é a participação e a extensão do controle popular sobre a atividade humana. A da família é a comunidade e a motivação da atividade humana pela lealdade incondicional aos seus membros e suas necessidades reprodutivas. A da religião, ou da ciência, é a verdade, seja ela mundana ou transcendental, e a construção simbólica da realidade dentro da qual toda*

*atividade humana ocorre. Essas lógicas institucionais são simbolicamente fundamentadas, estruturadas organizacionalmente, defendidas politicamente e tecnicamente e materialmente limitadas, e, portanto, têm limites históricos específicos.* (FRIEDLAND; ALFORD, 1991, p. 248-249)

No nível organizacional, as lógicas podem direcionar a atenção a questões específicas e possíveis soluções, levando a decisões coerentes com a lógica predominante na organização e reforçando sua identidade e estratégia existente. Em outras palavras, as lógicas podem ser usadas para orientar as decisões organizacionais de maneira consistente e coerente com a identidade e estratégias já estabelecidas (LOUNSBURY, 2007).

Na medida que as empresas de um determinado setor interagem ao longo do tempo, estas tendem a desenvolver concepções compartilhadas sobre a natureza do negócio, sobre como atender às necessidades dos compradores ou ainda de qual é a maneira mais eficaz de conduzir as suas operações. Besanko et al. (2013) apontam que, paradoxalmente, enquanto mantidas em contextos estáveis, as lógicas institucionais atuantes têm pouca importância estratégica, uma vez que dizem respeito ao que as organizações dão como certo.

As organizações e indivíduos tem alguma liberdade para moldar e adaptar essa lógica central de acordo com suas necessidades e objetivos específicos. Ao mesmo tempo em que as lógicas moldam a compreensão dos atores daqueles comportamentos considerados significativos, elas próprias são moldadas e modificadas por estes comportamentos (THORNTON; OCASIO, 2008).

Thornton (2001), em um estudo analisando as aquisições na indústria de publicações de ensino superior, constatou que os padrões dessas aquisições – ou seja, as estratégias empregadas pelas organizações – variavam de acordo com a lógica dominante. A lógica de controle pessoal é baseada em relações interpessoais e confiança, onde o foco está na construção de relacionamentos e na flexibilidade das negociações. A lógica de controle de mercado é baseada em contratos e mecanismos formais de controle, onde o foco está na eficiência e na aplicação de regras e procedimentos estabelecidos. O estudo aponta que estas duas podem entrar em conflito em situações de aquisição.

## 2.4. Legitimidade

A legitimação<sup>2</sup> – processo pelo qual as organizações buscam obter a aprovação e o reconhecimento das suas atividades na sociedade – é um conceito central na teoria institucional. (DEEPHOUSE; SUCHMAN, 2008). As organizações precisam de aceitação social e credibilidade para sobreviver e prosperar, ou seja, elas precisam de legitimidade (SCOTT, 2014).

*“Legitimidade é uma percepção ou suposição generalizada de que as ações de uma entidade são desejáveis, adequadas ou apropriadas dentro de algum sistema socialmente construído de normas, valores, crenças e definições.” (SUCHMAN, 1995 p. 574)*

Sob a ótica da teoria institucional, a legitimidade está estruturada em três pilares principais – o regulativo, o normativo e o cognitivo-cultural (SCOTT, 2014). O pilar regulatório refere-se às regras formais e informais que regem o comportamento das organizações. Este está ligado à legitimidade legal das organizações, ou seja, se estas estão em conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis. O pilar normativo refere-se às normas sociais e aos valores compartilhados que orientam o comportamento das pessoas em um determinado contexto. Este pilar está ligado à legitimidade moral das organizações. Por fim, o pilar cognitivo cultural refere-se à crenças, valores e ideias que moldam a percepção de realidade das pessoas e está ligado a forma como as organizações são percebidas como coerentes com as crenças e valores da sociedade. Estes pilares estão interconectados e influenciam mutuamente a forma com que as organizações são percebidas e avaliadas – ou seja, influenciam a percepção de que uma organização é legítima. (DEEPHOUSE; SUCHMAN, 2008; SCOTT, 2014).

---

<sup>2</sup>É comum o uso do termo "legitimação" para descrever o processo pelo qual as organizações buscam obter legitimidade. O termo "legitimidade" também é amplamente utilizado para se referir à percepção geral de que uma organização é desejável, apropriada e adequada dentro de um sistema social construído por normas, valores e crenças. Portanto, enquanto a legitimidade se refere à percepção geral de aceitação, a legitimação refere-se às ações empreendidas pelas organizações para obter ou sustentar essa legitimidade. Ambos são termos frequentemente utilizados na teoria institucional, embora possam ter sutis diferenças de ênfase ou conotação em determinados contextos

Quadro 2 — Três pilares das instituições

|  | <b>Regulativo</b>           | <b>Normativo</b>          | <b>Cultural-cognitivo</b>  |
|--|-----------------------------|---------------------------|--|
| <b>Base de conformidade (compliance)</b> | Expertise                   | Obrigação social          | Dado como certo<br>Conhecimento compartilhado                          |
| <b>Base de ordem</b>                     | Regras regulatórias         | Expectativas vinculantes  | Esquema construtivo  |
| <b>Mecanismos</b>                        | Coercitivo                  | Normativo                 | Mim tico   |
| <b>Lógica</b>                            | Instrumentalidade           | Adequa o                  | Ortodoxia  |
| <b>Indicadores</b>                       | Regras<br>Leis<br>San oes   | Certifica o<br>Acredita o | Crenças compartilhadas<br>Lógicas de a o compartilhadas<br>Isomorfismo |
| <b>Influência</b>                        | Medo da culpa/<br>Inocência | Vergonha/<br>Honra        | Certeza/<br>Confusão   |
| <b>Base de legitimidade</b>              | Legalmente sancionada       | Moralmente governada      | Compreensível<br>Reconhecível<br>Suportada culturalmente               |

(Fonte: SCOTT, 2014, p. 60)

Suchman (1995) aprofunda essa análise ao dividir a legitimidade em três dimensões principais: pragmática, moral e cognitiva, conectando-as às percep es e expectativas dos stakeholders em rela o   organiza o. A legitimidade pragmática baseia-se no interesse próprio dos stakeholders, derivando da percep o de que a organiza o oferece benefícios diretos e concretos. A legitimidade moral está enraizada em julgamentos sobre o que   socialmente correto ou justo, refletindo avalia es normativas da conduta organizacional. Já a legitimidade cognitiva adv m da aceita o cultural tácita de que a organiza o   necessária ou inevitável, alinhando-se às estruturas culturais existentes.

Suchman (1995) também equilibra as abordagens estratégica e institucional, destacando que a legitimidade pode ser gerida ativamente pelas organiza es, mas dentro das restri es impostas pelas estruturas culturais e institucionais. Assim, os pilares regulativos, normativos e cognitivo-culturais podem ser compreendidos como expressões dessas dimensões de legitimidade, articulando-se para moldar a percep o das organiza es como legítimas dentro de seus contextos sociais e institucionais.

Humphreys (2010a) fala sobre a importância da legitimidade na indústria dos jogos de azar nos Estados Unidos e como essa legitimidade é construída ao longo do tempo. A autora argumenta que a legitimidade ocorre como um processo social que envolve a aceitação do público dos jogos de azar em cassinos como uma prática legítima e aceitável. O estudo mostra como as estruturas normativas e regulatórias desempenham um papel crucial na legitimação do mercado. A autora também aponta que a legitimidade é construída a partir da interação entre as lógicas regulativa, normativa e cognitivo-cultural que moldam a percepção do público a respeito dos cassinos ao longo do tempo. Em outro estudo analisando o mesmo campo institucional (HUMPHREYS, 2010b), a autora aborda como as mudanças no discurso público e na regulamentação legal desempenharam um papel na dinâmica desse mercado e no comportamento do consumidor.

Humphreys e Latour (2013) investigaram o impacto do enquadramento discursivo nos julgamentos de legitimidade no mercado de jogos de azar online. Os achados deste estudo sugerem que mudanças no enquadramento discursivo podem afetar a dimensão cognitiva da legitimidade, que por sua vez, impactam na dimensão normativa. As autoras exploram o papel dos não-usuários no processo de legitimação. Os não-usuário são indivíduos que, devido à falta de familiaridade ou experiência com o mercado em questão, dependem mais de associações implícitas ao formarem seus julgamentos. O estudo indica que esses julgamentos dos não-usuários são influenciados pelos efeitos do enquadramento discursivo. Ou seja, caso o mercado de apostas online seja apresentado de uma maneira negativa, os não-usuários podem ter uma visão menos favorável e considerá-lo menos legítimo. As autoras também apontam que a percepção dos não-usuários desempenham um papel importante na criação de um senso generalizado de adequação e legitimidade.

#### **2.4.1. Desinstitucionalização**

No contexto da teoria institucional, a legitimidade é fundamental para a sustentação das práticas organizacionais, sendo um recurso que confere aceitação social às ações e decisões das empresas. No entanto, como argumenta Oliver (1992), a falta de legitimidade — seja ela pragmática, moral ou cognitiva — pode desencadear processos de desinstitucionalização, que ocorre como um processo dinâmico no qual

a legitimidade de uma prática organizacional, anteriormente considerada aceita e normal, começa a enfraquecer.

Oliver (1992) explica que a desinstitucionalização é desencadeada por três tipos principais de pressões. Pressões políticas resultam de conflitos de poder, intervenções externas ou mudanças regulatórias que desafiam práticas estabelecidas. Pressões funcionais emergem da percepção de que a prática tornou-se obsoleta ou ineficiente. Já as pressões sociais decorrem de transformações nos valores e expectativas culturais ou sociais, tornando práticas incompatíveis com os padrões éticos e normativos vigentes. Essas forças levam à erosão ou extinção das práticas anteriormente legitimadas.

Para Oliver (1992), a desinstitucionalização pode explicar uma gama de mudanças organizacionais que a perspectiva institucional tradicionalmente negligenciou, incluindo desafios ao status quo institucional, o abandono de hábitos e costumes, e a deterioração do consenso organizacional sobre o valor das atividades institucionalizadas. Ela não se limita a um processo de desmonte das estruturas existentes, mas constitui também uma etapa de transformação, na medida em que pode criar oportunidades para o surgimento de novas instituições ou práticas. Nesse sentido, a desinstitucionalização frequentemente atua como um precursor na formação de novas configurações institucionais, desempenhando um papel central na compreensão das dinâmicas e mecanismos de mudança institucional (LAWRENCE; SUDDABY, 2006).

## **2.5. Megamarketing**

O conceito de megamarketing, introduzido por Philip Kotler em seu artigo de mesmo nome para a Harvard Business Review em 1986, refere-se a uma abordagem estratégica que vai além do marketing tradicional. Para Kotler e Keller (2006),

*“o megamarketing é a estratégia coordenada de habilidades econômicas, psicológicas, políticas e de relações públicas que tem como finalidade ganhar a cooperação de um determinado número de participantes para poder entrar ou operar em um mercado”.*

Humphreys (2010a) amplia o conceito de megamarketing ao reinterpretá-lo em um contexto sociológico mais amplo e integrá-lo com a teoria institucional. Para a

autora, o megamarketing não se limita a estratégias unilaterais para remover barreiras de mercado e deve ser compreendido como parte de um processo social mais amplo, a legitimação. Enquanto Kotler (1986) identificava a necessidade de conquistar a cooperação de várias partes, Humphreys (2010a) detalhou como diferentes grupos de stakeholders – reguladores, políticos, consumidores e organizações da sociedade civil – moldam as condições dos mercados. Para Humphreys (2010a), o sucesso do megamarketing depende da capacidade de empresas e gestores de navegar e alinhar seus interesses com interesses sociais, culturais e políticos.

Humphreys (2010a) também incorporou a noção de que estratégias de megamarketing incluem tanto ações materiais (investimentos financeiros, veiculação de propagandas e apoio político) como ações simbólicas (como o uso de narrativas e enquadramentos que moldam as percepções públicas), ampliando o escopo inicial ao mostrar que as percepções culturais e cognitivas são tão importantes quanto as ações diretas no processo de construção de um mercado.

Humphreys et al. (2017) explora o conceito de megamarketing no contexto de mercados contestados, ampliando seu alcance para incluir tanto estratégias de criação quanto de desestabilização de mercados. Para os autores, o megamarketing é definido como o esforço coordenado para influenciar instituições normativas, regulatórias e cognitivas com o objetivo de criar, sustentar ou desestabilizar mercados. Os autores também argumentam que o megamarketing é *“altamente adequado para compreender e orientar as estratégias de marketing em empresas em mercados contestados”*. O Quadro 3 apresenta uma análise das estratégias de megamarketing para a criação, manutenção e desestabilização de mercados aplicadas aos três pilares institucionais a partir de uma síntese dos conceitos extraídos de Humphreys (2010a) e Humphreys et al. (2017).

Quadro 3 – Estratégias de megamarketing

|                        | <b>Criação</b>   | <b>Manutenção</b>  | <b>Desestabilização</b>  |
|------------------------|--|--|--|
| <b>Pilar cognitivo</b> | Criação de novos esquemas cognitivos, narrativas e significados que tornam práticas emergentes compreensíveis e desejáveis | Uso de narrativas históricas, mitologias e ritualização para preservar a legitimidade cultural | Demonização de práticas atuais, idealização de alternativas e redução do custo cognitivo para a adoção de novas práticas |

(continua)

(continuação)

|                          |   |  |  |
|--------------------------|---|--|--|
| <b>Pilar normativo</b>   | Estabelecimento de novos padrões, normas sociais e coalizões para legitimar o mercado                     | Reforço de instituições existentes, rotinas e práticas estabelecidas       | Criação de novos valores e práticas sociais, dissociação entre penalidades e recompensas |
| <b>Pilar regulatório</b> | Advocacia regulatória, parcerias estratégicas com reguladores e criação de ambientes regulatórios seguros | Coerção legal e cooptação de recursos políticos para defender o status quo | Lobbying, mobilização social e desobediência civil                                       |

(Elaborado a partir de Humphreys et al., 2017; Humphreys2010a)

Para Steiner e Trespeuch (2019), um mercado contestado é caracterizado por controvérsias morais, onde o próprio conceito de mercado ou comercialização gera preocupações éticas e morais. Os mercados contestados envolvem mercadorias que, por seus impactos sobre aspectos como dignidade humana e saúde pública, despertam discussões a respeito dos riscos da exploração e do potencial conflito com o bem comum. O estudo discute as condições que permitem ou impedem o funcionamento de mercados contestados, como no case de jogos de azar e de órgãos humanos para transplante. Para os autores, a existência desses mercados depende de dispositivos – leis, regulamentos, infraestrutura, práticas sociais e até argumentos retóricos – capazes de regular as controvérsias morais e proteger populações vulneráveis, seja promovendo ou bloqueando o mercado.

Debenedetti et al. (2021) explicam que nos mercados contestados a validade das práticas, produtos ou serviço das organizações é frequentemente desafiada por consumidores, reguladores, concorrentes ou outros atores do campo institucional. Esses mercados enfrentam pressões de grupos sociais e reguladores para adaptar suas práticas a novas demandas éticas, sociais ou ambientais, desafiando as empresas a revalidarem a sua legitimidade. O estudo explora como empresas do setor automotivo francês operam em um mercado com essas características e descrevem como o aumento da conscientização ambiental e a pressão pela redução da emissão de carbono tornam este mercado contestado. Os autores apontam que as empresas são pressionadas a adotar práticas mais sustentáveis não apenas pela regulamentação, mas também pela opinião pública e pelos consumidores, que exigem maior responsabilidade social e ambiental.

### 3. MÉTODO DE PESQUISA

A abordagem metodológica deste trabalho visa compreender o atual panorama do mercado de saúde suplementar a partir das lógicas institucionais e dos atores envolvidos, bem como o processo de (des)legitimação nesse campo. Apesar da dominância das correntes positivistas na pesquisa acadêmica em marketing, correntes interpretativistas ganharam força a partir da década de 1980. Essa abordagem permite que os pesquisadores explorem fenômenos complexos e subjetivos, que não podem ser facilmente quantificados ou medidos (SAUERBRONN; CERCHIARO; AYROSA, 2011).

As lógicas institucionais são reveladas através da linguagem e das práticas e manifestada em símbolos e materiais, sendo naturalmente adequadas para dados qualitativos e métodos que exigem imersão no fenômeno (REAY; JONES, 2016). A legitimação e o enquadramento discursivo são processos que envolvem a construção de significados e narrativas. Os métodos qualitativos são particularmente adequados para explorar aspectos simbólicos e discursivos e podem ser úteis para explorar questões complexas e multifacetadas que não podem ser facilmente quantificadas, o que pode ser especialmente relevante para entender como a legitimidade é construída e mantida em diferentes contextos organizacionais (DEEPHOUSE; SUCHMAN, 2008)

Desta forma, diversos pesquisadores da área de marketing, ao estudar as dinâmicas de mercado, fizeram uso de pesquisas de natureza qualitativa, conforme apresentado no Quadro 4. É interessante observar que, apesar dos diferentes contextos de pesquisa, há uma reincidência da combinação de múltiplos métodos qualitativos nos trabalhos analisados. Belk, Fischer e Kozinets (2013) explicam que não há uma única abordagem para a elaboração de pesquisas qualitativas. Entretanto há o que se chama de tradição, ou seja, um determinado conjunto de pressupostos filosóficos e práticas de pesquisa que são seguidos por um determinado grupo de pesquisadores. Essas tradições fornecem uma estrutura teórica e metodológica para a construção dos estudos e influenciam os pesquisadores em relação às questões de pesquisa, à coleta, análise e discussão dos dados e à forma da divulgação dos resultados.

Quadro 4 – Visão geral das abordagens metodológicas nas pesquisas na área de marketing a partir das lentes da teoria institucional

| <b>Referência</b>               | <b>Campo empírico</b> | <b>Natureza da pesquisa</b> | <b>Abordagem metodológica</b>   |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---|
| Humphreys (2010a)               | Cassinos              | Qualitativa                 | Coleta de dados a partir de dados documentais (artigos em jornais)<br>Análise de conteúdo automatizada  |
| Giesler (2012)                  | Botox                 | Qualitativa                 | Dados coletados a partir de pesquisa documental e entrevistas em profundidade<br>Análise hermenêutica   |
| Scaraboto e Fischer (2013)      | Moda plus-size        | Qualitativa                 | Netnografia. Coleta de dados a partir de dados documentais, entrevistas e observação participante<br>Análise de conteúdo  |
| Humphreys e Latour (2013)       | Jogos online          | Qualitativa                 | Coleta de dados a partir de dados documentais (artigos em jornais)<br>Análise de conteúdo automatizada  |
| Eritmur & Coskuner-Balli (2015) | Yoga                  | Qualitativa                 | Netnografia e etnografia, com dados coletados a partir de pesquisa documental, entrevistas em profundidade e observação participante<br>Análise hermenêutica                          |
| Dolbec e Fischer (2015)         | Moda                  | Qualitativa                 | Netnografia, com dados coletados a partir de entrevistas, dados documentais e observação participante<br>Análise de conteúdo  |
| Wilner & Huff (2016)            | Produtos eróticos     | Qualitativa                 | Dados documentais textuais (jornais, revistas, blogs, catálogos) e audiovisuais (programas de televisão e rádio, filmes e séries) e dados visuais dos produtos<br>Análise de conteúdo |
| Kjeldgaard et al. (2017)        | Cervejas              | Qualitativa                 | Etnografia, a partir de dados coletados em entrevistas em profundidade  |
| Baker, Storbaka & Brodie (2019) | Circo                 | Qualitativa                 | Estudo de caso abduutivo, com dados coletados a partir da revisão da literatura e dados documentais   |
| Dolbec et al. (2022)            | Escolas religiosas    | Qualitativa                 | Estudo de caso indutivo, com dados coletados a partir de pesquisa documental, observação participante e entrevistas   |

(Fonte: elaborado pela autora)

### 3.1. Procedimentos de coleta de dados

Dados qualitativos são coletados principalmente por meio de observações, entrevistas e documentos, e são analisados por meio de uma variedade de técnicas sistemáticas. De uma forma geral, a escolha de uma técnica específica de coleta de dados dependerá da escolha do método, do tema da pesquisa e da disponibilidade de dados (MYERS, 2009). Belk, Fischer e Kozinets (2013) explicam que, na pesquisa qualitativa, os processos de coleta e análise de dados estão intimamente ligados. É interessante que a análise dos dados inicie juntamente com a coleta, uma vez que a primeira envolve a busca por padrões emergentes nos dados, enquanto estes padrões podem influenciar o desenvolvimento da pesquisa.

