

# Qualificação da Saúde Suplementar

Nova perspectiva no processo de regulação

Ministério da Saúde  
Agência Nacional de Saúde Suplementar

# Qualificação da Saúde Suplementar

## Nova perspectiva no processo de regulação

Rio de Janeiro  
Dezembro de 2004

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).  
Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no  
processo de regulação. -- Rio de Janeiro: ANS, 2004.

50 p. : il.

Saúde suplementar - regulação I. Título.

CDD 368.382

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR .....	9
COMPONENTE 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS OPERADORAS.....	18
Dimensão da Qualidade da Atenção à Saúde .....	19
Dimensão da Qualidade Econômico-Financeira .....	27
Dimensão da Qualidade de Estrutura e Operação.....	29
Dimensão da Satisfação dos Beneficiários .....	31
COMPONENTE 2 : AVALIAÇÃO DA QUALIDADE INSTITUCIONAL .....	33
METODOLOGIA .....	35
Indicadores.....	36
Pesquisa.....	43
Divulgação dos Dados.....	43
MONITORAMENTO .....	44
REFERÊNCIAS .....	46

## APRESENTAÇÃO

Com quase quarenta anos de funcionamento sem regulação, a saúde suplementar teve que se adequar e cumprir os requisitos legais impostos pela regulação trazida a partir da Lei 9.656, de 1998.

Houve um grande avanço desde que o Estado entrou em campo como regulador das relações no setor da saúde suplementar, apesar de todos os problemas decorrentes, tanto das várias formas de organização quanto dos interesses conflitantes existentes no setor.

A regulação trouxe avanços que fizeram com que o ambiente da saúde suplementar esteja melhor hoje do que no período pré-regulamentação. Atualmente, existem: critérios para a entrada no mercado e para o funcionamento das operadoras de planos de saúde; acompanhamento econômico-financeiro; maior conhecimento sobre o setor.

Esses avanços permitem que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) encare de forma diferente os desafios que lhe são colocados e um desses grandes desafios é a mudança do foco da regulação.

A atual direção da ANS entende que, apesar dos inúmeros conflitos existentes entre os diversos atores sociais componentes do setor, existe um local de encontro onde esses interesses podem dialogar. Esse local é o da qualificação do setor de saúde suplementar.

A idéia central desta nova perspectiva no processo de regulação do setor suplementar é a ênfase na qualificação do papel de todos os atores (operadoras, prestadores, beneficiários e do próprio órgão regulador) envolvidos e que também deve aparecer em todas as dimensões do funcionamento do setor (atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos beneficiários).

O desencadeamento desta nova etapa para a atividade de regulação do setor privado de planos de saúde significa o reconhecimento da saúde suplementar como local de produção de saúde e uma indução a uma transformação profunda de todos os atores envolvidos: as operadoras de planos em gestoras de saúde, os prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde, os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor com objetivo de produzir saúde.

A proposta de avaliação de qualidade da Saúde Suplementar terá como princípios norteadores:

- I. A avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária;
- II. A perspectiva de sistema;
- III. A avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores.

Para isso apresenta como prioridade de intervenção o desenvolvimento da **Qualificação da Saúde Suplementar** que se desdobra em 2 (dois) componentes:

- I. Avaliação da Qualidade das Operadoras
- II. Avaliação da Qualidade Institucional.

A qualidade das operadoras será avaliada em 4 (quatro) dimensões:

- I. Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde
- II. Avaliação da Qualidade Econômico-Financeira
- III. Avaliação da Qualidade da Estrutura e Operação
- IV. Avaliação da Satisfação dos Beneficiários

Com relação ao componente de qualificação das operadoras, o que se pretende é realizar um processo contínuo de indução da qualificação nessas quatro dimensões, para que o setor da suplementar opere de forma equilibrada, ágil, com informações consistentes, oferecendo serviços adequados aos seus beneficiários.

Essas dimensões serão avaliadas através do monitoramento de indicadores e marcadores gerais e específicos que expressem efetivamente os serviços prestados aos beneficiários através dos planos de saúde.