Como indicado anteriormente, a coleta de dados documentais é amplamente utilizada em estudos de marketing fundamentados na teoria institucional. Os exemplos apresentados demonstram a relevância desse tipo de dado, que contribui para a construção de uma visão mais abrangente do que poderia ser obtida apenas por meio de entrevistas e trabalho de campo. Myers (2009) define documento como *“tudo aquilo que pode ser arquivado por meios digitais em um computador”*. O autor esclarece que isso não significa que todo documento obrigatoriamente precise estar armazenado digitalmente, mas em princípio, eles podem estar. Documentos podem ter uma grande variedade de formas: materiais textuais, imagens, diagramas, áudios, vídeos, sites interativos, entre outros. Neste estudo, a coleta de dados da pesquisa documental foi realizada de acordo com o descrito no Quadro 5.

Quadro 5 - Fontes de dados documentais

| Tipo de documento         | Tipo de dado  | Fontes        | Utilidade na pesquisa  |
|---------------------------|---|---------------|--|
| <b>Estudos acadêmicos</b> | Estudos realizados por pesquisadores ou instituições acadêmicas e de pesquisa | SciELO, Ebsco | Compreensão das trajetórias institucionais e das mudanças regulativas no setor |

(continua)

(continuação)

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Fontes estatísticas e bases de dados</b> | Evolução do número de beneficiários, operadoras e reclamações<br>Desempenho econômico do setor<br>Dados demográficos | Painéis e relatórios da ANS<br>Estatísticas do IBGE   | Suporte quantitativo para interpretações qualitativas                |
| <b>Estudos e relatórios setoriais</b>       | Indicadores econômicos e avaliações setoriais  | Relatórios de organizações como IESS, ABRAMGE e ANAHP   | Compreensão do panorama econômico e desafios do setor                |
| <b>Documentos legais e regulatórios</b>     | Leis sobre planos de saúde, jurisprudências, resoluções da ANS   | Leis federais, ANS, CNJ   | Compreensão da interação entre regulação e práticas das organizações |
| <b>Mídias e fontes jornalísticas</b>        | Notícias, reportagens, editoriais e entrevistas  | Portais de notícia: InfoMoney, Folha de São Paulo, Exame<br>Revistas especializadas: Saúde Business, Medicina S/A | Captação de discursos públicos e percepções gerais                   |
| <b>Publicações em redes sociais</b>         | Conteúdo publicado por usuários em redes sociais   | YouTube<br>TikTok   | Captação de discurso e percepções e demandas dos consumidores        |

(Fonte: elaborado pela autora)

No que diz respeito aos dados relacionados aos consumidores, este estudo concentrou-se na análise de publicações em redes sociais sobre o tema. As plataformas selecionadas para a coleta de dados foram o TikTok e o YouTube, priorizando conteúdos que permitissem maior liberdade de expressão por parte dos usuários, dada a ausência de limites de caracteres e a facilidade em se expressar verbalmente nesses formatos. No TikTok, com o objetivo de garantir a coerência temática e a representatividade dos conteúdos analisados, foram selecionados vídeos ao longo de 12 meses (setembro/2023 a setembro/2024) a partir da busca pelos termos “plano de saúde”; “planos de saúde”; “convênio”. Foram priorizados vídeos em que os criadores se expressam como eles mesmos, sem a utilização de personagens ou representações fictícias. Esse critério visou capturar depoimentos pessoais diretos, que refletissem percepções genuínas e experiências reais, permitindo uma análise mais aprofundada das opiniões autênticas e relatos vivenciais compartilhados nas redes sociais.

No caso da análise dos resultados obtidos na plataforma YouTube, os vídeos foram selecionados utilizando os termos de busca "plano de saúde", "planos de saúde" e "convênio médico". Também foram selecionados apenas vídeos publicados entre setembro de 2023 e setembro de 2024. De maneira semelhante à abordagem adotada para o TikTok, foram excluídos conteúdos humorísticos, como esquetes, bem como propagandas, a fim de manter o foco em materiais informativos ou opinativos relevantes. Entre os vídeos selecionados, destacaram-se entrevistas, painéis de discussão, reportagens de noticiários e conteúdos de criadores que compartilharam suas percepções sobre o tema. Para garantir relevância, foram considerados vídeos com mais de 50 mil visualizações, o que assegura maior representatividade do público alcançado. A coleta de dados ocorreu no período entre 15 de setembro e 3 de outubro de 2024, abrangendo um recorte temporal significativo para capturar diferentes perspectivas e tópicos relacionados ao tema.

Dados jornalísticos, obtidos a partir de reportagens publicadas em jornais e portais de notícias, capturam eventos e discursos no momento em que ocorrem, oferecendo uma perspectiva contextualizada que dificilmente seria reproduzida por meio de entrevistas ou dados históricos. Esse tipo de material proporciona uma visão valiosa sobre as narrativas e os enquadramentos dominantes no discurso público e institucional, elementos essenciais para a compreensão aprofundada dos fenômenos em estudo (BELK; FISCHER; KOZINETS, 2013). Neste trabalho, foram analisadas publicações realizadas entre setembro de 2023 e setembro de 2024, utilizando portais reconhecidos por sua reputação consolidada e confiabilidade como fontes de informação.

As publicações foram selecionadas a partir de buscas nos portais a partir de palavras-chave "planos de saúde", "saúde suplementar", "convênio médico" e "ANS". A seleção dos portais de notícia visou garantir diversidade editorial, o que é especialmente relevante em análises que exploram disputas discursivas. Os portais InfoMoney e Exame destacam-se pela cobertura de economia e negócios, abordando temas como mercado financeiro, gestão empresarial, estratégias do setor privado e impactos de políticas regulatórias. A Folha de S. Paulo, de alcance nacional, complementa o conjunto com sua abordagem diversificada sobre política, economia, saúde e questões sociais, oferecendo perspectivas mais amplas e diversificadas. Já os portais Saúde Business e Medicina S/A possuem foco no setor de saúde, com

ênfase em inovação, transformações digitais, avanços tecnológicos, modelos de gestão e a interseção entre medicina, economia e políticas públicas. O Quadro 6 detalha a coleta de dados de fontes jornalísticas e publicações em redes sociais.

Quadro 6 – Dados de fontes jornalísticas e publicações em redes sociais

| <b>Fonte de dados</b> | <b>Formato</b> | <b>Quantidade</b> | <b>Método de coleta</b>                   |
|-----------------------|----------------|-------------------|---|
| TikTok                | Vídeos         | 53 vídeos         | Disponível em domínio público, transcrito |
| YouTube               | Vídeos         | 15 vídeos         | Disponível em domínio público, transcrito |
| Saúde Business        | Texto          | 82 publicações    | Disponível em domínio público, arquivado  |
| Medicina S/A          | Texto          | 27 publicações    | Disponível em domínio público, arquivado  |
| InfoMoney             | Texto          | 49 publicações    | Disponível em domínio público, arquivado  |
| Folha de São Paulo    | Texto          | 32 publicações    | Disponível em domínio público, arquivado  |
| Revista Exame         | Texto          | 40 publicações    | Disponível em domínio público, arquivado  |

(Fonte: elaborado pela autora)

De forma complementar aos dados coletados, foram realizadas duas entrevistas, com durações de 48 e 62 minutos. O número reduzido de entrevistas se deve ao fato de que o perfil de entrevistados de interesse consiste em profissionais de difícil acesso, como diretores de operadoras e hospitais, magistrados e representantes da ANS. Desta forma, a pesquisa teve como limitação a baixa aceitação por parte desses profissionais em participar. Esse público, frequentemente ocupado e com agendas restritas, demonstrou dificuldades em disponibilizar tempo para colaborar com a pesquisa, mesmo após múltiplas tentativas de contato e esclarecimento dos objetivos do estudo. Essa limitação, embora esperada, reflete os desafios inerentes a estudos que envolvem profissionais de alto nível hierárquico.

A escolha de profissionais que ocupam posições hierárquicas elevadas em suas organizações baseia-se na premissa de que esses indivíduos possuem um papel estratégico, permitindo-lhes uma visão mais abrangente e setorial sobre o mercado de saúde suplementar. Além disso, a teoria institucional reconhece que atores

organizacionais em posições estratégicas exercem influência significativa na adaptação às lógicas institucionais, na legitimação organizacional e na formulação de respostas às pressões externas. Dessa forma, profissionais em altos níveis hierárquicos são mais adequados para abordar questões relacionadas à conformidade regulatória, resposta a pressões sociais e adoção de estratégias discursivas que moldam o campo (BELK; FISCHER; KOZINETS, 2013).

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado. Para Myers (2009), esta modalidade une as qualidades das entrevistas estruturadas e das não-estruturadas, uma vez que envolvem o uso de um roteiro preparado sem exigir a aderência estrita, permitindo que novas questões surjam durante a conversa. O Apêndice A contém o roteiro que guiou as entrevistas. As entrevistas foram realizadas ao vivo, por meio digital, através da plataforma Microsoft Teams. Ambas foram gravadas e transcritas para a realização da análise dos dados.

Adicionalmente, também foram coletadas as falas de representantes relevantes do setor registradas em painéis de especialistas e audiências públicas. A teoria institucional reconhece que discursos públicos são instrumentos de legitimação organizacional e podem revelar as estratégias discursivas utilizadas para responder a pressões externas, mesmo fora de entrevistas individuais (BELK; FISCHER; KOZINETS, 2013). Essas fontes, disponíveis em domínio público, contribuíram para enriquecer a análise ao fornecer perspectivas diversificadas sobre o tema investigado. Todo o material coletado foi transcrito para garantir consistência no tratamento e na análise dos dados.

Quadro 7 – Coleta de entrevistas e falas relevantes

| Fonte de dados  | Formato                        | Duração | Método de coleta                               |
|---|--------------------------------|---------|--|
| Entrevista com profissional de alta gestão - operadora de plano de saúde (ENT1)   | Entrevista semiestruturada     | 48min   | Microsoft Teams, ao vivo, gravada e transcrita |
| Entrevista com profissional de alta gestão - prestador de serviço de saúde (ENT2) | Entrevista semiestruturada     | 62min   | Microsoft Teams, ao vivo, gravada e transcrita |
| Painel de especialistas<br>“Saúde suplementar: acesso e sustentabilidade”         | Reunião pública,<br>29/11/2023 | 3h37min | Disponível em domínio público, transcrita      |

(continua)

(continuação)

|   |                               |         |   |
|---|-------------------------------|---------|---|
| Audiência pública da Comissão de Direitos Humanos (CDH) do Senado Federal | Reunião pública<br>21/08/2024 | 1h39min | Disponível em domínio público, transcrita |
| Audiência Pública da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados            | Reunião pública<br>13/11/2024 | 2h20min | Disponível em domínio público, transcrita |

(Fonte: elaborado pela autora)

### 3.2. Procedimentos de análise dos dados

Seguindo a tradição das pesquisas do campo teórico e com o objetivo de interpretar criticamente os dados coletados, estes foram examinados a partir da técnica de análise de conteúdo. Essa abordagem consiste em uma metodologia para inferir significados a partir de fontes escritas e visuais, utilizando a alocação sistemática do conteúdo em categorias e a interpretação subsequente dos resultados (PAYNE; PAYNE, 2004).

A análise de conteúdo é caracterizada um processo sistemático que abrange as etapas de identificação, codificação, categorização e interpretação dos dados coletados (BARDIN, 2011). Inicialmente, os documentos e materiais relevantes foram revisados e organizados para a análise. A pesquisa documental forneceu uma base de informações contextuais e históricas para enriquecer a compreensão do tema em estudo. É importante ressaltar que a análise dos dados foi realizada de maneira simultânea à coleta, em conformidade com os princípios amplamente reconhecidos na pesquisa qualitativa. Esse procedimento possibilitou a identificação e exploração de categorias emergentes enquanto os dados ainda estavam sendo coletados, permitindo um aprofundamento contínuo nas questões relevantes que surgiram diretamente do campo.

Belk, Fischer e Kozinets (2013) destacam que o processo de codificação é iterativo. Os autores explicam que o processo geralmente envolve a geração de um conjunto inicial de códigos dentro de um conjunto de dados. Conforme novos códigos surgem, é necessário realizar nova análise nos materiais que já foram considerados anteriormente. Este processo continua na medida que novos dados são coletados, novos códigos são identificados, agrupados e refinados em categorias mais abstratas.

A codificação do material analisado foi definida a partir de insights que emergiram indutivamente dos próprios dados e constituiu o ponto inicial para a análise. Os documentos e as transcrições foram examinadas minuciosamente, e os códigos emergiram com base nos temas identificados. Esses códigos foram organizados em temáticas, sendo posteriormente agrupados em subcategorias e, por fim, em categorias mais amplas. As categorias foram sendo ajustadas e refinadas ao longo do processo, acompanhando a evolução das análises.

Belk, Fischer e Kozinets (2013) destacam que a análise qualitativa deve ser baseada em uma exploração interpretativa profunda dos dados, valorizando a riqueza das narrativas e das conexões contextuais ao invés de uma abordagem quantitativa. Desta forma, a análise foi conduzida a partir de uma abordagem interpretativista que prioriza a identificação e interpretação de significados emergentes, ao invés da contabilização da frequência da aparição dos códigos e categorias. Ao desconsiderar a frequência dos códigos, evitou-se o risco de supervalorização de temas mais mencionados que poderiam distorcer a análise ao ofuscar temas menos recorrentes mas igualmente relevantes. O Quadro 8 apresenta um resumo das categorias e subcategorias encontradas na análise dos dados coletados.

Quadro 8 – Categorias e subcategorias de análise

| <b>Categorias</b>                              | <b>Subcategorias</b>  |
|--|---|
| <b>Proteção familiar</b>                       | Segurança familiar e acesso<br>Insuficiência do SUS                     |
| <b>Direitos do consumidor</b>                  | Dificuldade no acesso<br>Práticas abusivas<br>Efeitos da judicialização |
| <b>Regulação e compliance</b>                  | Ações da ANS<br>Limitações da regulação                                 |
| <b>Sustentabilidade financeira e econômica</b> | Custos crescentes<br>Mutualismo<br>Reestruturação do setor              |

(Fonte: elaborado pela autora)

Diante do exposto, este capítulo detalhou os caminhos metodológicos traçados para conduzir esta pesquisa, buscando garantir rigor científico e alinhamento com os princípios interpretativistas que orientam o estudo, bem como com a tradição das

investigações fundamentadas na teoria institucional. No próximo capítulo, os dados coletados serão analisados à luz do referencial teórico apresentado, aprofundando a reflexão a respeito das dinâmicas que caracterizam o mercado de saúde suplementar.

## **4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Thornton e Ocasio (2008) apontam que o desenvolvimento e a importância das lógicas institucionais são moldados pelo contexto histórico e pelas condições específicas daquele momento. Portanto, para fins de compreensão do atual panorama do mercado de saúde suplementar no Brasil, é fundamental considerar a trajetória histórica da sua formação. A seção seguinte apresenta uma análise da formação do setor, destacando como os reflexos das decisões passadas influenciam nas dinâmicas atuais e fornecendo um contexto necessário para as demais análises desta pesquisa. Em seguida, a segunda seção apresenta uma análise da configuração atual campo da saúde suplementar, evidenciando as lógicas institucionais. Por fim, na terceira seção deste capítulo, são discutidas as pressões sociais e regulatórias que moldam o setor e os reflexos na legitimidade do mesmo.

### **4.1. Formação do mercado de saúde suplementar até a atualidade**

Embora sua regulamentação tenha ocorrido a partir de 1998, o mercado de saúde suplementar brasileira antecede o marco regulatório e tem sua origem ligada ao desenvolvimento da previdência social. Em 1923, em meio a revoltas populares, entrou em vigor a Lei Eloy Chaves, consolidando a base da previdência brasileira ao criar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). A lei, no entanto, não surgiu por benevolência, mas como respostas às greves realizadas por trabalhadores das estradas de ferro, e sendo estendida a outros setores nos anos seguintes. Na época, o transporte de pessoas e de mercadorias – incluindo o café, principal produto da produção nacional – dependia de trens e navios (OLIVEIRA, 2012). As CAPs eram organizadas por empresas e administradas por empresas e trabalhadores, numa espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia a possibilidade de formação de uma Caixa, o que as tornava um benefício mais comumente concedido aos trabalhadores de empresas maiores. Os benefícios recebidos pelos segurados das Caixas contemplavam atendimento médico (para o trabalhador e sua família), medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Isso significa que o direito a assistência à saúde estava restrito à condição de segurado (BAPTISTA, 2007).

A partir de 1933, foram criados também os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs): enquanto cada CAP cuidava das aposentadorias de uma única empresa, o IAP beneficiava uma categoria profissional inteira, com abrangência nacional. Esses institutos eram financiados tanto pelos trabalhadores quanto pelos empregadores, enquanto o Estado participava como regulador. Assim como os CAPs, esses institutos incluíam, além de pensões e aposentadorias, benefícios de assistência médica, estabelecendo as bases para o conceito de cobertura de saúde associada ao emprego (OLIVEIRA, 2012). Contudo, a segmentação institucionalizada desse modelo — no qual cada IAP atendia exclusivamente a uma categoria profissional — promoveu a fragmentação do sistema, estabelecendo uma relação intrínseca entre cobertura previdenciária e vínculo empregatício. Essa dinâmica institucional, fundamentada nos pilares regulativos e normativos da legitimidade (SCOTT, 2014), moldou a estrutura atual do mercado de saúde suplementar brasileiro, que permanece majoritariamente vinculado às relações de trabalho. Em setembro de 2024, 36,6 milhões de beneficiários possuíam vínculo com planos de saúde coletivos empresariais – o que representa mais de 70% do mercado (ANS, 2024). Tal continuidade reflete a resiliência das práticas institucionais legitimadas historicamente.

A industrialização acelerada dos anos 1950 deslocou o centro econômico do país para áreas urbanas, criando uma crescente demanda de serviços de saúde para a classe trabalhadora. Isso levou ao estabelecimento dos convênios-empresa – acordos estabelecidos diretamente entre empresas e serviços médicos privados – marcando o surgimento de grandes hospitais, com a incorporação de tecnologias avançadas e o foco na especialização médica (OLIVEIRA, 2012). Paralelamente, o próprio Estado desempenhou um papel ambíguo ao consolidar o setor privado, tanto por meio da compra de serviços de instituições privadas para suprir lacunas na saúde pública, quanto pela ausência de investimentos estruturais significativos na rede pública. Em meados de 1950, a rede hospitalar privada já superava em capacidade e abrangência a pública, que incluía as Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões e os hospitais do Ministério da Saúde (BAPTISTA, 2007).

Nos anos 1960, acompanhando o crescimento do setor de saúde privada e com a expansão dos convênios-empresa, surgem as medicinas de grupo, caracterizadas pela atuação de empresas que reúnem uma rede própria de profissionais de saúde e infraestrutura de atendimento médico com o objetivo de fornecer atendimento integral

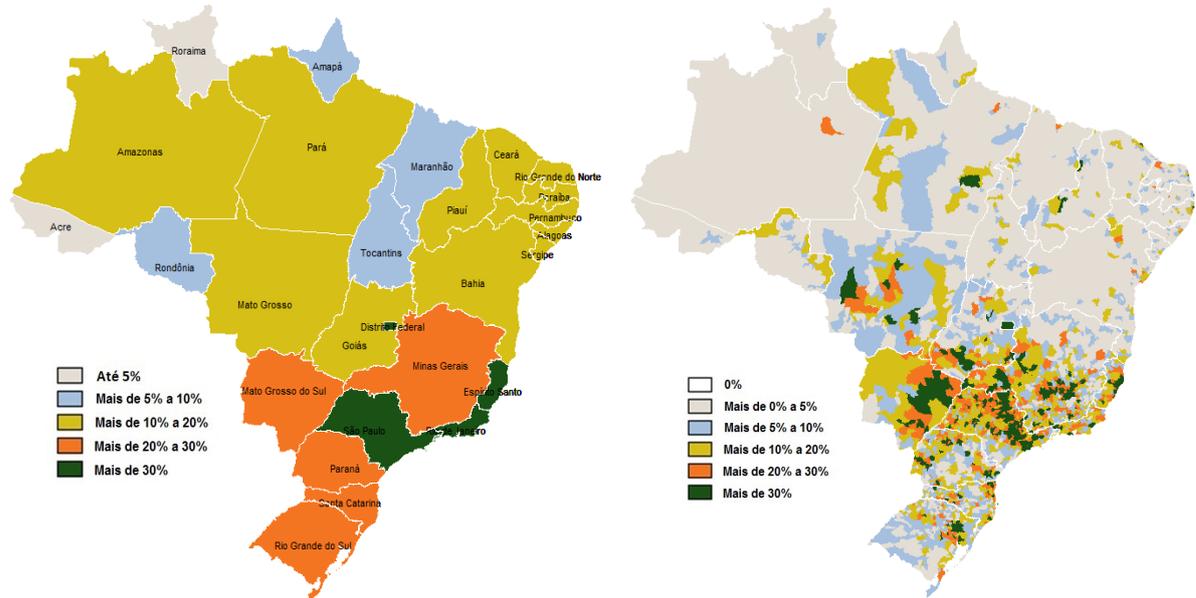
aos beneficiários. Inspirado em práticas internacionais (especialmente norte-americanas), esse modelo permitiu a criação de um modelo mais controlado e com custos mais previsíveis. Também ocorre nesse período o surgimento das cooperativas médicas, apresentando-se como reação ao crescimento das empresas de medicina de grupo e a mercantilização do trabalho médico (DUARTE, 2001). Esse conjunto de transformações evidenciou não apenas a adaptação de modelos estrangeiros ao contexto brasileiro, mas também a consolidação de uma lógica de mercado que, apesar de ampliar a oferta de serviços, aprofundou desigualdades no acesso à saúde.

Em paralelo a esse cenário, após o golpe de 1964, o governo militar buscava expandir e centralizar o controle do Estado em diversos setores, inclusive na saúde previdenciária. Em 1966, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social, centralizando a administração dos benefícios e estendendo os benefícios de saúde a um público maior, mas ainda restrito a trabalhadores formais. A unificação trouxe maior controle estatal sobre o financiamento e gestão do sistema. Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), como parte da política de centralização e controle dos serviços de saúde. O regime ainda priorizava um modelo de atendimento à saúde curativo e hospitalar, em detrimento de serviços de prevenção e promoção da saúde (SANTOS; BATISTON, 2010). Com uma estrutura de rede pública insuficiente, o governo contava com a rede privada para suprir as demandas por leitos e serviços de saúde, o que permitia a expansão do atendimento sem a necessidade de investir em infraestrutura pública de saúde.

A dependência histórica da rede privada consolidou um padrão de desigualdade regional na oferta de serviços de saúde, privilegiando áreas economicamente mais fortes e urbanizadas. Regiões distantes e menos desenvolvidas permanecem com acesso limitado à infraestrutura e aos serviços de saúde, perpetuando um modelo desigual que ainda se reflete na atualidade. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2024b) revelam que a cobertura por planos de saúde é significativamente maior em regiões urbanas e desenvolvidas. Em setembro de 2024, enquanto 39,1% da população das capitais estaduais possuía cobertura de planos de saúde, apenas 19,4% das pessoas no interior estavam cobertas. Esse desequilíbrio também é evidente na distribuição geográfica dos serviços privados, que concentram maior oferta nas regiões Sul e Sudeste, destacando a continuidade de desigualdades

estruturais no sistema de saúde brasileiro. A Figura 3 ilustra a taxa de cobertura de planos de assistência médica nos estados e nos municípios.

Figura 3 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por estado e por município



(Fonte: ANS (2024a))

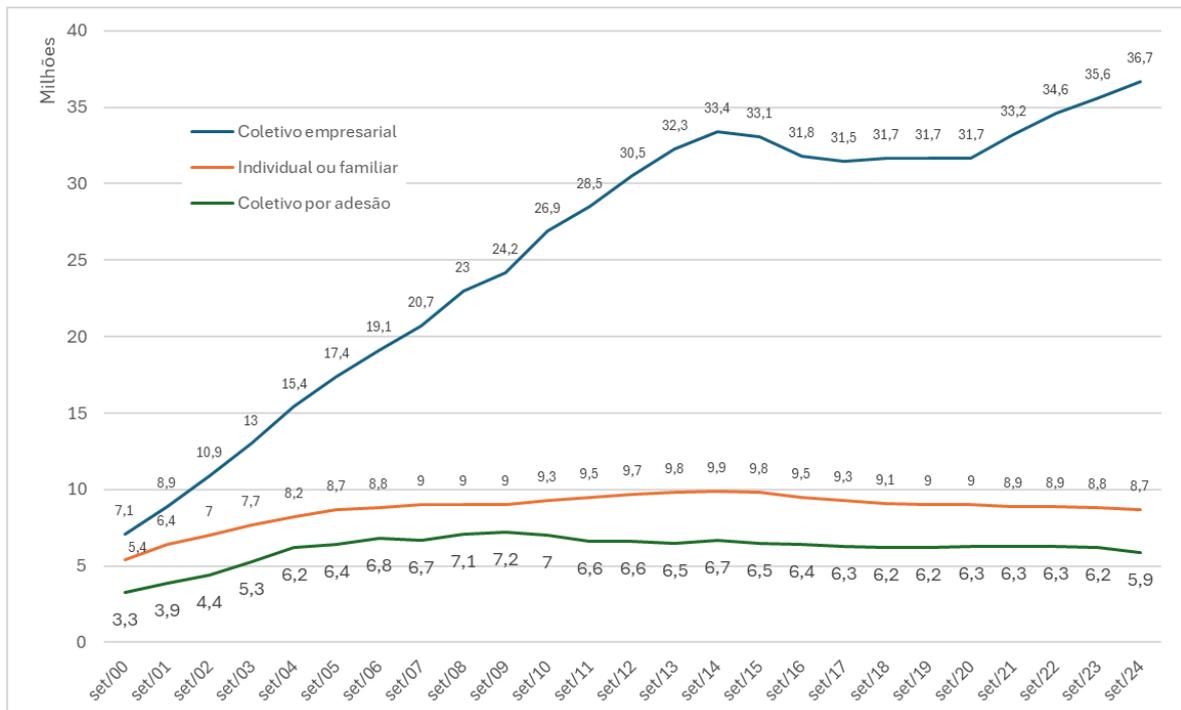
A crise econômica dos anos 1970, desencadeada pela alta global nos preços do petróleo trouxe grandes desafios financeiros para o sistema previdenciário brasileiro, expondo fragilidades estruturais que abriram caminho para o fortalecimento do setor privado na saúde. Com a redução no número de trabalhadores formais contribuindo para o sistema, houve uma queda acentuada na arrecadação e o aumento dos déficits previdenciários. Esse enfraquecimento do sistema público, combinado com a incapacidade do governo de expandir a infraestrutura e garantir a universalidade do atendimento, impulsionou o crescimento das operadoras e planos de saúde privados, que passaram a atender uma parcela crescente da população (CORDEIRO FILHO, 2012).

Nas décadas de 1980 e 1990, os elevados índices de inflação agravaram a insegurança em relação ao sistema público de saúde. A redução da capacidade orçamentária do governo e a imprevisibilidade dos custos dos serviços médicos tornaram o acesso direto a consultas, exames e internações cada vez mais difícil. Nesse contexto, os planos de saúde se consolidaram como uma estratégia de proteção financeira contra a volatilidade econômica, permitindo acesso mais previsível aos serviços médicos. Com a ampla liberdade para a comercialização de planos de

saúde, muitas empresas passaram a operar no setor e, com isso, surge também a necessidade de regulamentação, pois as reclamações contra as operadoras aumentavam de forma alarmante (CORDEIRO FILHO, 2012).

Até a Constituição Federal de 1988, o acesso à saúde no Brasil era majoritariamente vinculado ao trabalho formal. Para trabalhadores informais ou desempregados, o acesso era precário e dependia principalmente da ação de entidades filantrópicas, em especial as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições religiosas. Observa-se que a saúde suplementar no Brasil ainda preserva aspectos que remetem ao caráter previdenciário, especialmente pela predominância de planos coletivos empresariais, ofertados como benefícios pelas empresas a seus colaboradores. Esse padrão reflete a permanência do vínculo empregatício como eixo central do acesso à saúde suplementar no Brasil. De acordo com a ANS (2024b), até setembro de 2024, o Brasil registrava 51,4 milhões de beneficiários em planos de assistência médica. Desses, 36,7 milhões estavam vinculados a planos coletivos empresariais, representando aproximadamente 71% do total de beneficiários. A Figura 4 ilustra a disparidade entre o número total de beneficiários de planos de saúde e o número de beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais ao longo dos anos, demonstrando a resiliência desse modelo institucionalizado.

Figura 4 – Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação



(Fonte: ANS, 2024a)

A redemocratização do Brasil trouxe consigo a Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como um direito universal e um dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas e independente de vínculos empregatícios. O artigo 196 estabelece que:

*“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.”*

Apesar da declaração na Constituição do dever do Estado em relação a prestação de assistência à saúde de todos os cidadãos, a estrutura privada tanto de prestação de serviços quanto de planos de saúde continuou existindo. Na prática, o modelo de assistência à saúde brasileiro é uma estrutura híbrida da gestão da saúde, com uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão e outra privada, atuando paralela e conjuntamente ao setor público. As dificuldades de financiamento e a robustez das estruturas existentes pré-SUS acabou resultando nesse sistema duplo.

Em 1998, a Lei nº 9.656 trouxe a regulamentação dos planos de saúde, estabelecendo os requisitos e regras para a operação nesse mercado. Posteriormente, em 2000, a Lei nº 9.961 instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada com a finalidade de fiscalizar e regular o setor de saúde suplementar no Brasil. Segundo Melo (2016), esse processo de regulamentação foi impulsionado por diversos fatores, entre os quais se destacam:

*“por um lado, o aumento da concorrência, com a entrada no mercado de duas grandes seguradoras para disputar os clientes, exigindo regras de competição mais claras que permitissem a entrada de empresas de capital estrangeiro; por outro, a convergência de demandas de consumidores, entidades médicas e secretarias de saúde, para a garantia de superação de restrições de assistências existentes em contratos.”*

A formação do campo da saúde suplementar no Brasil reflete um processo de consolidação influenciado por transformações institucionais, econômicas e sociais ao longo das últimas décadas. A regulamentação do setor marcou um ponto de inflexão significativo, estabelecendo um mercado estruturado que busca equilibrar demandas crescentes por serviços de saúde, pressões regulatórias e as dinâmicas do sistema público de saúde. Antes da regulamentação, o mercado era caracterizado por práticas

desorganizadas e contratos frequentemente abusivos, sem garantias jurídicas claras para os beneficiários (CORDEIRO FILHO, 2012). A Lei nº 9.656 trouxe importantes avanços, como a definição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, padronizando a cobertura mínima obrigatória, e a proibição de exclusões contratuais discriminatórias, como negativas de cobertura relacionadas a condições pré-existentes. Além disso, a lei buscou estabelecer critérios mais transparentes para reajustes de mensalidades, especialmente nos planos individuais, oferecendo maior previsibilidade aos consumidores.

A legislação teve como objetivo organizar o mercado e proteger os consumidores, mas também gerou conflitos, já que muitas operadoras resistiram a se adequar às novas exigências, principalmente àquelas que exigiam maior padronização e transparência. As operadoras buscavam evitar mudanças contratuais que aumentassem os custos operacionais. Com a criação da ANS, o setor passou a ser regulado e, com isso, as demandas judiciais começaram a aumentar – principalmente devido à percepção de descumprimento das obrigações contratuais e regulamentares pelas operadoras. Ainda assim, apesar das regulamentações impostas pela ANS, muitas operadoras continuaram a negar tratamentos, medicamentos e procedimentos alegando exclusão contratual (CORDEIRO FILHO, 2012).

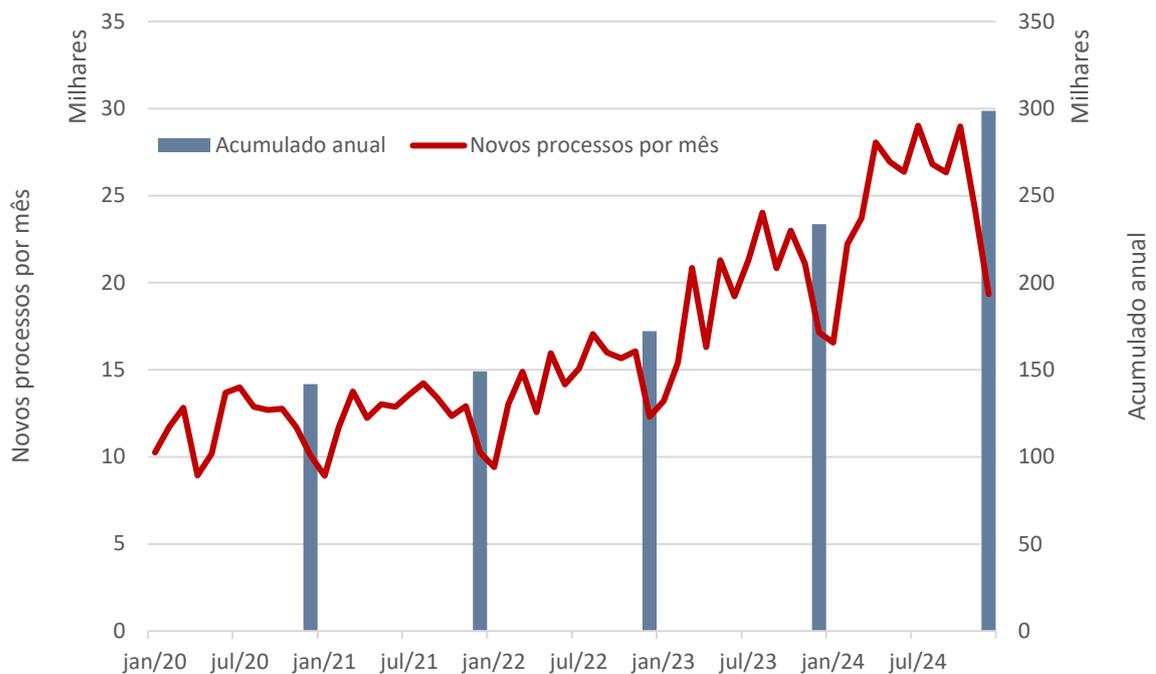
O cenário de maior regulação e conflitos legais não impediu o crescimento setor. Desde sua regulamentação, o mercado de saúde suplementar se consolidou. Estima-se que em 1987 havia 24,4 milhões de beneficiários de planos de saúde e que este número passou para 42,3 milhões em 1994. Em setembro de 2024, esse número chega 51,5 milhões, o que corresponde a 25,3% da população (ANS, 2024). Entretanto, o acesso aos planos de saúde permanece desigual: apenas 2% da população com renda inferior a um quarto de salário mínimo per capita possui plano de saúde privado, enquanto 87% das pessoas com renda superior a cinco salários mínimos têm acesso a esses serviços (IBGE, 2020).

Para Paim et al. (2011), o aumento da demanda por planos de saúde é atribuído à percepção de que esses oferecem uma alternativa eficiente e acessível para pessoas que podem pagar, especialmente em áreas urbanas e regiões desenvolvidas. Os autores enfatizam que a maior segurança jurídica trazida pela regulamentação, a expansão do trabalho formal e a inclusão dos planos de saúde como benefício

corporativo desempenharam um papel significativo no crescimento do setor. Além disso, ao mesmo tempo que o setor de saúde suplementar ganhava confiança dos consumidores, a percepção de ineficiência do SUS reforçava a busca por planos privados.

A consolidação do setor, no entanto, veio acompanhada de desafios que comprometem a sua eficiência e sustentabilidade financeira a longo prazo. A judicialização emergiu como um reflexo das lacunas regulatórias e do descompasso entre as expectativas dos consumidores e as práticas das operadoras. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o número de processos judiciais envolvendo demandas ligadas à saúde vem crescendo significativamente. Esse fenômeno é observado nas últimas décadas, em especial a partir de 2010. O crescimento é evidenciado por dados que mostram uma multiplicação no número de ações judiciais, particularmente entre 2010 e 2014, período em que o número de demandas quadruplicou, passando de cerca de 100.000 para aproximadamente 400.000 demandas (Perlingeiro, 2014). Essa tendência de crescimento da judicialização na saúde se mantém até hoje. A Figura 5 apresenta a evolução do número de novos contra operadoras de planos de saúde judicializados nos últimos anos.