Neste momento do processo regulatório, foi feita uma opção estratégica de se dar ênfase à dimensão da qualidade da atenção à saúde respaldada na decisão governamental do Ministério da Saúde de investimento prioritário nesta área. Além disso, espera-se que esta opção estratégica tenha, também, como um de seus principais desdobramentos, uma maior integração desta agência reguladora com a agenda do Ministério da Saúde.

A ANS aposta na reversão do modelo vigente e na possibilidade de se organizar e prestar atenção à saúde na saúde suplementar, que se pautem pelos princípios de acesso necessário e facilitado com atendimento qualificado, integral e resolutivo das necessidades de saúde dos beneficiários dos planos de saúde.

Dessa maneira, além da regulação econômico-financeira, esta Agência tem que investir na implementação de uma regulação também de cunho assistencial que, entre outros mecanismos, trabalhe na perspectiva de um monitoramento contínuo da qualidade da atenção prestada por operadoras e prestadores. Este caminho pode contribuir para o estabelecimento de novos processos e práticas de micro e macrorregulação que, conseqüentemente, também terão impacto positivo na reversão da atual lógica de organização e funcionamento do modelo assistencial na saúde suplementar, bem como na saúde dos beneficiários.

É evidente que a avaliação de impacto, através da medida de resultados, deve ser sensível para identificar a realidade das condições de saúde dos beneficiários, ao mesmo tempo em que deve ter agilidade para indicar a mudança dessa realidade.

Com vistas a garantir a robustez técnica do programa, os técnicos selecionaram indicadores que guardam as características referentes à sensibilidade, objetividade e confiabilidade e se constituem em indicadores de atenção à saúde, econômico-financeiros, de estrutura e operação e de satisfação dos beneficiários.

Esta avaliação possibilitará à ANS o monitoramento do desempenho de cada uma das operadoras que comercializam planos de saúde e do setor como um todo, visando à divulgação e publicação periódica dos resultados para o mercado e sociedade em geral, tornando mais transparente o processo de prestação de serviços, bem como estimulando a melhoria da qualidade e do desempenho na saúde suplementar.

A implantação do programa se dará de forma gradativa, nas dimensões estabelecidas, iniciando-se em uma primeira fase de monitoramento dos indicadores já existentes nos bancos de dados da ANS, sendo progressivamente acrescentados outros e novos indicadores em duas fases subseqüentes (2ª e 3ª fases). A seleção dos indicadores de qualificação deverá ocorrer mediante análises dos sistemas de informações, atualmente disponíveis na Agência e sua expansão se dará com a ampliação desses sistemas ou por incorporação de indicadores gerados em sistemas de informações de gestão externa à ANS. Como exemplo destes últimos, estudam-se os Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM), de Nascidos Vivos (SINASC) e do Comunicado de Internação Hospitalar (CIH), todos vinculados ao Ministério da Saúde.

Na primeira fase do programa, a identificação dos indicadores, que se constituirá no objeto de análise da qualificação da operadora, será por intermédio dos dados da competência 2003 enviados à ANS até 22 de novembro de 2004.

Acredita-se que os resultados positivos obtidos com o programa gerem impacto de forma substantiva no SUS e nos indicadores de saúde do país de uma forma mais geral.

Este programa significa um convite a todos os atores envolvidos com o setor da saúde suplementar para a construção de um setor que seja centrado no usuário, que realize ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, que observe os princípios de integralidade e resolutividade, que tenha uma concepção incluyente de todos os profissionais de saúde, que

respeite o controle social, que esteja completamente articulado com o MS e cujo órgão regulador também se preocupe com a qualificação de seu processo regulatório.

Com relação ao componente de qualidade institucional, pretende-se que o órgão regulador também aprimore continuamente seu processo de trabalho, comprometendo-se com a eficiência e efetividade da regulação desenvolvida. A celebração de um novo pacto de gestão para qualificação, com precisão das atribuições e responsabilidades e melhoria da eficiência do gasto em saúde é uma diretriz de governo para a atual gestão do Ministério da Saúde. Pretende-se que a ANS cumpra sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na atenção suplementar à saúde, aprimorando cada vez mais sua própria atuação.

Neste contexto, torna-se um eixo imprescindível para a qualificação o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas pela ANS e implementadas pelas suas Diretorias por meio da construção de indicadores de processo e resultados que sejam capazes de dimensionar sua eficácia e seu custo/efetividade.