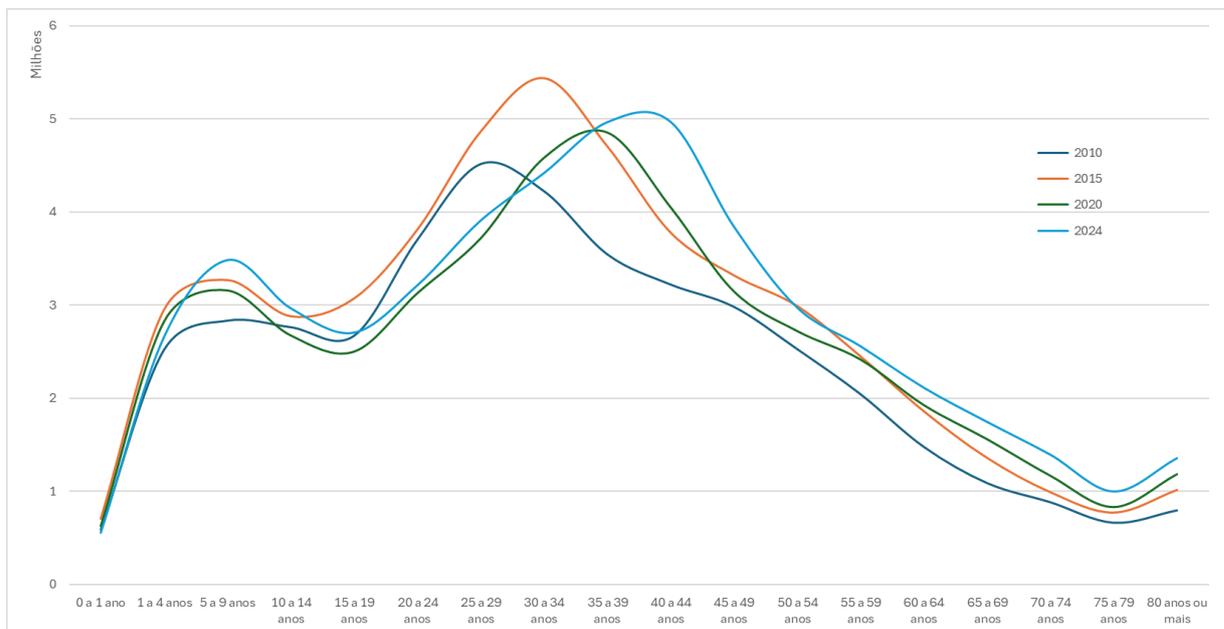
Figura 5 – Novos processos relacionados à saúde suplementar



(Fonte: Conselho Nacional de Justiça, (2024))

O envelhecimento populacional adiciona um grau de complexidade ao cenário. Ao mesmo tempo que a expectativa de vida aumenta, há um crescimento significativo da demanda por serviços médicos, especialmente aqueles relacionados ao tratamento de doenças crônicas e de cuidados a longo prazo, que representam custos elevados para as operadoras. Paralelamente, a base de beneficiários mais jovens, que utilizam menos serviços médicos e ajudam a equilibrar o custo do sistema, tem diminuído proporcionalmente devido às mudanças demográficas, como a queda da natalidade. Isso reduz a capacidade de "subsídio cruzado", onde a população de baixo risco ajuda a financiar a de alto risco, pressionando ainda mais a sustentabilidade financeira do setor. A Figura 6 demonstra a mudança na distribuição de beneficiários por faixa etária ao longo dos anos e evidencia o envelhecimento populacional no Brasil, com o aumento significativo da população idosa (60 anos ou mais) e a redução proporcional das faixas etárias mais jovens.

Figura 6 – Distribuição de beneficiários por faixa etária



(Fonte: (Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2024c))

Além disso, o setor de saúde suplementar enfrenta o aumento nas demandas assistenciais em faixas etárias mais jovens. O relatório apresentado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar aponta para o crescimento da frequência de utilização entre as faixas etárias mais jovens, que sugere condições de saúde antes comuns entre idades mais avançadas estão se manifestando precocemente. Isso não apenas

reflete mudanças no padrão de utilização, mas expõe vulnerabilidades emergentes que afetam todo o sistema de saúde (LARA, 2024).

Essa dinâmica é acentuada pelo fenômeno da seleção adversa, que ocorre quando indivíduos com maior probabilidade de utilizarem serviços de saúde são mais propensos a contratar planos, enquanto pessoas saudáveis (de menor risco) optam por não aderir ou sair do sistema, muitas vezes por questões de custo. Esse desequilíbrio contribui para uma espiral de custos, na qual o aumento dos gastos médios por beneficiário eleva os preços, afastando ainda mais os indivíduos de menor risco.

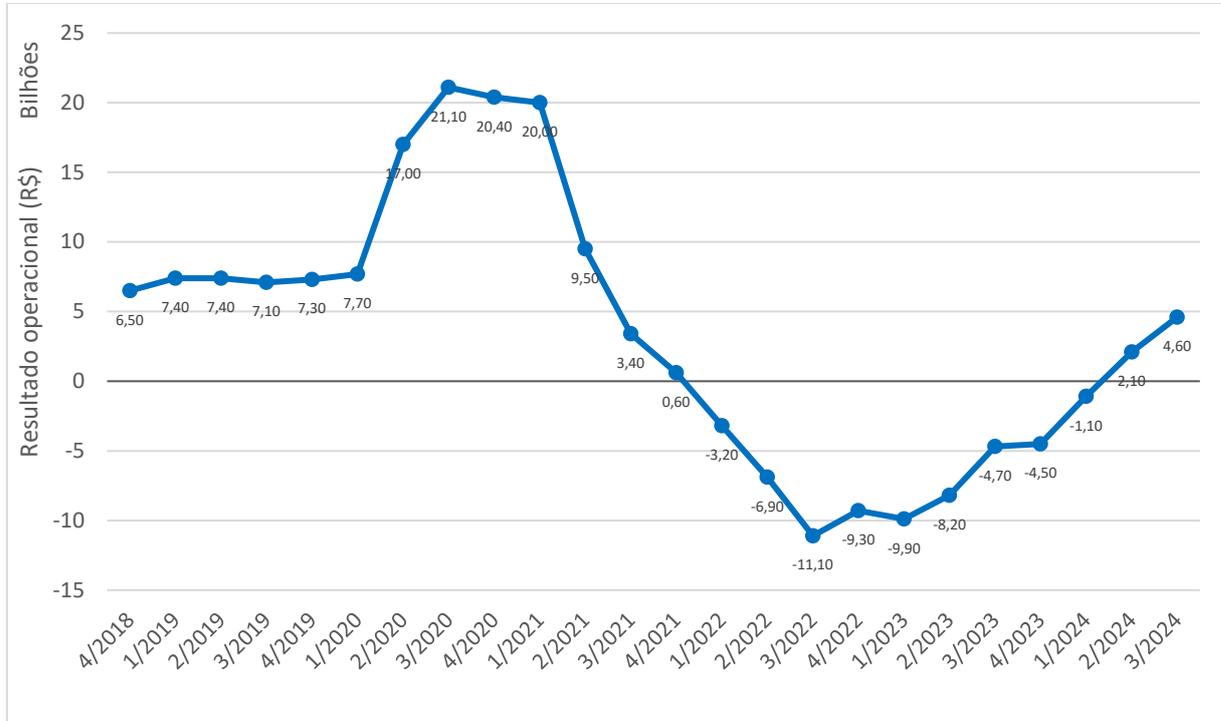
A inflação médica, historicamente superior à inflação geral, também gera pressões econômicas no setor. Enquanto a inflação geral reflete o aumento dos preços de bens e serviços na economia, a inflação médica incorpora o impacto do aumento dos custos com novos medicamentos, procedimentos, tecnologias de ponta e equipamentos, além de serviços médicos especializados. A pandemia de Covid-19 exacerbou os efeitos da inflação médica, elevando ainda mais os custos com internações e a necessidade de atendimentos especializados.

O ano de 2020 foi marcado por uma mudança brusca nos padrões de utilização dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo que os hospitais enfrentavam uma sobrecarga com pacientes graves e um aumento dos preços e escassez de materiais e medicamentos, as medidas de isolamento social e o risco de contágio levaram a população a buscar atendimento médico apenas em situações de urgência e emergência. Atendimentos eletivos – aqueles que não exigem execução imediata para preservar a vida ou prevenir complicações graves – foram adiados. Enquanto isso, os beneficiários mantiveram o pagamento de suas mensalidades, percebendo os planos de saúde como uma necessidade essencial. Isso resultou em resultados operacionais e líquidos recorde para o setor (MINAMI, 2024).

No entanto, a economia nos gastos assistenciais no ano de 2020 não significou que esses valores não seriam gastos futuramente. A demanda reprimida por procedimentos eletivos durante os períodos de restrição retornou em massa nos anos seguintes, resultando em picos de custos e impactos severos no equilíbrio econômico do setor (Lara, 2024). Desde 2021, o setor de saúde suplementar, enfrenta uma crise refletida nos resultados operacionais negativos do setor. A Figura 7 demonstra os

prejuízos operacionais registrados pelas operadoras de planos de saúde nos anos que sucederam a pandemia.

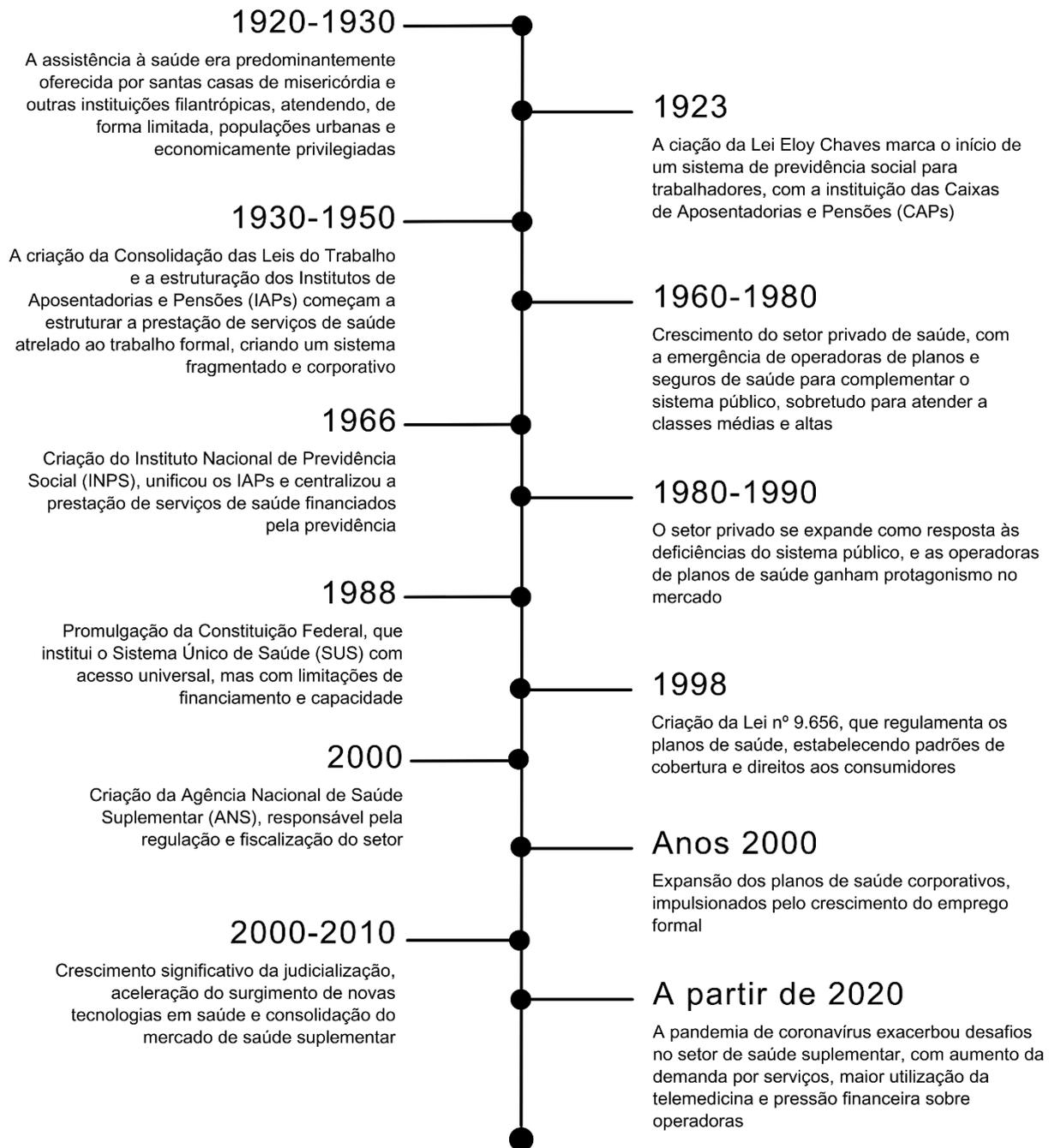
Figura 7 – Resultados operacionais das operadoras por trimestre



(Fonte: ANS (2024b))

O processo de legitimação em um mercado, alinhadas às lógicas institucionais predominantes, atravessa toda a sua trajetória histórica. Nesse sentido, para esta pesquisa, que busca compreender o panorama atual do mercado em um cenário caracterizado pela coexistência de múltiplas lógicas institucionais divergentes, torna-se essencial o entendimento dos fatos históricos. Entender esse percurso não é apenas essencial para identificar os fatores que estruturam o mercado, mas também para identificar as pressões que desafiam a sua legitimidade e sustentabilidade no futuro. Essa perspectiva histórica oferece uma base crítica para explorar as interações entre as lógicas institucionais, a regulação e os interesses dos múltiplos atores envolvidos, fornecendo insights valiosos para as discussões contemporâneas sobre as pressões e as respostas que configuram o setor. A Figura 8 resume os principais marcos da formação do mercado de saúde suplementar até a atualidade.

Figura 8 – Linha do tempo da formação do campo da saúde suplementar



(Fonte: elaborado pela autora)

#### 4.2. Configuração atual do mercado de saúde suplementar

Vieira e Vilarinho (2004) analisaram o campo organizacional da saúde suplementar, a partir da teoria institucional, na esteira da regulamentação do setor. Os autores descrevem o campo como estruturado por uma rede de atores –

destacando-se as operadoras, as entidades filantrópicas<sup>3</sup>, os prestadores de serviço de saúde, a agência reguladora e os consumidores – que atuam em um sistema isomórfico, onde as crenças e os valores comuns se consolidaram, influenciados por políticas estatais desde a década de 1950. Ainda que não mencione explicitamente o conceito de lógicas institucionais, o trabalho aborda temas que permitem inferir a presença de diferentes lógicas subjacentes no campo da saúde suplementar ao discutir a diversidade de interesses e pressões entre os principais atores. O estudo, embora ofereça uma visão valiosa a respeito da formação do campo, foi publicado pouco tempo depois da regulamentação do setor e não reflete integralmente a realidade atual da saúde suplementar. Desde 2004, as políticas públicas e as regulamentações da ANS sofreram atualizações importantes, avanços tecnológicos impuseram novas pressões e eventos recentes, como a pandemia de COVID-19, trouxeram impactos relevantes para o setor.

Hoffman (1999) explica que o campo organizacional não deve ser visto como estático, mas como um sistema em constante transformação, tanto por meio da entrada e saída de organizações ou grupos específicos quanto pela modificação dos padrões de interação e redistribuição de poder entre os atores que compõem o campo. Em comparação com o cenário apresentado por Vieira e Vilarinho (2004), os achados deste trabalho apontam para o crescimento do protagonismo do Poder Judiciário, onde este deixa de ser apenas meio para os consumidores contestarem as práticas específicas das operadoras de planos de saúde para um ator central que define diretrizes e influencia a forma como o setor opera. Para DiMaggio e Powell (1983), os atores de um campo organizacional são caracterizados pela interdependência, pelo reconhecimento mútuo e pela submissão às normas institucionais que estruturam a suas interações. A fala de Ana Bertani, superintendente jurídica da ABRAMGE, ilustra a falta de aderência do judiciário às normas e pareceres técnicos emitidos pela agência reguladora<sup>4</sup>.

*“O que se imagina é que, num caso concreto, o juiz vai aplicar ali a lei que trata dos planos de saúde e as regulamentações que são feitas*

---

<sup>3</sup> Vieira e Vilarinho (2004) sugerem que as entidades filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia desempenham um papel na influência social e humanitária no campo da saúde suplementar, contrabalanceando a mercantilização do setor – ou seja, funcionam em contraste com as operadoras que seguem predominantemente uma lógica de mercado

<sup>4</sup> Fala de Ana Bertani, durante seminário **“Saúde Suplementar: Acesso e Sustentabilidade”**, realizado em São Paulo, 29/11/2023. Disponível em: <<https://estudio.folha.uol.com.br/abramge/>>

*pela ANS, que tem a competência para tal, mas não é o que se observa. Na grande maioria, na imensa maioria das decisões, o que o juiz aplica são... Ele utiliza a jurisprudência criada pelo próprio Tribunal de Justiça de São Paulo, ou seja, entendimentos magistrados em casos anteriores semelhantes. E a outra questão é que ele aplica o Código de Defesa do Consumidor. É óbvio que o Código de Defesa do Consumidor se aplica às relações de consumo, mas você não deveria, é... O mínimo que se espera é que ele seja aplicado simultaneamente com as leis específicas do setor.”*

Outros exemplos da maior participação do judiciário aparece na publicação dos entendimentos publicados pelo Conselho da Justiça Federal. Esses entendimentos – chamados de enunciados – apesar de não serem obrigatórios, orientam a decisão dos magistrados e servem de parâmetro para futuras decisões judiciais. O enunciado 14, por exemplo, diz: *“É nula a cláusula contratual que admite a rescisão unilateral, sem motivação idônea, do plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 (trinta) beneficiários”* (CNJ, 2024).

Essa orientação vai de encontro com as práticas usuais das operadoras. A Lei n. 9.656/1998, que regulamenta os planos de saúde não trata diretamente da rescisão de contratos coletivos (empresariais ou adesão), vedando somente a proibição da rescisão de contratos individuais ou familiares. A ausência de uma proibição explícita na lei é interpretada como uma permissão para que operadoras e contratantes tenham liberdade para rescindir contratos coletivos. Essa liberdade é entendida como compatível com a natureza dos contratos coletivos, que geralmente envolvem negociações mais complexas entre empresas ou associações e as operadoras de saúde.