Assim, este documento estruturou-se para fazer uma contextualização com apresentação de alguns dados do setor de saúde suplementar, uma descrição de cada um dos dois componentes, iniciando-se com o da qualidade das operadoras e suas dimensões, seguido do componente de qualidade institucional. Na seqüência é apresentada a metodologia utilizada para a avaliação, as ferramentas que serão utilizadas para seu monitoramento e, finalmente, as referências utilizadas para as reflexões constantes no decorrer do processo de elaboração do programa de qualificação. As fichas técnicas dos indicadores utilizados para cada uma das dimensões constam como anexos.

## CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Na produtiva década de 80 para a área de saúde, durante a qual grandes avanços relativos às políticas setoriais públicas foram conseguidos graças à intervenção organizada da sociedade<sup>1</sup>, observou-se também um crescimento da atenção à saúde no setor suplementar.

A ampliação da demanda e da oferta de serviços da chamada atenção à saúde suplementar, somada à omissão, apontada por BAHIA (2002), da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, que ignoraram a existência e a necessidade de regulação do setor, colaboraram para a entrada na agenda governamental da perspectiva de estabelecimento de um ordenamento jurídico-legal para o mesmo.

Anteriormente à edição da Lei 9.656, em 3 de junho de 1998, os planos privados de assistência à saúde, com exceção das sociedades seguradoras, não seguiam nenhuma regulamentação específica. As operações com seguros de saúde privados realizadas no país estavam subordinadas ao Decreto-Lei 73, de 21 de novembro de 1966, regulamentado pelo Decreto 60.459, de 13 de março de 1967. A regulamentação acontecia no âmbito da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com suas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

As atividades regulatórias referentes às demais operadoras que não eram seguradoras, inclusive o protocolamento dos planos a serem comercializados, autorização de funcionamento das mesmas, controle econômico-financeiro e reajustes de preços só se iniciaram com a publicação da Lei 9.656, em 3 de junho de 1998. O texto original dispunha que essas atribuições estariam no âmbito da SUSEP e do CNSP. O papel do Ministério da Saúde era quase que de assessoramento, cabendo ao Departamento de Saúde Suplementar, ligado à Secretaria de Assistência à Saúde, assumir a regulação da atividade de produção da assistência à saúde. Entretanto, a MP 1730-07, de 07 de dezembro de 1998, alterou o art. 9º da Lei 9.656, criando o registro provisório do produto e ampliando a competência do MS, não só para questão de conteúdo assistencial, mas também para alguns aspectos da operação dos produtos, incluindo seu registro e a análise crítica dos contratos.

Com a Lei 9.656/98 e as medidas regulatórias elaboradas posteriormente, abriu-se a possibilidade de um maior controle e fiscalização da prestação de serviços realizada pelas operadoras de planos de saúde. Entretanto, observa-se que a regulamentação da saúde suplementar avançou mais rapidamente na vertente política do que na operacional, sendo que muitos dos mecanismos e instrumentos de registro e análise das informações, bem como as normas para controle, fiscalização e avaliação dessas empresas ainda estão para serem construídos (BAHIA 2002).

---

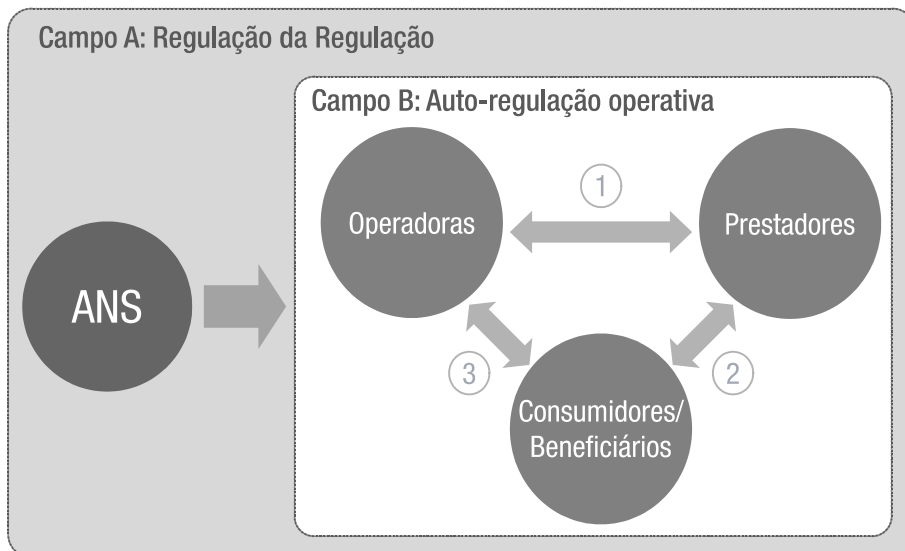
<sup>1</sup> Vale destacar dois movimentos considerados marcos da história da Reforma Sanitária: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, arena democrática onde se discutiu e chegou-se ao consenso sobre as bases gerais do sistema que se buscava construir, e a Constituição de 1988, que consagrou os princípios e diretrizes do SUS e da reforma pretendida (JORGE 2002).

Acresce-se a isso o fato de que a saúde suplementar adquire inúmeros e diferentes formatos, seja na prestação assistencial, nas relações interinstitucionais e contratuais com prestadores e beneficiários dos serviços, seja na oferta de serviços, etc., o que exige um maior conhecimento dos mesmos e de suas peculiaridades para uma adequada regulação sobre este setor.

Sendo assim, o desafio é enorme, pois para administrar esta gama de interesses e projetos colocados e ainda regular de forma pública este componente, é necessário entendê-lo considerando toda a sua complexidade. Visando facilitar a compreensão da dimensão do processo regulatório na saúde suplementar, lança-se mão da contribuição de CECÍLIO (2003), que propõe um diagrama para a visualização da cartografia do campo regulatório da ANS, possibilitando o mapeamento dos campos de intervenção e abrindo a discussão sobre como atuar com vistas à transformação e ampliação do processo de regulação neste componente, incorporando a perspectiva assistencial (**Figura 1**).

CECÍLIO (2003) designa o **campo A** como regulação da regulação ou macrorregulação, que corresponde ao campo constituído pela legislação e regulamentação de nível macro sobre as operadoras de planos e seguros saúde (Legislativo, Executivo/ANS, CONSU), ou seja, as Leis 9.656/98 e 9.961/2000, as resoluções normativas, operacionais, instruções e o conjunto da legislação existente sobre a saúde suplementar ou como refere o autor: "O braço do Estado que se projeta sobre o mercado".

Figura 1: A cartografia do campo regulatório da ANS



Fonte: Cecilio (2003)

O **campo B** constitui o campo da regulação operativa, isto é, as formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e compradores/beneficiários e que se constitui na base do mercado privado de saúde. Neste campo observa-se um conjunto de atores muito amplo, que passa pelos blocos diferenciados de prestadores, setores de intermediação e comercialização; fornecedores de insumos e equipamentos; indústria farmacêutica; meios de comunicação e beneficiários. Além disso, é atravessado por várias lógicas de regulação

externas ao campo e anteriores à regulação da ANS. Este autor define que no espaço relacional 1 ocorrem as relações entre operadoras e prestadores, o espaço relacional 3 é aquele onde se estabelecem as transações entre as operadoras e os compradores/beneficiários, e o espaço relacional 2 marca o encontro dos beneficiários com os prestadores (**Figura 1**).

Como apontado por CECÍLIO (2003), além da macrorregulação há que se operar desenvolvendo-se mecanismos para intervir sobre o campo B da regulação operativa ou microrregulação, onde se dão as relações entre operadoras, prestadores e beneficiários. Mesmo com os avanços já alcançados, resultantes da macrorregulação impressa pela ANS, para realizar a regulação de nível micro ou assistencial há que se adentrar este campo, intervindo nas relações estabelecidas entre as operadoras e seus prestadores e destes com os beneficiários de planos de saúde.

### Alguns dados sobre a Saúde Suplementar

Na perspectiva de entender melhor a realidade na saúde suplementar, apresenta-se, a seguir, algumas informações obtidas a partir dos bancos de dados da ANS.