A regulação institucional exercida pelo Poder Judiciário não apenas influencia as práticas das operadoras, mas também orienta a própria ANS, que passa a considerar decisões judiciais ao definir suas políticas e regulamentações. Observa-se, por exemplo, o caso da inaplicabilidade dos limites de sessões de psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Embora a Resolução Normativa 428/2017 previsse a cobertura mínima obrigatória de 40 sessões por ano de contrato, uma decisão judicial no âmbito de uma Ação Civil Pública no Estado de São Paulo<sup>5</sup>

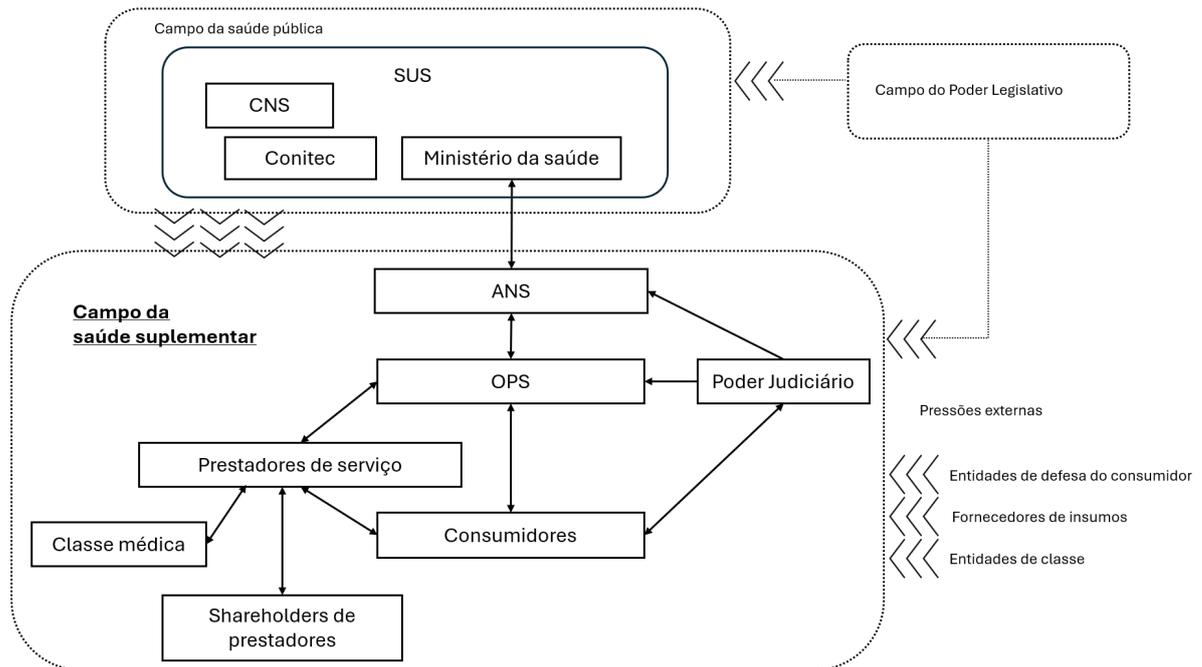
---

<sup>5</sup> Ação Civil Pública n. 5003789-95.2021.4.03.6100 da 2ª Vara Cível Federal de São Paulo

declarou de que, nos casos de tratamentos multidisciplinares de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o número de consultas e sessões não está sujeito em limite preestabelecido em Resolução Normativa da Agência, devendo ser observada a indicação feita pelos profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento. Esta decisão, junto com o número crescente de ações judiciais para a cobertura assistencial sem restrições ao número de sessões, levou a agência a aprovar uma normativa ampliando as regras da cobertura assistencial para pessoas com transtornos gerais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a Resolução Normativa n. 539/2022.

A busca por legitimidade, as pressões para proteger direitos fundamentais e o isomorfismo normativo conduzem o Judiciário a se posicionar como defensor do direito à saúde, exercendo um papel de vigilância e mediação no setor. Esse papel se institucionaliza à medida que o Judiciário passa a influenciar práticas e políticas do setor, reforçando sua posição como protagonista indispensável no campo da saúde suplementar no Brasil. Portanto, o Judiciário atua como um ator-chave na saúde suplementar, regulando indiretamente o setor e incentivando mudanças institucionais que moldam as práticas das operadoras para alinhar-se com as decisões judiciais e evitar novos litígios. Esta atuação não apenas influencia a conformidade às normas, mas também responde às pressões sociais e regulatórias que afetam o campo, evidenciando o papel ativo do Poder Judiciário no campo da saúde suplementar. A partir desta análise, a Figura 9 apresenta um diagrama atualizado da configuração do campo da saúde suplementar, representando os seus atores e as pressões externas sofridas pelo campo.

Figura 9 – O campo da saúde suplementar



(Fonte: adaptado de Vieira e Vilarinho (2004))

Apesar da estrutura básica influenciada por políticas estatais e pela regulamentação, o campo da saúde suplementar é marcado pelos conflitos de interesse entre os atores. As operadoras de planos de saúde e a ANS são identificadas como os polos centralizadores das interações no campo, sendo as operadoras os atores mais controversos. São elas que são apontadas como alvo de pressão intensa por praticamente todos os outros grupos no setor (consumidores, prestadores, Judiciário e ANS).

Para os consumidores, as operadoras priorizam a maximização dos lucros em detrimento do atendimento pleno dos consumidores. A fundadora da Associação Vítimas A Mil, criada para defender os direitos dos consumidores de planos de saúde individuais e familiares, Letícia Mello aponta a sua percepção da sobreposição da lógica de mercado à lógica do cuidado na atuação das operadoras de planos de saúde<sup>6</sup>.

*“Hoje estão tratando o tema de saúde como um negócio como outro qualquer, né... e então, é... eles estão vendo só os lucros, o máximo de lucro possível, não importando se isso custará o bem-estar e a vida*

<sup>6</sup> Fala de Letícia Mello, em audiência pública da Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal, realizada em 21/08/2024. Disponível em: < [https://www.youtube.com/watch?v=8Bu\\_dVQjAn0](https://www.youtube.com/watch?v=8Bu_dVQjAn0) >

*de milhões de pessoas. As fusões das operadoras que estão criando, né, megaestruturas, elas impactam economicamente na vida dos usuários que possuem rede privada de saúde. Eu diria que essas empresas fazem o que querem, elas se sentam em uma mesa determinam quais serviços vão ser oferecidos, com qual qualidade e qual preço, deixando o cliente totalmente vulnerável sem a certeza de atendimento e sem a certeza de poder continuar na rede privada ou não, né. Porque hoje o plano de saúde é o maior gasto de uma família”*

Os prestadores de serviço (como médicos e hospitais) são aliados dos consumidores de planos de saúde, uma vez que compartilham interesses semelhantes, já que ambos desejam assegurar que os consumidores tenham acesso aos serviços de saúde adequados. Esses prestadores, no entanto, também estão submetidos à lógica de mercado, o que amplia a complexidade das relações. Um relatório publicado pelo fundo de investimentos Kinea (2024) explica:

*"O modelo de pagamento dos prestadores pelos planos sempre teve um claro conflito de interesses: hospitais são incentivados a realizar mais exames, tratamentos e cirurgias para aumentar suas receitas, enquanto os planos de saúde buscam minimizar essas despesas. Esse cabo de guerra é resultante do modelo chamado fee-for-service, ou pagamento por procedimento, que é historicamente o padrão do mercado, em que as despesas do tratamento são cobertas pelo plano. Nesse modelo, os excessos são recompensados, levando ao aumento dos custos do sistema de saúde ao longo do tempo."*

Esse cenário cria uma tensão entre as lógicas de mercado e dos direitos dos consumidores, onde o interesse econômico das operadoras e prestadores pode colidir com a necessidade de garantir acesso justo e eficiente aos serviços de saúde. O entrevistado ENT2, ao falar da pressão sofrida por prestadores em relação a precificação dos serviços, descreve como este conflito gera uma oferta despadronizada de serviços, onde o consumidor tem dificuldade de identificar serviços confiáveis:

*"E aí você tem também o grande problema, em muitas vezes, que você tem um mercado que ele, ele é um mercado muito amplo, onde você tem prestadores que muitas vezes não buscam a qualidade, estão muito mais preocupados em outras coisas. E aí você tem uma desconexão. E as operadoras, eles usam isso em benefício próprio. Pega, por exemplo, o valor pago por uma operadora pra um prestador*

*que não pensa na qualidade, que faz qualquer coisa, e usa aquela negociação para tentar regular o mercado, não é?” (ENT2)*

Na fala do entrevistado fica aparente o conflito entre a lógica profissional, que prioriza a qualidade do cuidado e a autonomia dos profissionais de saúde, com a lógica de mercado, que demanda que os prestadores adequem o preço de seus serviços para se manterem competitivos no mercado. O entrevistado segue explicando a respeito da pressão financeira e do desbalanceamento nas relações de poder entre operadoras e prestadores:

*“E das operadoras que a gente tem [como clientes], só nos últimos anos a gente passou de 60 para 75 dias de pagamento. Você tem aumento de glosas<sup>7</sup>, você tem diminuição de pacotes, você tem glosas unilaterais sem nexos nenhum. Você não consegue ter um nexo, então, de certa forma, os prestadores, eles têm que navegar com que o momento econômico e o momento da saúde nos mostram. [...] Mas é, a gente vê que é a longo prazo o prestador, ele vai estar mais seguro, quanto mais ele tiver diversidade de receitas dele. Se você estiver na mão de um preço de uma operadora ou de uma de uma prestadora de serviços, só você tem um risco aumentado que, por exemplo, essa operadora chega e te descredencia, você quebra. Você não tem... você não tem velocidade no mercado, muitas vezes de conseguir em um mês, recuperar aqueles clientes.” (ENT2)*

As operadoras, por outro lado, apontam a necessidade de equilibrar os custos crescentes, demonstrando a forte orientação da lógica de mercado. Scott et al. (2000) descrevem como crises econômicas frequentes e o aumento de custos de saúde a partir da década de 1970 levaram à transição de uma lógica baseada em equidade e qualidade para uma lógica de mercado no setor de saúde nos Estados Unidos, impulsionando a adoção de mecanismos para aumentar a eficiência e controlar gastos. Fica evidente o paralelo a ser traçado com o atual momento do setor de saúde brasileiro. O aumento exponencial dos custos com saúde causado por fatores como envelhecimento populacional, incorporação de novas tecnologias e a judicialização excessiva no setor, gera uma pressão econômica que fortalece a adoção da lógica de mercado. Essa relação pode ser observada nas práticas e estratégias adotadas pelas

---

<sup>7</sup> O termo glosa refere-se à recusa total ou parcial de pagamento de um procedimento, serviço ou despesa médica por parte da operadora de plano de saúde ao prestador de serviços de saúde. Essa recusa ocorre durante o processo de auditoria ou análise de contas apresentadas pelos prestadores.

operadoras, que priorizam ações ligadas à busca por eficiência, redução de custos e aumento da competitividade.

O mutualismo, fundamentado na ideia de que os custos são compartilhados entre os participantes de um plano de saúde, é enfatizado pelas operadoras como argumento para justificar as práticas baseadas na lógica de mercado. As operadoras ressaltam que o sucesso do sistema depende do equilíbrio entre o ingresso de novos beneficiários saudáveis (que contribuem mais do que consomem) e o uso dos recursos por aqueles que demandam serviços de saúde. Este equilíbrio é apresentado como essencial para a sustentabilidade econômica do setor.

A verticalização, estratégia que integra a prestação de serviços de saúde à operação, aparece como uma alternativa adotada por muitas operadoras no controle de custos, uma vez que tanto a gestão quanto a execução do atendimento aos beneficiários fica sob o comando da operadora. Ao adotar essa estratégia, as operadoras buscam conciliar os interesses econômicos, regulatórios e de cuidado. No entanto, os conflitos resultantes desta prática evidenciam as tensões entre as múltiplas lógicas institucionais atuantes. O debate sobre a adoção de novos modelos de remuneração no setor de saúde complementar é outra estratégia amplamente discutidas como forma de controlar custos no sistema. As operadoras, orientadas pela eficiência econômica e pela sustentabilidade financeira têm defendido a transição para modelos de pagamento baseados em valor, que alinham a remuneração dos prestadores aos desfechos clínicos e à eficiência assistencial, buscando reduzir desperdícios e promover maior previsibilidade nos custos.

*“É porque muitos prestadores de serviços acabam reclamando de operadoras que pagam muito pouco. Mas é óbvio que elas pagam pouco. Olha todos os problemas que a gente está enfrentando. Isso, se a gente não entender, que precisa ter uma revolução na questão da remuneração. Os prestadores de serviços vão receber pouco, as operadoras vão pagar pouco e a margem de todo mundo vai ser pequena. Então, os prestadores de serviços têm um papel muito importante nisso, tanto a operadora quanto o prestador de serviços”*  
(ENT1)

Enquanto a lógica de mercado impulsiona a busca por eficiência e competitividade, a lógica profissional é fundamentada na autonomia e na expertise individual do profissional, que valoriza a capacidade de tomar decisões clínicas

personalizadas com base na formação técnica e na experiência médica. Em sua fala no evento promovido pela Folha de São Paulo, Renato Casarotti, presidente da ABRAMGE, fala da necessidade de previsibilidade dos custos e da assertividade do uso de recursos<sup>8</sup>. A fala sugere a importância da implementação de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos.

*“Principalmente para aquelas linhas de cuidado que exigem mais financeiramente do sistema, como é que eu garanto um cuidado mais homogêneo, com menos variação. Não pode fazer diferença para pessoa. o médico que ela encontra, né, para saber qual o tratamento que ela vai receber. Hoje é uma realidade do Brasil, né? Você pode se sentar na frente do médico e receber um diagnóstico e um plano terapêutico X e no dia seguinte com outro médico, uma outra médica receber um plano terapêutico completamente diferente. Isso dificulta muito a previsibilidade de organização do nosso sistema de saúde.”*

A classe médica, fundamentada na lógica profissional, tende a ver essa padronização como interferência no exercício de suas funções. O Código de Ética Médica (CFM, 2019) estabelece que é garantido ao profissional agir com autonomia e liberdade, sendo vedado ao profissional *“renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”*.

A ausência de regulação específica para os prestadores de serviço na saúde suplementar acentua os conflitos entre eles e as operadoras. A ANS regula principalmente as operadoras de planos de saúde, com foco nas relações entre consumidores e essas operadoras. A atuação sobre os prestadores de serviço, como hospitais, clínicas e laboratórios é menos direta. A agência determina, por exemplo, a obrigatoriedade de contratos formais entre operadoras e prestadores, incluindo regras básicas sobre o reajuste de honorários. No entanto, essa lacuna regulatória cria um ambiente onde o conflito é perpetuado por incentivos desalinhados e pela incapacidade de construir confiança mútua entre os atores do setor.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aparece em uma situação ambígua. Em alguns momentos, suas ações aparentam favorecer as operadoras, o

---

<sup>8</sup> Fala de Renato Casarotti, durante seminário **“Saúde Suplementar: Acesso e Sustentabilidade”**, realizado em São Paulo, 29/11/2023. disponível em: <<https://estudio.folha.uol.com.br/abramge/>>

que gera insatisfação entre consumidores e prestadores. Isto se deve ao fato de um dos principais objetivos da Agência é garantir a solvência financeira do setor, para que os serviços de saúde suplementar permaneçam operacionais. Esta percepção de favorecimento leva consumidores e prestadores a usarem instrumentos legais e regulamentares para tentar influenciar o setor a seu favor contra o seu “oponente” mais visível, as operadoras. Por outro lado, as operadoras, ao mesmo tempo que reconhecem o papel da ANS como um órgão regulador essencial para estabelecer normas e proteger os consumidores, também têm uma percepção crítica em relação à atuação da Agência.

Para as operadoras, a ANS não considera adequadamente a realidade econômica e operacional do setor ao criar normas e atualizar políticas. Em especial, o processo de inclusão de novas tecnologias em saúde no Rol de Procedimentos é criticado por ser percebido como tecnicamente válido, mas economicamente inviável, uma vez que os custos adicionais não são acompanhados por aumento proporcional na receita. Um representante de operadora de planos de saúde, discute sobre a inclusão do medicamento Zolgensma, usado no tratamento de atrofia muscular espinhal<sup>9</sup>.

*“existem medicamentos que estão sendo incluídos [no Rol] ou que entram em ações, como um contra a atrofia muscular espinhal, que custa R\$ 9 milhões, o que é mais do que a receita de algumas operadoras, na verdade. [...] E aí, nesse caso, por exemplo, a gente se questiona lá, como que a ANS, sabendo de que mais de 60% das operadoras ativas hoje não faturam esse valor por mês, como que permite que essa incorporar um medicamento tamanho o custo desse? Porque o que vai acontecer se chegar um pedido de um medicamento desse de uma operadora a qual não fatura esse valor? Ela vai fechar? Vai sumir, vai desintegrar? Como que vai ser? Ou ela vai ser obrigada a dar e, em consequência, colocar em risco assistências de todo o resto do mutualismo.”*

A inclusão de novas coberturas no sistema de saúde suplementar exemplifica um conflito central entre a lógica de mercado, que prioriza sustentabilidade financeira do setor, e a lógica estatal, orientada pela equidade e pelo interesse público. Nesse

---

<sup>9</sup> Fala de Rodrigo Mafra, durante seminário “Saúde Suplementar: Acesso e Sustentabilidade”, realizado em São Paulo, 29/11/2023. disponível em: <<https://estudio.folha.uol.com.br/abramge/>>

contexto, a ANS se encontra no centro das tensões, tentando equilibrar as demandas das operadoras, que precisam gerenciar os custos crescentes, e dos consumidores, que esperam acesso irrestrito às inovações em saúde. Alexandre Fioranelli, diretor da DIPRO/ANS, ilustra as limitações enfrentadas pela agência reguladora no processo de inclusão de novas coberturas<sup>10</sup>. Durante um evento, ele destacou os desafios impostos pela legislação vigente, que exige a rápida incorporação de tecnologias avaliadas pelo SUS através da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

*“Por lei, toda tecnologia que é avaliada via SUS, pelo Conitec, se não tiver uma exclusão legal, em 60 dias ela tem que ser incorporada na saúde suplementar. [...] A gente incorporou, no período de dois anos, 65 tecnologias. Tá bom? 65 tecnologias. Dessas 65 tecnologias, 22 ou 23, eu não quero errar algum número, mas é coisa semelhante, já vem direto via Conitec, que a gente não pode fazer a avaliação do ponto de vista de impacto orçamentário, porque a gente tem só 60 dias para fazer essa incorporação automática. E, muitas vezes, essa tecnologia que é incorporada no SUS demora dois, três anos para ser aplicada no SUS. E na saúde suplementar em 60 dias ela já tem que ser incorporada legalmente. E a gente não tem literalmente o que fazer.”*

Em relação a atuação da ANS, identifica-se a atuação da lógica estatal, uma vez que seu foco principal resta na regulação e governança do setor. A lógica estatal se manifesta fortemente na criação e aplicação de iniciativas e processos regulatórios, cujo objetivo é promover o funcionamento ordenado do mercado. Essa lógica é evidente em diversas frentes, como a definição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece as coberturas obrigatórias para todos os planos de saúde, a regulação dos reajustes anuais dos planos individuais e familiares, e a fiscalização e aplicação de sanções para assegurar que as operadoras cumpram suas obrigações legais.

Outros estudos analisaram as lógicas institucionais evidenciadas na atuação da ANS. Freitas (2018), ao investigar as mudanças da regulamentação da fiscalização do campo da saúde suplementar, apontou a presença da lógica da defesa do interesse público e da proteção ao consumidor como destaques na atuação da agência

---

<sup>10</sup> Fala de Alexandre Fioranelli, durante seminário **“Saúde Suplementar: Acesso e Sustentabilidade”**, realizado em São Paulo, 29/11/2023. Disponível em: <<https://estudio.folha.uol.com.br/abramge/>>

reguladora, além da lógica de mercado, que aparece com influência menor. Ryngelblum, Giglio e Corrêa (2019), ao explorar as estratégias empregadas pela agência no processo de inclusão de novos procedimentos no Rol, apontam a tensão entre as lógicas coexistentes no campo regulatório, como a lógica pública, a lógica profissional e a lógica de mercado. Essa coexistência de lógicas, no entanto, não elimina a prevalência da lógica estatal na atuação da ANS, que opera com base em diretrizes normativas e legais que orientam suas ações e decisões, conferindo centralidade à essa lógica.