De acordo com este cadastro, em dezembro de 2004, o mercado contabilizava em torno de 38 milhões e 900 mil beneficiários e predominavam as operadoras de Medicina de Grupo (33,77%) e Cooperativas Médicas (24,75%) (**Tabela 1**).

Como pode ser identificado, o Cadastro de Operadoras (CADOP) apresentava, ainda, para o mesmo período, as 2.190 operadoras distribuídas da seguinte forma: 14 Seguradoras Especializadas em Saúde com 12,11% de beneficiários e 737 operadoras de Medicina de Grupo com 33,77% de beneficiários. Ainda temos 16,89% de cooperativas médicas que acolhem 24,75% do total de beneficiários, além de 326 autogestões com 13,71% dos beneficiários. E entre as operadoras exclusivamente odontológicas, temos as cooperativas odontológicas (7,76%) e as odontologias de grupo (20,55%) que juntas atingem 12,28% do total de beneficiários.

**Tabela 1. Distribuição de Operadoras e Beneficiários, Brasil – Dezembro/2004**

Classificação	Total	%	Beneficiários	%
Autogestão	326	14,89	5.346.681	13,71
Cooperativa Médica	370	16,89	9.651.118	24,75
Cooperativa Odontológica	170	7,76	1.404.129	3,60
Filantropia	123	5,62	1.314.820	3,37
Medicina de Grupo	737	33,65	13.166.862	33,77
Odontologia de Grupo	450	20,55	3.383.033	8,68
Seguradora	14	0,64	4.719.951	12,11
<b>Total</b>	<b>2.190</b>	<b>100,00</b>	<b>38.986.594</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - ago/2004

Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS/MS - dez/2004

De acordo com a **Tabela 2**, os dados do cadastro mostram uma concentração dos beneficiários em grandes operadoras: são 658 operadoras com até 2.000 beneficiários, o que significa 1,29% do número total de beneficiários em contraposição a 61 operadoras nas faixas acima de 100.000 beneficiários que somam cerca de 20 milhões de beneficiários, o correspondente a 52,31% do total de beneficiários.

**Tabela 2 - Distribuição de operadoras e beneficiários por faixa, Brasil - Junho/2004**

Faixa de beneficiários	Operadoras	%	Beneficiários	%
1 a 2.000	658	29,81	496.423	1,29
2.001 a 10.000	591	26,78	2.956.857	7,67
10.001 a 20.000	215	9,74	3.098.954	8,04
20.001 a 50.000	180	8,16	5.690.165	14,76
50.001 a 100.000	83	3,76	6.019.642	15,62
100.001 a 500.000	52	2,36	10.898.163	28,28
Acima de 500.000	9	0,41	9.378.110	24,33
Sem Beneficiários	589	25,17		
<b>Total</b>	<b>2340</b>	<b>100,00</b>	<b>38.035.108</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - ago/2004