Contudo, ainda que a lógica estatal busque refletir princípios de soberania e proteção ao bem estar coletivo, as ações da ANS enfrentam críticas relacionadas à sua eficácia pelos demais atores do campo da saúde suplementar. As operadoras frequentemente criticam a agência pela imposição de regulações que elevam os custos sem que haja um ajuste proporcional na precificação. Os beneficiários questionam a falta de fiscalização mais rigorosa sobre práticas consideradas abusivas, como negativas de cobertura, cancelamentos unilaterais e ou reajustes excessivos. Os prestadores de serviço de saúde reclamam da falta de regulação adequada dos contratos entre operadoras e prestadores, deixando brechas para práticas como atraso nos pagamentos, glosas administrativas indevidas e ausência de transparência nas condições contratuais. Juízes e órgãos judiciais enfrentam sobrecarga de processos decorrentes de falhas regulatórias da agência, como a falta de clareza nas regras de cobertura, acarretando no crescimento da judicialização no setor.

Quando um órgão regulador como a ANS falha em garantir a aplicação eficaz de normas ou é percebido como inadequado em suas ações, sua legitimidade institucional é prejudicada, impactando negativamente a confiança dos diferentes atores do setor por ele regulado. Essa percepção de fragilidade regulatória pode ser ilustrada pelo recente pedido de abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) contra as operadoras de planos de saúde<sup>11</sup>. O pedido de CPI surge como uma resposta institucional e política à crescente insatisfação de beneficiários, prestadores de serviços e outros *stakeholders* diante de práticas consideradas abusivas, como negativas de cobertura, reajustes excessivos e cancelamentos unilaterais de

---

<sup>11</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. Requerimento de Instituição de CPI RCP2/2024. Brasília, DF. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2438602>>

contratos. Embora a CPI tenha como foco as operadoras, sua abertura também reflete tensões subjacentes no campo regulatório, expondo a percepção de ineficiência ou falta de rigor por parte da ANS no cumprimento de seu papel. Esse cenário evidencia como a interação entre lógicas institucionais conflitantes pode amplificar os desafios de legitimidade no setor da saúde suplementar.

Enquanto as lógicas moldam os padrões de ação e decisão no campo, a legitimidade determina o grau de aceitação e confiança nos atores e nas instituições que compõem o setor (R. W. Scott, 2014; Suchman, 1995). Assim, a legitimidade emerge como um constructo central para compreender as dinâmicas entre os diferentes atores do campo da saúde suplementar, tema que será explorado na próxima seção.

### **4.3. Legitimidade na saúde suplementar**

A presente seção explora a legitimidade no setor de saúde suplementar a partir das categorias de análise identificadas na coleta de dados. Essas categorias refletem aspectos-chave que influenciam a manutenção ou a contestação da legitimidade nesse campo. A partir da análise dos dados coletados nesta pesquisa, foram identificadas as descritas no Quadro 8, apresentado no capítulo anterior. Essas categorias serviram como base para guiar a discussão da construção e desconstrução da legitimidade no setor de saúde suplementar.

A categoria **“Proteção Familiar”** evidencia o plano de saúde como um instrumento fundamental para assegurar a segurança e o bem-estar da família diante das limitações do sistema público de saúde. Esse entendimento é reforçada pela percepção da insuficiência do SUS e pela inviabilidade financeira de recorrer exclusivamente à saúde privada, especialmente em situações de emergência ou tratamentos complexos. Para muitas pessoas, a experiência cotidiana de lidar com as limitações do sistema público – como longas filas de espera, dificuldade de acesso a especialistas e precariedade em unidades de atendimento – gera um sentimento de insegurança e frustração, fortalecendo a ideia de que os planos de saúde representam não apenas uma alternativa, mas uma necessidade para garantir cuidados médicos oportunos e eficazes.

Essa dinâmica confere ao setor uma legitimidade pragmática, ao ser percebido como uma solução que entrega benefícios diretos e imediatos para os indivíduos e suas famílias. Essa legitimidade é alimentada por narrativas cotidianas que reforçam o valor funcional dos planos, apresentados como uma "garantia de proteção" diante da vulnerabilidade do SUS. Essas narrativas, muitas vezes baseadas em experiências pessoais ou relatos de terceiros, consolidam a ideia de que investir em um plano de saúde é um ato de responsabilidade individual e familiar.

Além disso, o plano de saúde conquista legitimidade cognitiva ao ser culturalmente incorporado como uma necessidade socialmente aceita. Essa legitimidade é particularmente evidente em cenários onde o sistema público é percebido como incapaz de atender de forma eficiente às demandas de saúde da população. Nesse contexto, os planos de saúde tornam-se amplamente associados a um padrão superior de cuidado, tornando-se símbolos de segurança e até mesmo de status social. Essa percepção cultural reforça um ciclo em que a saúde suplementar é desejada não apenas por seus benefícios práticos, mas também por seu valor simbólico. Em um ambiente onde o sistema público é visto como insuficiente, os planos de saúde consolidam sua posição como uma solução legitimada tanto pela funcionalidade quanto pelo reconhecimento social. Um exemplo emblemático é encontrado no podcast *Me Poupe*<sup>12</sup>, em que a apresentadora Natália Arcuri compartilha um relato que expressa essa percepção cultural:

*“Eu lembro que o momento ápice da minha vida foi quando eu consegui um emprego com o plano de saúde. Quando eu peguei a carteirinha do plano de saúde. Sério, foi melhor do que o salário. Porque antes era o plano de saúde do seu pai. E é superimportante, é saúde, é médico, é caro, você precisa tomar cuidado e tal. Aí chega a sua, cê... Nossa, velho, por mim.”*

A categoria “**Direitos do consumidor**” apresenta dimensões cruciais na análise das dinâmicas do mercado de saúde suplementar, especialmente no âmbito das relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde, e revela uma tensão significativa em relação à categoria anterior, “Proteção Familiar”. Esta categoria evidencia o conflito entre a lógica da proteção dos direitos dos

---

<sup>12</sup> ME POUPE. **Como ter saúde de qualidade com pouco dinheiro! MePoupe89**. [vídeo]. YouTube, 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ht9h66a2Hhw>. Acesso em: 30 dez. 2024.

consumidores, que demanda acesso pleno e serviços de qualidade, e a lógica de mercado, que orienta as operadoras na busca pela sustentabilidade financeira e maximização dos resultados.

As dificuldades encontradas pelos usuários para usufruir dos serviços contratados – restrições na rede credenciada, negativas de cobertura ou barreiras de acesso, por exemplo – são fontes recorrentes de conflitos entre operadoras e beneficiários. Essas dificuldades, frequentemente relatadas por usuários, desafiam a noção central de que a saúde suplementar deve ser um espaço de diferenciação em relação ao SUS, oferecendo maior celeridade e qualidade no atendimento. Essas falhas afetam diretamente a legitimidade pragmática das operadoras de saúde suplementar. De acordo com Suchman (1995), essa forma de legitimidade baseia-se na ideia de que a organização é vista como útil e vantajosa pelos seus públicos, atendendo aos seus interesses e oferecendo benefícios concretos. Uma usuária do sistema de saúde suplementar, relatando a sua experiência negativa em relação ao plano de saúde, afirma:

*“Eu falo por conta dos meus filhos, né? Para passar com um pediatra, pediatra que atende pelo convênio é uma loucura. Primeiro que data é pra daqui dois meses, se eles atendem pelo plano, e a consulta dura 25 minutos. E se você paga, é claro que você vai ter uma consulta de uma hora, uma hora e meia. [...] Eu fico revoltada todas as vezes que eu tenho que pagar um médico pra depois pedir reembolso do plano de saúde pra eu poder ter uma consulta digna.”*

A fragilidade na confiança no sistema de saúde suplementar também emerge como um tema recorrente e reflete um aspecto estrutural do mercado. O plano de saúde, que deveria atuar como um mecanismo de proteção e segurança para o usuário, acaba se tornando uma fonte de incertezas e frustrações, comprometendo sua função simbólica e prática. Outro usuário ilustra esse ponto ao afirmar:

*“Quarenta anos que eu tenho UNIMED e até hoje praticamente nunca usava, porque a minha saúde sempre muito boa e hoje fui lá fazer um exame de fezes, porque ando muito mal do estômago e não é que me negaram, tá em análise porque não consegue liberar. Pra que a gente tem um plano de saúde se na hora que tu vai usar, precisa passar por esse tipo de coisa?”*

A percepção de que as operadoras falham em entregar o que prometem é agravada por práticas vistas como abusivas, como negativas de cobertura, cancelamentos unilaterais e reajustes vistos como desproporcionais. Essas práticas também desafiam a percepção de legitimidade moral do setor, que depende de sua capacidade de alinhar-se às expectativas éticas e sociais dos consumidores. De acordo com Suchman (1995), a legitimidade moral baseia-se no reconhecimento que uma prática é ética, benéfica e consistente com os valores sociais. Práticas que priorizam ganhos de curto prazo em detrimento do bem-estar dos consumidores frequentemente contrariam esses valores, contribuindo para a erosão da confiança pública no setor.

A percepção de que as operadoras de planos de saúde frequentemente falham em entregar os serviços prometidos afeta tanto a legitimidade pragmática quanto a moral do setor. Essas falhas não apenas desafiam a ideia de que os planos de saúde são úteis e vantajosos, mas também comprometem os valores éticos associados à saúde suplementar, ampliando o sentimento de desconfiança por parte dos consumidores. Como resultado, os usuários frequentemente se veem compelidos a buscar soluções externas para conflitos não resolvidos, especialmente pela via judicial.

Nesse sentido, a judicialização na saúde suplementar ocorre quando consumidores recorrem ao poder judiciário para obter direitos não atendidos pelas operadoras de planos de saúde, como cobertura de tratamentos ou correção de práticas classificadas como abusivas pelos consumidores – por exemplo reajustes desproporcionais ou cancelamentos unilaterais. Nesse contexto, o judiciário assume o papel de agente moral, equilibrando as lacunas deixadas pela agência reguladora e reflete a incapacidade do mercado de resolver disputas por meio de mecanismos institucionais tradicionais. A judicialização, portanto, se torna um dispositivo de mercado (DEEPHOUSE & SUCHMAN, 2008; SUCHMAN, 1995), desempenhando múltiplos papéis no setor de saúde suplementar. Primeiro, ela atua como um mecanismo para mediar transações e corrigir práticas vistas como injustas contra os usuários dos planos de saúde, especialmente em contextos onde a regulação estatal ou os mecanismos institucionais falham em garantir os direitos dos consumidores.

Além disso, a judicialização age como um dispositivo que define e redefine os limites das responsabilidades das operadoras de saúde, muitas vezes desafiando normas contratuais previamente estabelecidas. Decisões judiciais criam precedentes que moldam o comportamento das organizações, forçando-as a alinhar suas práticas às expectativas normativas e sociais. Quando um beneficiário recorre à justiça para obter acesso a um tratamento ou procedimento negado, a decisão judicial confere legitimidade a essa demanda, validando-a perante o mercado e outros consumidores, levando a um ciclo em que essas práticas se tornam aceitas e esperadas, mesmo que estejam fora do âmbito regulatório formal.

O mesmo contexto de insatisfação e desconfiança culmina em movimentos sociais e políticos mais amplos, como o pedido de abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) contra as operadoras de planos de saúde – motivado pelo aumento das reclamações no setor junto a órgãos reguladores como a ANS e ao Procon. Essa iniciativa tem implicações profundas na legitimidade do setor, uma vez que envolve o questionamento das práticas das operadoras e intensifica as pressões regulatórias e sociais. A legitimidade pragmática, que se baseia na percepção de que os planos de saúde oferecem benefícios claros ao consumidor é significativamente abalada. Ao denunciar os cancelamentos unilaterais, a CPI evidencia que os serviços não cumprem a expectativa central do plano de saúde: garantir acesso seguro e contínuo à assistência médica.

Além disso, ao expor a falta de transparência nos cálculos de reajustes e nas políticas de cancelamento, o documento traz à tona uma discussão sobre situações eticamente condenáveis e gera uma narrativa de ganância corporativa e negligência em relação à função social dos planos de saúde. Um dos principais gatilhos para o pedido dessa CPI foi o cancelamento unilateral de contratos, em especial de planos coletivos por adesão, afetando grupos considerados vulneráveis, como idosos, pacientes com doenças raras e crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Nesse cenário, a legitimidade moral, que diz respeito ao comportamento ético e justo das organizações, é diretamente comprometida (Suchman, 1995).

A categoria “**Regulação e Compliance**” está intimamente ligada à construção e à sustentação da legitimidade da saúde suplementar, uma vez que os próprios mecanismos que dão nome à categoria desempenham papéis relevantes para consolidar a confiança, a eficiência e a aceitação do setor. Nesta categoria, destacam-

se perspectivas sobre as funções, limitações e desafios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ANS é amplamente vista como uma agência reguladora que cumpre as suas funções normativas e fiscalizadoras. A legitimidade normativa do setor é fortalecida na medida que as ações regulatórias buscam alinhar as práticas das operadoras aos valores e expectativas da sociedade. A agência adota estratégias discursivas que buscam enfatizar a transparência e a participação social, envolvendo os *stakeholders* nos processos regulatórios. Consultas públicas e audiências são exemplos de como a agência tenta construir legitimidade cognitiva, promovendo a ideia de que a regulação é inclusiva e baseada em evidências.

Por outro lado, as críticas à lentidão na resolução de demandas, à falta de clareza sobre critérios de reajustes e cancelamentos, à falta de iniciativa na fiscalização e à burocracia excessiva enfraquecem a narrativa de confiabilidade e eficiência, desafiando a legitimação institucional da agência. Letícia Mello, fundadora da Associação Vítimas A Mil, critica o mecanismo disponibilizado pela ANS para a formalização de reclamações contra as operadoras<sup>13</sup>:

*“O cliente hoje não consegue fazer uma NIP<sup>14</sup>, uma reclamação, sabe, sobre um problema que está ocorrendo com a operadora no órgão oficial. Então... Porque a dificuldade é grande. Você não consegue entrar se não for conta prata ou ouro [no portal gov.br]. Quando você entra tem um tutorial para você fazer a NIP e é muito complicado. Então tudo isso vai, tipo assim... A ANS, ela se baseia para punir uma operadora pelas NIPs. Só que as NIPs não conseguem ser feitas. Então assim tá fácil, né? Você pergunta hoje na ANS se tem algum problema, eles dizem que tá tudo dentro do padrão. Que aumentou um pouquinho a reclamação, mas que é o normal. Mas, na verdade, se você for em qualquer outro órgão ou site não oficial, ou mesmo nas nossas redes sociais, a gente percebe que as coisas estão bem complicadas.”*

Essa percepção sugere que a agência está desconectada das necessidades reais dos usuários, comprometendo sua capacidade de cumprir sua função reguladora

---

<sup>13</sup> Fala de Letícia Mello, em audiência pública da Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal, realizada em 21/08/2024. Disponível em: < [https://www.youtube.com/watch?v=8Bu\\_dVQjAn0](https://www.youtube.com/watch?v=8Bu_dVQjAn0) >

<sup>14</sup> Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é um instrumento regulatório utilizado pela ANS para mediar de forma extrajudicial os conflitos entre os beneficiários e as operadoras

de forma acessível e eficiente. Além disso, a disparidade entre os indicadores oficiais e as manifestações em redes sociais ou outros canais não oficiais compromete a legitimidade cognitiva da ANS, ou seja, sua credibilidade enquanto instituição capaz de representar e regular o setor de forma efetiva.

Diante da ineficiência e inacessibilidade dos canais institucionais oficiais, os consumidores acabam buscando soluções externas, como a judicialização. Como consequência, a crescente dependência do judiciário para resolver conflitos que deveriam ser intermediados pela ANS fragiliza ainda mais a legitimidade da agência e aprofunda a desconfiança no setor de saúde suplementar como um todo. Consequência desse cenário, a judicialização excessiva traz à tona as lacunas na percepção de que o sistema regulatório é suficientemente robusto e confiável.

A falta de critérios claros em decisões judiciais, como a não utilização de pareceres técnicos da ANS, agrava a insegurança jurídica. A ANS, como órgão regulador, se apoia na sua legitimidade regulativa para atuar no setor. Quando o Poder Judiciário ou Legislativo ignoram ou desconsideram suas diretrizes e pareceres técnicos, a credibilidade e autoridade do órgão regulador são minadas, o que causa uma percepção de fragilidade ou ineficácia da ANS. Gustavo Ribeiro, vice-presidente de relações institucionais da Hapvida NotreDame Intermédica e atual presidente da ABRAMGE, destaca a necessidade da importância de fortalecer o respeito às competências técnicas da ANS<sup>15</sup>:

*“Tecnicamente, no direito, a gente fala do princípio da deferência. O legislador quando ele vai legislar sobre esse assunto, ele tem que consultar ANS. Quem conhece o assunto é a ANS. Tem que consultar o setor, tem que ser ouvido. Quando o judiciário vai dar uma decisão, seja ela de grande pequeno vulto, princípio da deferência tem que ouvir o regulador, tem que entender o que acontece, porque quem sabe o que acontece são eles. Isso não acontece muito e por conta disso, você vai chegando ao estado que estão as coisas. [...] Acho que defender sempre essa questão do princípio da deferência do regulador, que é fundamental. O sistema brasileiro, ele precisa do regulador, ele não consegue essa coexistência de sistemas e questão legislativa, questão judiciária.”*

---

<sup>15</sup> Fala de Gustavo Ribeiro, durante seminário **“Saúde Suplementar: Acesso e Sustentabilidade”**, realizado em São Paulo, 29/11/2023. Disponível em: <<https://estudio.folha.uol.com.br/abramge/>>

Além disso, a judicialização excessiva onera o setor e dificulta a sustentabilidade das operadoras de planos de saúde. A sustentabilidade financeira e a capacidade de atender às demandas do mercado são condições essenciais para que os planos de saúde sejam percebidos como soluções viáveis dentro do campo institucional. Scott (2014) enfatiza que as instituições precisam manter sua legitimidade para assegurar sua sobrevivência.

A categoria “**Sustentabilidade econômica e financeira**” explora conceitos relacionados à capacidade das operadoras de equilibrar as restrições econômicas, geradas pelos custos crescentes, e as demandas dos consumidores. Na análise dessa categoria, a legitimidade pragmática se torna fundamental, uma vez que envolve a percepção dos consumidores e demais atores do campo institucional de que os serviços oferecidos atendem às suas necessidades e expectativas. Essa dimensão da legitimidade depende da percepção de valor do serviço, que é subjetiva e envolve questões como a avaliação do custo-benefício, a acessibilidade dos planos em termos financeiros e a eficiência e confiabilidade da entrega de cuidados, como consultas, exames e tratamentos.

As operadoras de planos de saúde se apoiam no discurso de que os custos crescentes dificultam a sustentabilidade do setor a longo prazo. Sustentado pelos resultados econômicos do setor – considerados ruins, em especial no período após a pandemia – esse discurso busca justificar as dificuldades enfrentadas pelo setor ao mesmo tempo que posiciona as operadoras como atores pressionados por fatores externos que fogem ao seu controle. A inflação médica, a dolarização dos insumos, o envelhecimento populacional, a inclusão de novas tecnologias, o grande volume de fraudes e desperdícios associados aos atendimentos, a judicialização excessiva e o aumento da demanda por serviços de saúde após a pandemia são apontados como os principais responsáveis pelo aumento das despesas assistenciais, condição que ameaça o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e, conseqüentemente a manutenção de serviços acessíveis e abrangentes para os beneficiários. Além disso, as operadoras argumentam que mudanças estruturais no modelo de saúde suplementar, incluindo maior previsibilidade regulatória e controle da judicialização, são essenciais para evitar colapsos financeiros, principalmente entre operadoras de pequeno e médio porte.

A pressão sobre os custos operacionais das operadoras acaba se refletindo no aumento dos preços finais ao consumidor, impactando a contestação do setor ao intensificar tensões sociais, econômicas e regulatórias. Essa dinâmica fragiliza ainda mais a legitimidade do setor na medida que a exclusão de populações menos favorecidas aumenta as críticas de que o setor atende apenas a interesses econômicos ao invés de cumprir um papel social mais inclusivo. A fala do entrevistado ENT1, sobre as pressões sobre o custo operacional das operadoras ilustra estas tensões:

*“E cada vez mais ele se torna elitizado. Porque como o rol vai aumentando indiscriminadamente e a judicialização opera como um fator que aumenta a pressão sobre os preços, o preço do plano de saúde aumenta muito rápido. O consumidor, na outra ponta, ele não tem entendimento total disso e ele reclama. Pô, o plano de saúde é muito caro, o plano de saúde é muito caro. Eu nem uso o plano de saúde e ele fica muito caro. Mas por quê? justamente por esse ponto que a gente está trazendo aqui. São externalidades que acabam pressionando, inflacionando os preços do plano de saúde. Os tratamentos que não estão disponibilizados no rol hoje, eles são judicialmente obrigatórios, praticamente, de se cobrir. E as operadoras do imaginário popular ficam com aquele ar de, olha só, os caras são maus e querem lucrar em cima de doenças das pessoas. Mas quando muitas vezes as operadoras, na maior parte do caso, estão trabalhando cada vez mais para conseguir cumprir com o seu fluxo de caixa.”*  
(ENT1)

Nesse cenário, o discurso das operadoras visa legitimar a necessidade de ajustes do modelo de saúde suplementar, além do fortalecimento do mutualismo como forma de assegurar a sustentabilidade financeira e operacional do sistema. Estes elementos estão ligados diretamente à percepção de justiça e equidade, relacionados à legitimidade normativa, quanto à aceitação prática e lógica dos modelos propostos, relacionados à legitimidade pragmática e cognitiva (Suchman, 1995).

O sistema de saúde suplementar se sustenta sobre o princípio do mutualismo – ou seja, as pessoas saudáveis e que demandam menos serviços de saúde subsidiam os custos de quem precisa de mais assistência à saúde. Entretanto, a falta de familiaridade dos consumidores com os conceitos de mutualismo e sinistralidade, além da falta de transparência das operadoras em relação à composição de preço e

aos custos operacionais, dificulta a aceitação de políticas de precificação. Quando os consumidores não entendem os motivos pelos quais os preços aumentam, a legitimidade é comprometida, na medida que esse aumento é percebido como arbitrário ou injustificado. A educação dos consumidores a respeito do uso adequado do plano de saúde, dos efeitos de práticas fraudulentas e desperdícios, e dos conceitos de mutualismo e sinistralidade emerge como uma estratégia que busca moldar a percepção do público sobre o mercado e saúde suplementar, além de criar um ambiente favorável ao setor e reforçar sua legitimidade institucional.

A campanha lançada em 2023 pela ABRAMGE (“Todos por Todos, com muita saúde”) visa legitimar e fortalecer a imagem dos planos de saúde, enfatizando o papel crucial do setor no sistema de saúde brasileiro, complementando o SUS e garantindo a saúde da população. A campanha busca também conscientizar os usuários sobre o prejuízo que fraudes e desperdícios causam no sistema de saúde suplementar, impactando diretamente nos custos e qualidade dos serviços. Ao destacar a característica de mutualismo dos planos de saúde, a ABRAMGE destaca que a saúde suplementar funciona com base em um princípio de cooperação e solidariedade entre os usuários. O custo do sistema é compartilhado entre todos os participantes, e o uso consciente e responsável dos serviços beneficia todos no longo prazo. O superintendente executivo da ABRAMGE, Marcos Novaes, esclarece que a campanha foi inspirada no sucesso das estratégias de comunicação do agronegócio<sup>16</sup>.

*“O grande inspirador foi o movimento do agro que começa bem pequeno também. Ele não começou com essa proporção toda que tem hoje. E depois de algumas décadas, a que hoje a gente vê é que nenhuma decisão é tomada nesse país sem antes pensar qual é o impacto no agro.”*

Desde 2001, a Associação Brasileira de Agronegócio (ABAG) tem implementado estratégias para legitimar e fortalecer a imagem do agronegócio no Brasil, destacando sua relevância econômica e social. Iniciativas como a campanha “Valorização da Imagem do Agronegócio” e, posteriormente, “Sou Agro” (2012), marcaram o início de um esforço articulado de comunicação para associar o setor a valores como modernidade, produtividade e sustentabilidade. Em 2016, a campanha

---

<sup>16</sup> Fala de Marcos Novaes, durante seminário “Saúde Suplementar: Acesso e Sustentabilidade”, realizado em São Paulo, 29/11/2023. Disponível em: <<https://estudio.folha.uol.com.br/abramge/>>

“Agro é Tech, Agro é Pop, Agro é Tudo”, veiculada em parceria com a Rede Globo, consolidou essa estratégia, reforçando o papel do agronegócio como um pilar essencial da economia brasileira e parte do cotidiano dos consumidores (Pereira et al., 2023). Contudo, o setor enfrenta contestação devido a questões como o impacto ambiental, a concentração fundiária e as desigualdades sociais. Essas críticas desafiam a legitimidade do setor ao questionar os benefícios amplamente divulgados pelas campanhas institucionais. A estratégia de comunicação do agronegócio, no entanto, procurou responder a essas pressões ao reforçar sua importância econômica e social, associando o setor a valores de modernidade, sustentabilidade e contribuição para o bem-estar coletivo. Essa abordagem demonstra como o agronegócio se utiliza de narrativas positivas para mitigar críticas e fortalecer sua legitimidade junto ao público e aos *stakeholders*.

Humphreys (2010a) demonstra como a indústria de jogos de azar utilizou campanhas e estratégias de marketing para redefinir as normas culturais em torno do jogo, afastando-o da ideia de “vício” ou “problema social” e aproximando-o da ideia de “entretenimento”. A autora também argumenta que a legitimação social do setor teve efeitos no ambiente regulatório e político, facilitando leis mais favoráveis ao crescimento do mercado. Analogamente ao campo do estudo de Humphreys (2010) e à campanha sobre a valorização do agronegócio, ao reforçar a importância dos planos de saúde para o sistema de saúde brasileiro, a ação promovida pela ABRAMGE mira influenciar políticas de regulamentação e incentivo ao setor. Em especial, discursos como o utilizado na campanha “Todos por Todos, com muita saúde” buscam o fortalecimento da imagem de responsabilidade e sustentabilidade das operadoras. Ao reforçar que o uso adequado dos recursos beneficia todos os envolvidos, a comunicação fortalece a percepção de que as operadoras estão preocupadas com a sustentabilidade financeira do setor. Ao educar os beneficiários sobre os impactos negativos das práticas fraudulentas e a importância do uso consciente do plano de saúde, a campanha pode reduzir conflitos e reclamações. Desta forma, a ABRAMGE não apenas responde às pressões existentes, mas também busca moldar ativamente o ambiente institucional em que opera, reforçando sua legitimidade e influenciando políticas regulatórias.

A partir da análise até aqui realizada, o capítulo seguinte apresenta as considerações finais deste trabalho, suas potenciais contribuições (teóricas e

práticas), limitações da pesquisa e, por fim, sugestões de futuros caminhos de investigação neste campo ao mesmo tempo tão complexo e desafiador que é o mercado de saúde suplementar brasileiro.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mercado brasileiro de planos de saúde é um ambiente complexo e desafiador, posicionado na interface entre o público e o privado. Embora opere como um serviço privado, esse setor carrega uma dimensão pública significativa, sendo fortemente regulado pelo governo para garantir a proteção dos consumidores e o equilíbrio nas relações de mercado. A dualidade intrínseca transforma o mercado de saúde suplementar em um espaço de disputas intensas, envolvendo uma diversidade de atores e interesses, como consumidores, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços, órgãos reguladores, o poder judiciário e até o sistema público de saúde. A compreensão das dinâmicas deste mercado se mostra relevante, sobretudo, pelo papel central que este desempenha no sistema de saúde brasileiro.

Os achados desta pesquisa revelam que a saúde suplementar é centrada em questões como o acesso à saúde, qualidade de atendimento, sustentabilidade econômica e equidade. Esses aspectos se tornam ainda mais desafiadores em um cenário marcado por crises financeiras, aumento da judicialização, fraudes e a rápida incorporação de novas tecnologias de saúde. Apesar dessas dificuldades, a saúde suplementar reflete mais do que um sistema em crise, ela incorpora elementos históricos e estruturais que moldaram sua configuração atual. Em síntese, o surgimento e a regulamentação da saúde suplementar no Brasil não foi apenas uma resposta à demanda não atendida pelo sistema público, mas também um reflexo de transformações sociais e econômicas que moldaram um modelo de assistência à saúde dependente de parcerias público-privadas e do investimento direto de empresas e cidadãos. Tal modelo permanece até hoje como um dos principais pilares da estrutura de saúde no país, refletindo as desigualdades de acesso e as especificidades do mercado de saúde brasileiro.

Sob a perspectiva da teoria institucional, o setor de saúde suplementar é marcado pelos conflitos entre as lógicas institucionais, que criam tensões e incompatibilidades nas práticas, valores e objetivos dos atores. Os consumidores, ao questionarem a utilidade dos planos de saúde como forma de proteção, especialmente em comparação ao Sistema Único de Saúde (SUS) — que, apesar de suas limitações, oferece serviços sem custo direto —, reavaliam sua relação com o setor. Essa mudança de percepção impacta diretamente o financiamento do mercado, pois os

beneficiários mais saudáveis tendem a abandonar os planos privados, agravando a crise financeira do setor pela redução da base de contribuintes com menor utilização de serviços. Adicionalmente, a percepção de um setor desorganizado ou deslegitimado incentiva práticas oportunistas por parte de alguns agentes, como reajustes desproporcionais, negativas indevidas de cobertura e aumento de fraudes. Essas práticas abalam a confiança entre os atores, elevam os custos para os consumidores e reduzem a sustentabilidade do setor como um todo.

A percepção de uma agência reguladora enfraquecida e incapaz de mediar conflitos ou proteger os interesses dos diversos agentes do mercado leva consumidores e operadoras a buscar o judiciário como meio alternativo de resolução de disputas. Essa judicialização evidencia uma falta de confiança nas instituições reguladoras, comprometendo sua capacidade de promover um ambiente de mercado equilibrado e eficiente. Além disso, quando a agência falha em demonstrar independência, transparência ou eficácia, tanto consumidores quanto operadoras passam a contestar sua habilidade de mediar interesses conflitantes e implementar políticas regulatórias. Isso não apenas intensifica a insatisfação geral com o setor, mas também dificulta a adesão a novas diretrizes, aumentando a resistência às ações regulatórias e aprofundando os desafios institucionais do mercado de saúde suplementar.

Em mercados contestados, o arcabouço legal é um dispositivo central para aplacar as tensões (STEINER & TRESPEUCH, 2019). No caso da saúde suplementar, um dos atributos da agência reguladora é estabelecer as regras que especificam os requisitos mínimos que devem ser oferecidos pelos planos de saúde, reduzindo as disputas entre consumidores e operadora. O aumento de ações judiciais no setor reflete, ao menos em parte, as falhas da ANS no desempenho do seu papel regulador. Entretanto, embora o crescimento da judicialização possa ser atribuído à falhas da agência, ele também é influenciado por outros fatores, como a cultura jurídica no Brasil (que possui uma tradição de recorrer ao Judiciário para resolver disputas), a percepção de que acesso irrestrito à saúde é um direito fundamental e a complexidade própria do setor.

A perda de legitimidade no setor pode ser interpretada como um indicativo de um processo de desinstitucionalização. Conforme Oliver (1992), a perda de legitimidade ocorre quando práticas ou modelos organizacionais começam a perder aceitação e

apoio de seus públicos, como consumidores, reguladores ou a sociedade em geral. Esse processo se intensifica na etapa de desinstitucionalização, caracterizada por uma contestação ativa dessas práticas ou modelos. No caso do setor de saúde suplementar, isso pode ser observado por meio de ações como processos judiciais, campanhas públicas e a organização de movimentos de consumidores que denunciam práticas abusivas. Esses exemplos ilustram como práticas anteriormente institucionalizadas enfrentam resistência e declínio em sua aceitação social.

### **5.1. Implicações teóricas**

Os mercados maduros, como o de saúde suplementar, ilustram como a dinâmica de legitimação não se restringe a novos mercados. Em mercados estabelecidos, as organizações enfrentam desafios distintos, como a manutenção da legitimidade diante de demandas emergentes, como as questões de sustentabilidade financeira e incorporação de novas tecnologias. Além disso, a judicialização, ao se tornar um fenômeno central no setor, demonstra como decisões judiciais moldam práticas organizacionais, influenciam custos e afetam a confiança no mercado. Isso amplia a visão sobre como fatores externos à relação cliente-empresa, como o sistema judiciário, se tornam parte do ambiente institucional.

Mercados contestados são aqueles onde há disputas sobre o que é legítimo ou aceitável ser transacionado, quem pode participar e como as interações devem ocorrer (STEINER & TRESPEUCH, 2019). Isso significa que ao invés de serem puramente econômicos, os mercados e suas configurações são influenciados por valores sociais e morais. No caso da saúde suplementar, as disputas entre acessibilidade e sustentabilidade refletem debates éticos sobre direitos e desigualdades.

Esta pesquisa evidencia como as narrativas são utilizadas para sustentar ou desafiar a legitimidade organizacional, particularmente em um mercado estabelecido (maduro), onde as organizações enfrentam pressões simultâneas para preservar o *status quo* e responder às demandas de mudança, sejam estas econômicas, regulatórias, tecnológicas ou sociais. Além disso, a pesquisa contribui para ampliar a visão sobre mercados como campos sociais e morais, onde os conflitos sobre legitimidade e práticas institucionais são centrais.

Por fim, a pesquisa contribui para a compreensão do processo de deslegitimação de mercados ao destacar como práticas e estruturas anteriormente consideradas legítimas podem ser questionadas por novas demandas sociais, regulatórias e econômicas. No mercado de saúde suplementar, isso se manifesta na crescente contestação das práticas operacionais em relação a cobertura dos planos de saúde, na judicialização que impacta a previsibilidade do setor e nas críticas à falta de transparência nos reajustes e incorporações de tecnologias. Esses fatores demonstram como a deslegitimação ocorre quando os pilares normativos, regulatórios e cognitivos que sustentam o mercado são abalados, evidenciando a necessidade das organizações adotarem estratégias discursivas e práticas que visem reconstruir sua legitimidade em um campo marcado por tensões éticas e econômicas. Assim, a pesquisa evidencia como mercados maduros, longe de serem estáticos, são constantemente reconfigurados por disputas sobre seus valores, práticas e propósitos.

## **5.2. Implicações práticas**

Os trabalhos da pesquisadora Ashlee Humphreys desempenharam um papel central na fundamentação teórica e na orientação metodológica deste estudo, oferecendo perspectivas importantes para compreender a construção, manutenção e desconstrução da legitimidade em mercados contestados. Em especial, seu trabalho seminal *“Megamarketing: The Creation of Markets as a Social Process”* (Humphreys, 2010a), que utiliza a teoria institucional para analisar como mercados são criados e legitimados por meio de estratégias discursivas e intervenções sociais e políticas. O estudo propõe que o processo de megamarketing envolve o uso estratégico de diferentes recursos para influenciar múltiplos stakeholders e estabelecer condições regulatórias, normativas e cognitivas que sustentem a criação e funcionamento de mercados.

Humphreys (2010a) sugere que as organizações façam uso de estratégias discursivas para influenciar a percepção pública. No mercado de saúde suplementar, isso significa que há benefícios em empregar de ferramentas estratégicas e discursos mais alinhados às demandas de legitimidade social e regulatória. Aqui, a aplicação prática dos conceitos do megamarketing envolve engajar diversos *stakeholders* para negociar soluções que combinem sustentabilidade financeira e valores sociais. Por

exemplo, a falta de conhecimento do público geral sobre o funcionamento da saúde suplementar, especialmente no que diz respeito aos conceitos de financiamento do setor, de mutualismo e de sinistralidade, está diretamente ligada a deslegitimação do mercado. Esta lacuna de entendimento gera percepções negativas e distorcidas sobre o setor, alimentando os conflitos e desconfianças entre consumidores e operadoras. Estratégias discursivas bem planejadas poderiam atuar diretamente nesse ponto, promovendo maior transparência e educação sobre o setor.

As narrativas identificadas neste trabalho desempenham um papel crucial na dinâmica da legitimação e deslegitimação do mercado de saúde suplementar. Ao analisá-las, esta pesquisa oferece subsídios para que as organizações desenvolvam estratégias práticas voltadas à ampliação de sua legitimidade, baseando-se em princípios como transparência, eficiência e atendimento às demandas éticas e sociais. A manutenção da legitimidade no setor de saúde suplementar requer que os atores deste campo ajustem suas práticas e discursos de modo a atender às expectativas de diferentes *stakeholders*. A adoção de ações que estejam em conformidade com exigências normativas e regulatórias é fundamental para fortalecer a legitimidade organizacional, reduzir a contestação institucional e mitigar o impacto de narrativas detratoras da legitimidade. Entre essas ações, destaca-se a necessidade de maior transparência, especialmente no que diz respeito à precificação dos serviços e à composição dos custos dos planos de saúde. A transparência não apenas atende às demandas dos consumidores por clareza e justiça, mas também contribui para construir uma percepção de confiabilidade e compromisso social por parte das empresas. A partir dessas narrativas, o Quadro 9 apresenta propostas de ações que poderão mitigar os ataques à legitimidade promovidos por narrativas detratoras.

Quadro 9 – Ações para mitigar ataques a legitimidade

| <b>Narrativas detratoras de legitimidade</b>  | <b>Ator</b>            | <b>Ação proposta</b>   |
|---|------------------------|--|
| <b>Dificuldade no acesso</b>  | Operadoras             | Manuais e contratos com linguagem clara sobre o funcionamento das operadoras, as regras de acesso e prazos de atendimento                              |
|   |                        | Negativas de cobertura por escrito devidamente justificadas  |
| <b>Críticas ao foco excessivo no lucro (i.e., reajustes abusivos, cancelamentos indevidos etc.)</b> | Operadoras             | Transparência no cálculo de reajuste, a partir de mecanismos claros e auditáveis de precificação   |
|   | Operadoras             | Criação de mecanismos de comunicação sobre os custos e variações   |
|   | Operadoras e ANS       | Educação dos consumidores e público geral a respeito da complexidade do setor e dos desafios enfrentados (demográficos, epidemiológicos, tecnológicos) |
| <b>Fraudes e desperdício</b>  | Operadoras e ANS       | Educação dos consumidores e prestadores a respeito do impacto de fraudes e desperdício nos custos dos planos de saúde                                  |
|   | Operadoras             | Adoção de tecnologias como blockchain e inteligência artificial, criando ambiente rastreável e auditável   |
| <b>Percepção de ineficiência da regulação do setor</b>  | Operadoras             | Fortalecimento da divulgação de relatórios e portais de transparência da Agência   |
|   | ANS                    | Fortalecimento da credibilidade da ANS através de campanhas que esclareçam o papel da ANS e da regulação   |
|   | ANS                    | Ampliação da transparência regulatória nos critérios de decisão sobre as normas e nos dados de fiscalização das operadoras                             |
| <b>Insegurança jurídica</b>   | Poder Judiciário       | Adoção de critérios técnicos nas decisões judiciais, conciliação judicial e ampliação dos NATJus   |
|   | Poder Judiciário e ANS | Capacitação de juízes e advogados sobre as especificidades do setor regulado   |

(Fonte: elaborado pela autora)

Destaca-se que diversos destes instrumentos descritos acima, como portais relacionados a precificação, normas e informações gerais do setor, já existem e são disponibilizados pela agência reguladora e pelas operadoras. No entanto, é preciso

evidenciar a importância da forma da comunicação e da divulgação das informações descritas no quadro acima. Estes materiais devem ser aprimorados para que contenham uma linguagem clara e acessível, garantindo que a informação não seja apenas transmitida, mas efetivamente compreendida. Para Suchman (1995), a linguagem técnica ou complexa pode criar barreiras entre a instituição e seu público, enquanto a clareza na comunicação aumenta a percepção de transparência e aproxima os atores.