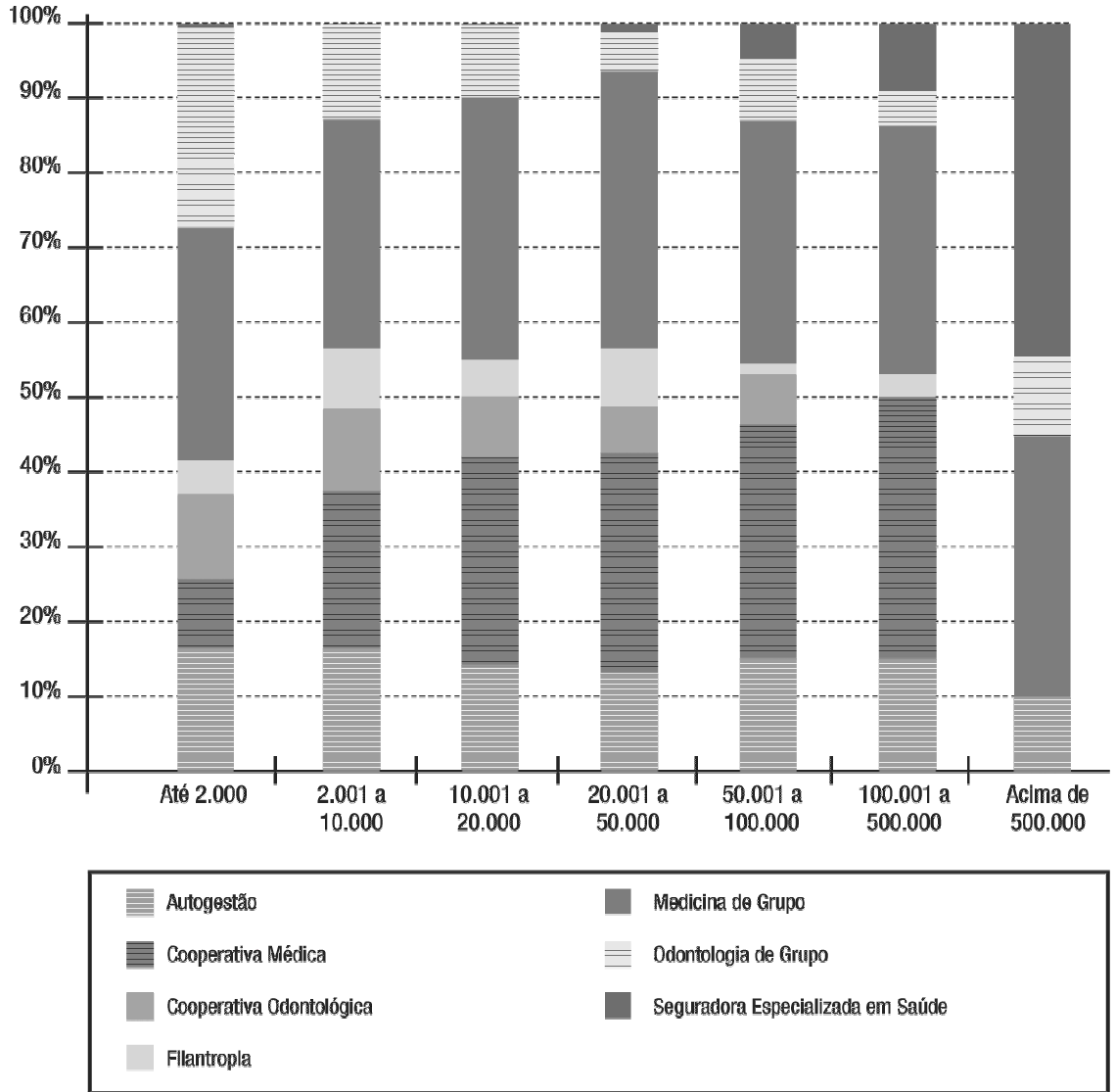
Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS/MS - jun/2004

Nota: Foram considerados beneficiários ativos e operadoras ativas.

Além disso, pode ser observado no **Gráfico 1** que:

- as autogestões e medicinas de grupo têm presença significativa em todas as faixas de beneficiários, com destaque para a maior importância numérica das medicinas de grupo;
- as cooperativas médicas têm participação crescente até a faixa de 500.000 beneficiários, reduzindo a sua representação na faixa acima de 500.000;
- as cooperativas odontológicas não apresentam representatividade a partir de 100.000 beneficiários;
- as seguradoras apresentam pequena representatividade até a faixa de 10.000 beneficiários, apresentando maior representação na faixa acima de 500.000 (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Distribuição de Beneficiários por porte e classificação de operadoras



Fonte: Cadastro de beneficiários - ANS/MS - 09/2004

Cadastro de operadoras - ANS/MS - 02/2005

Nota: As administradoras não foram consideradas

A **Tabela 3** apresenta a distribuição geográfica das operadoras por região, demonstrando uma concentração de operadoras e seus beneficiários na região Sudeste do país. Isso pode ser explicado em função do maior poder aquisitivo dessa população e da existência de numerosas indústrias e empresas de grande porte, contratantes de planos coletivos, fruto do desenvolvimento econômico-industrial desigual e concentrado no Brasil. A Região Norte detém o menor número de operadoras.

**Tabela 3 – Distribuição das operadoras por região de atuação da operadora– Brasil, Dezembro/2004**

Região	Qtde. de Operadoras	Qtde. de Beneficiários
Sudeste	1.315	28.263.397
Sul	391	3.496.246
Nordeste	308	3.364.354
Centro-Oeste	145	3.100.125
Norte	68	771.755

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - jun/2004

Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS/MS - jun/2004.