A criação de mecanismos institucionais de monitoramento e resposta à ataques também pode mitigar os impactos de narrativas detratórias e reforçar a legitimidade das organizações no mercado de saúde suplementar. Isso se deve ao fato de que a legitimidade não está apenas atrelada à conformidade regulatória, mas também à habilidade das organizações de reagir proativamente a desafios discursivos e institucionais (HUMPHREYS, 2010A; HUMPHREYS & LATOUR, 2013).

Além disso, esta pesquisa oferece subsídios para a elaboração de políticas públicas que busquem alinhar as práticas do setor privado de saúde suplementar com as necessidades sociais. Em especial, ações com foco em regulação preventiva, com regulamentações mais claras podem prevenir conflitos entre consumidores e operadoras, reduzindo o número de ações judiciais.

Por fim, os resultados desta pesquisa apontam a judicialização como uma força estruturante no mercado de saúde suplementar. Do lado das operadoras, a adoção de práticas mais transparentes e o uso de protocolos clínicos podem minimizar conflitos e reduzir ações judiciais. Adicionalmente, a ampliação da utilização de Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NATJus) – ferramenta que fornece aos magistrados notas e respostas técnicas com fundamentos científicos que auxiliam na análise de pedidos que envolvem procedimentos médicos e fornecimento de medicamentos – podem minimizar a percepção de arbitrariedade nas decisões judiciais.

### **5.3. Limitações da pesquisa**

Embora este trabalho tenha atingido os objetivos estabelecidos, reconhece-se a existência de algumas limitações. A principal delas refere-se à restrição na generalização dos resultados, dado que o estudo está centrado no mercado de saúde

suplementar brasileiro. As particularidades culturais, econômicas e regulatórias desse contexto limitam a aplicabilidade dos achados a outros mercados ou realidades distintas.

O período limitado destinado à coleta de dados configura uma restrição metodológica. Sob a perspectiva da análise do processo de legitimação do mercado, uma abordagem longitudinal teria potencial para enriquecer o estudo, ao possibilitar uma compreensão mais ampla das dinâmicas de transformação e continuidade ao longo do tempo.

É importante ressaltar que, ainda que a pesquisa não aborde diretamente os impactos de eventos disruptivos como a pandemia de COVID-19 nos discursos e na legitimação do setor, esse contexto teve profundas implicações e no comportamento dos atores, na regulação do setor e na percepção pública sobre os serviços de saúde. A escolha de não incluir essa análise decorre da complexidade de mensurar os efeitos da pandemia em um curto espaço de tempo e da falta de dados longitudinais e sistematizados sobre o tema no momento da pesquisa.

Outra limitação relevante desta pesquisa foi a ausência de uma análise sobre os impactos de movimentos de mercado, como grandes fusões e aquisições, nas dinâmicas do setor de saúde suplementar. Sob a ótica da teoria institucional, esses processos não apenas reconfiguram as estruturas econômicas, mas também influenciam profundamente as lógicas institucionais e a legitimação dos atores envolvidos. No entanto, a análise desses movimentos requer acesso a dados detalhados sobre as estratégias organizacionais e os impactos regulatórios, além de estudos mais aprofundados sobre as interações entre os atores no campo. Essas dimensões estavam além do escopo desta pesquisa devido a limitações de tempo e recursos.

Além disso, esta pesquisa não incluiu a análise da influência nem dos discursos de stakeholders periféricos, como entidades de classe, empresas de cartões de benefício e clínicas populares. Embora esses atores não estejam diretamente integrados ao núcleo do mercado de saúde suplementar, suas ações exercem impacto significativo na dinâmica do setor.

Por fim, devido à dificuldade na obtenção de dados relacionados, o estudo não abordou os impactos do lobby junto ao poder legislativo, apesar de reconhecer que

essa prática constitui um elemento relevante nas estratégias de megamarketing. Esta lacuna é particularmente relevante para entender como as normas são moldadas por interesses econômicos e institucionais.

#### **5.4. Sugestões para pesquisas futuras**

Pesquisas futuras devem considerar o caráter dinâmico e contínuo das transformações no campo da saúde suplementar. Um eixo central seria a condução de estudos longitudinais para analisar a evolução da legitimidade do setor ao longo do tempo, considerando transformações regulatórias, tecnológicas e sociais. Em especial, o estudo de mercados em processo de desinstitucionalização oferece uma oportunidade especialmente interessante para compreender como práticas, normas e estruturas previamente legitimadas são questionadas e, eventualmente, substituídas.

Outro ponto interessante é exploração do impacto de atores periféricos, como clínicas populares e empresas de cartões de benefício, nas dinâmicas e percepções do mercado. Em especial, sob a ótica do empreendedorismo institucional, estes atores podem atuar como agentes de mudança ao questionar normas estabelecidas e propor soluções inovadoras para lacunas não atendidas pelo mercado tradicional. Por exemplo, clínicas populares frequentemente oferecem alternativas acessíveis e ágeis para atendimentos básicos, desafiando o modelo convencional de planos de saúde. Da mesma forma, empresas de cartões de benefício introduzem novas formas de acesso a serviços de saúde, criando um mercado paralelo que atende consumidores excluídos do modelo tradicional.

Além disso, a pandemia acelerou a adoção de tecnologias e práticas que antes enfrentavam maior resistência, como a telemedicina e modelos híbridos de atendimento. A regulamentação emergencial durante a pandemia, em muitos casos, validou o uso da telemedicina, criando precedentes que podem influenciar políticas futuras. A análise desses avanços poderia enriquecer a compreensão sobre a adaptação do setor a pressões externas.

Por fim, a transformação digital, a crescente adoção de inovações e a introdução de healthtechs setor também tem grande impacto nas dinâmicas deste mercado. O estudo destes fenômenos permitiria compreender como novas tecnologias estão reconfigurando a relação entre operadoras, prestadores de serviço e consumidores,

além de desafiar os modelos tradicionais de negócio no mercado de saúde suplementar.

## REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2024a). *Dados Consolidados da Saúde Suplementar*.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2024b). *Sala de Situação*. [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html)
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2024c). *TABNET - Informações em Saúde Suplementar*. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/dados-e-indicadores/operadoras-de-planos-de-saude/tabelas-e-indicadores-tabnet>
- ANS. (2021). *ANS amplia alcance de decisões judiciais sobre Transtorno do Espectro Autista — Agência Nacional de Saúde Suplementar*. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-amplia-alcance-de-decisoes-judiciais-sobre-transtorno-do-espectro-autista>
- Baker, J. J., Storbacka, K., & Brodie, R. J. (2019). Markets changing, changing markets: Institutional work as market shaping. *Marketing Theory*, 19(3), 301–328. <https://doi.org/10.1177/1470593118809799>
- Baptista, T. W. de F. (2007). Histórias das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In G. C. Matta & A. L. de M. Pontes (Eds.), *Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde* (pp. 29–60). EPSJV/Fiocruz.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.; 70th ed.).
- Belk, R., Fischer, E., & Kozinets, R. V. (2013). *Qualitative Consumer & Marketing Research*. SAGE Publications.
- Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M., & Schaefer, S. (2013). *Economics of Strategy* (D. Besanko, Ed.; 6th ed.). Wiley.
- Callon, M. (1998). *The laws of the markets*. Blackwell Publishers/Sociological Review.
- Chaney, D., & Slimane, K. Ben. (2014). A neo-institutional analytic grid for extending marketing to institutional dimensions. *Recherche et Applications En Marketing (English Edition)*, 29(2), 95–111. <https://doi.org/10.1177/2051570714529064>
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2019). *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018*.
- Conselho Nacional de Justiça. (2024). *Justiça em Números: Painel*. <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/>
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2024). *Jornada de Direito da Saúde: enunciados aprovados*.
- Constituição Da República Federativa Do Brasil de 1988., Presidência da República (1988).

- Cordeiro Filho, A. (2012). *O público e o privado na saúde: o processo de mudança da prestação de serviços de saúde no Brasil num contexto histórico e comparativo - propostas e reflexões para o futuro*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Debenedetti, A., Philippe, D., Chaney, D., & Humphreys, A. (2021). Maintaining legitimacy in contested mature markets through discursive strategies: The case of corporate environmentalism in the French automotive industry. *Industrial Marketing Management*, 92, 332–343. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2020.02.009>
- Deephouse, D. L., & Suchman, M. (2008). Legitimacy in Organizational Institutionalism. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 49–77). Sage Publications.
- DiMaggio, P., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *Journal of Economic Sociology*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.17323/1726-3247-2010-1-34-56>
- Dolbec, P. Y., Castilhos, R. B., Fonseca, M. J., & Trez, G. (2022). How Established Organizations Combine Logics to Reconfigure Resources and Adapt to Marketization: A Case Study of Brazilian Religious Schools. *Journal of Marketing Research*, 59(1), 118–135. <https://doi.org/10.1177/0022243721999042>
- Dolbec, P.-Y., & Fischer, E. (2015). Refashioning a Field? Connected Consumers and Institutional Dynamics in Markets. *Journal of Consumer Research*, 41. <https://doi.org/10.1086/680671>
- Duarte, C. M. R. (2001). UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 4(17), 999–1008.
- Dunn, M. B., & Jones, C. (2010). Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967-2005. *Administrative Science Quarterly*, 55(1), 114–149.
- Ertimur, B., & Coskuner-Balli, G. (2015). Navigating the institutional logics of markets: Implications for strategic brand management. *Journal of Marketing*, 79(2), 40–61. <https://doi.org/10.1509/jm.13.0218>
- Freitas, J. E. L. C. da S. (2018). *EXAME DE LÓGICAS INSTITUCIONAIS SUJEITAS A MUDANÇAS FREQUENTES: A REGULAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR* [Dissertação (Mestrado em Administração)]. Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Paulista.
- Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (1st ed., pp. 232–263). University of Chicago Press.
- Giesler, M. (2012). How doppelgänger brand images influence the market creation process: Longitudinal insights from the rise of botox cosmetic. *Journal of Marketing*, 76(6), 55–68. <https://doi.org/10.1509/jm.10.0406>

- Giesler, M., & Fischer, E. (2017). Market system dynamics. *Marketing Theory*, 17(1), 3–8. <https://doi.org/10.1177/1470593116657908>
- Hoffman, A. J. (1999). Institutional Evolution and Change: Environmentalism and the U.S. Chemical Industry. *The Academy of Management Journal*, 42(4), 351–371.
- Humphreys, A. (2010a). Megamarketing: The Creation of Markets as a Social Process. *Journal of Marketing*, 74(2), 1–19. <https://doi.org/10.1509/JM.74.2.1>
- Humphreys, A. (2010b). Semiotic structure and the legitimation of consumption practices: The case of casino gambling. *Journal of Consumer Research*, 37(3), 490–510. <https://doi.org/10.1086/652464>
- Humphreys, A., Chaney, D., & Slimane, K. Ben. (2017). Megamarketing in Contested Markets: The Struggle between Maintaining and Disrupting Institutions. *Thunderbird International Business Review*, 59(5), 613–622. <https://doi.org/10.1002/tie.21847>
- Humphreys, A., & Latour, K. A. (2013). Framing the game: Assessing the impact of cultural representations on consumer perceptions of legitimacy. *Journal of Consumer Research*, 40(4), 773–795. <https://doi.org/10.1086/672358>
- IBGE, C. de T. e R. (2020). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). (2021). *Pesquisa Quantitativa-Beneficiários e Não beneficiários*.
- Kinea Investimentos. (2024). *As Invasões Bárbaras*. <https://www.kinea.com.br/blog/kinea-insights-as-invasoes-barbaras/>
- Kjeldgaard, D., Askegaard, S., Rasmussen, J. Ø., & Østergaard, P. (2017). Consumers' collective action in market system dynamics: A case of beer. *Marketing Theory*, 17(1), 51–70. <https://doi.org/10.1177/1470593116658197>
- Kotler, P. (1986). Megamarketing. *Harvard Business Review*, 64(2), 117–124. <https://hbr.org/1986/03/megamarketing>
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Administração de Marketing* (10th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Lara, N. (2024). *Análise do Prêmio de Risco e da Frequência de Utilização em Planos Individuais: Contribuições para o Debate sobre a Regulação de Preços na Saúde Suplementar* (TD n. 108).
- Lawrence, T. B., & Suddaby, R. (2006). Institutions and institutional work. In S. R. Clegg, C. Hardy, T. Lawrence, & W. R. Nord (Eds.), *The SAGE Handbook of Organization Studies* (2nd ed., pp. 215–254). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.4135/9781848608030.n7>
- Lei Nº 9.656, DE 3 de Junho de 1998 (1998). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm)
- Lie, J. (1997). SOCIOLOGY OF MARKETS. *Annual Review of Sociology*, 23(1), 341–360.

- Lounsbury, M. (2007). A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in the Professionalizing of Mutual Funds. In *Source: The Academy of Management Journal* (Vol. 50, Issue 2).
- Melo, L. C. M. de. (2016). *ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO A PARTIR DA REGULAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: TEORIAS E EVIDÊNCIAS* [Dissertação (Mestrado em Economia)]. Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. <http://www.journals.uchicago.edu/t-and-c>
- Minami, B. (2024). *Análise Econômico-Financeira dos Planos de Assistência Médica no Brasil (2018-2024): Impactos da Pandemia e Perspectivas de Recuperação* (TD n. 104; Issue TD n. 104).
- Myers, M. D. (2009). *Qualitative Research in Business & Management* (1st ed.). SAGE Publications. [www.sagepublications.com](http://www.sagepublications.com)
- Nenonen, S., & Storbacka, K. (2021). Market-shaping: navigating multiple theoretical perspectives. *AMS Review*, 11(3–4), 336–353. <https://doi.org/10.1007/s13162-021-00209-9>
- Nigam, A., & Ocasio, W. (2010). Event Attention, Environmental Sensemaking, and Change in Institutional Logics: An Inductive Analysis of the Effects of Public Attention to Clinton's Health Care Reform. *Organization Science*, 21(4), 823–841. <https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0490>
- Oliveira, A. L. de. (2012). História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. *Encontros Teológicos*, 27, 31–42.
- Oliver, C. (1992). The Antecedents of Deinstitutionalization. *Organization Studies*, 13(4), 563–588. <https://doi.org/10.1177/017084069201300403>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377, 1778–1797. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Payne, G., & Payne, J. (2004). *Key Concepts in Social Research*. SAGE Publications.
- Perlingeiro, R. (2014). DESJUDICIALIZANDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE? *Revista Acadêmica Da Faculdade de Direito de Recife*, 86(2), 3–11. <http://ssrn.com/abstract=2601822>
- Reay, T., & Hinings, C. R. (2005). The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta. *Organization Studies*, 26(3), 351–384. <https://doi.org/10.1177/0170840605050872>
- Reay, T., & Jones, C. (2016). Qualitatively capturing institutional logics. *Strategic Organization*, 14(4), 441–454. <https://doi.org/10.2307/26369319>

- Ryngelblum, A. L., Giglio, E. M., & Silva Corrêa, V. (2019). Disguise mechanisms in regulation definitions: the private health system. *International Journal of Organizational Analysis*, 27(3), 613–629. <https://doi.org/10.1108/IJOA-07-2018-1495>
- Santos, M. L. de M. dos, & Batiston, A. P. (2010). O Estado e as Políticas Públicas de Saúde. In A. D. da M. S. Correia, L. A. I. Geniole, V. L. Kodjaoglanian, & C. C. A. Vieira (Eds.), *Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família* (pp. 20–40). Mato Grosso do Sul: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
- Sauerbronn, J. F. R., Cerchiaro, I. B., & Ayrosa, A. E. T. (2011). Uma discussão sobre métodos alternativos em pesquisa acadêmica em marketing. *Gestão e Sociedade*, 5(12), 254–269.
- Scaraboto, D., & Fischer, E. (2013). Frustrated fatshionistas: An institutional theory perspective on consumer quests for greater choice in mainstream markets. *Journal of Consumer Research*, 39(6), 1234–1257. <https://doi.org/10.1086/668298>
- Scott, R. W. (2014). *Institutions and Organizations: Ideas, Interests and Identities* (4th ed.). SAGE Publications.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., & Caronna, C. 8. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. The University of Chicago Press.
- Slimane, K. Ben, Chaney, D., Humphreys, A., & Leca, B. (2019). Bringing institutional theory to marketing: Taking stock and future research directions. *Journal of Business Research*, 105, 389–394. <https://doi.org/10.1016/J.JBUSRES.2019.06.042>
- Steiner, P., & Trespeuch, M. (2019). Contested markets: morality, market devices and vulnerable populations. *Research in the Sociology of Organizations*, 63, 31–48.
- Suchman, M. C. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Source: The Academy of Management Review*, 20(3), 571–610.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional Logics and the Historical Contingency of Power Organizations: Executive Succession in Higher Education Publishing Industry, 1958-1990. *The American Journal of Sociology*, 105(3), 801–843.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). Institutional Logics. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 99–129). Sage Publications.
- Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective A New Approach to Culture, Structure, and Process* (1st ed.). Oxford University Press.
- Vieira, M. M. F., & Vilarinho, P. F. (2004). O campo da saúde suplementar no Brasil. *Revista de Ciências Da Administração*, 6(11), 1–28. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273525892001>

- Wilner, S. J. S., & Huff, A. D. (2016). Objects of desire: the role of product design in revising contested cultural meanings. *Journal of Marketing Management*, 33(3–4), 244–271. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2016.1240099>
- Wooten, M., & Hoffman, A. J. (2008). Organizational Fields: Past, Present and Future. In R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby, & K. Sahlin (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 130–147). Sage Publications.

## APÊNDICE A

### Roteiro de entrevista

- 1. Você pode falar um pouco sobre a sua experiência e atuação?**  
Relacionar com o mercado de saúde suplementar.
- 2. Me fale como você vê o mercado de saúde suplementar?**
- 3. Quais os principais desafios que você percebe em relação à saúde suplementar?**
- 4. Me conte como você vê a atuação:**
  - a) das operadoras de planos de saúde?
  - b) da agência reguladora?
  - c) dos órgãos de defesa do consumidor?
  - d) dos prestadores de serviço de assistência à saúde?
  - e) do judiciário?
- 5. Qual a sua percepção em relação ao futuro da saúde suplementar?**