Nota: Foram consideradas operadoras ativas.

Quando se analisa a distribuição dos beneficiários da saúde suplementar por UF de residência, comparando-a com a estimativa de cobertura populacional do IBGE, como apresentado na **Tabela 4**, observa-se que as unidades federadas com maior cobertura populacional são, por ordem decrescente: São Paulo (43,2%), Rio de Janeiro (32,8%), Distrito Federal (29,4%) e Espírito Santo (22,5%) e as coberturas menores que 5% são observadas nos estados Roraima, Piauí, Rondônia, Maranhão, Tocantins e Acre (BRASIL 2003).

**Tabela 4. Distribuição dos beneficiários de saúde suplementar por estado de residência e estimativa de cobertura populacional, Brasil – Dez/2004**

UF	Beneficiários	População	%
SP	17.221.796	39.825.226	43,24
RJ	4.996.236	15.203.750	32,86
DF	671.507	2.282.049	29,43
ES	756.061	3.352.024	22,56
PR	2.060.888	10.135.388	20,33
MG	3.784.816	18.993.720	19,93
SC	1.023.519	5.774.178	17,73
RS	1.475.489	10.728.063	13,75
AM	427.757	3.148.420	13,59
PE	1.049.827	8.323.911	12,61
MS	261.950	2.230.702	11,74
RN	344.483	2.962.107	11,63
CE	887.349	7.976.563	11,12
PB	365.665	3.568.350	10,25
GO	554.962	5.508.245	10,08
BA	1.364.118	13.682.074	9,97
SE	191.056	1.934.596	9,88
PA	581.096	6.850.181	8,48
MT	232.272	2.749.145	8,45
AP	40.844	547.400	7,46
AL	210.885	2.980.910	7,07
RR	17.677	381.896	4,63
PI	129.780	2.977.259	4,36
RO	65.152	1.562.085	4,17
MA	227.835	6.021.504	3,78
TO	35.637	1.262.644	2,82
AC	16.777	620.634	2,70
<b>Brasil</b>	<b>38.995.434</b>	<b>181.583.024</b>	<b>21,48</b>

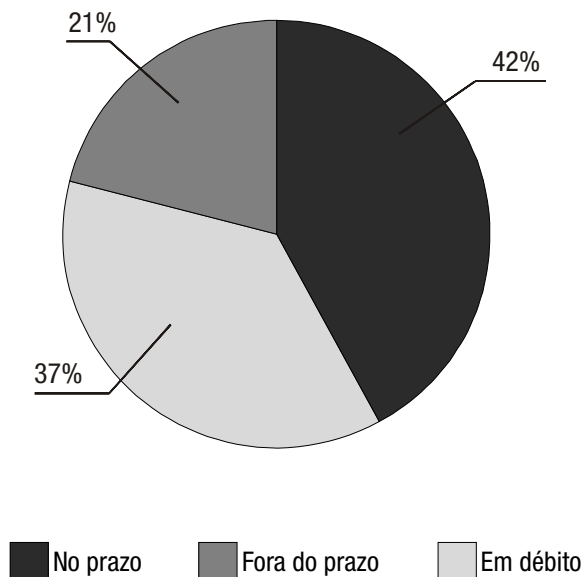
Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS/MS, de Dezembro de 2004

Nota: 1 – número de beneficiários baseado na informação de vínculos com planos de saúde  
 População Estimada por município de 2004. IBGE/MP

A partir dos dados disponíveis no sítio da ANS desde dezembro de 2003, temos informações sobre o grau de implantação do SIP pelas operadoras que o enviaram por classificação de operadora e número de beneficiários. Também é possível a análise da frequência de utilização e despesa dos itens e eventos das operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas por tipo de contratação do plano das operadoras. As variáveis do SIP correspondem aos eventos que geraram despesa nas operadoras médico-hospitalares, como os atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações, consultas médicas e as demais despesas assistenciais. Já nas operadoras exclusivamente odontológicas, os itens contemplados são as consultas odontológicas, os exames odontológicos complementares, procedimentos odontológicos preventivos, demais procedimentos do rol odontológico e outros procedimentos não pertencentes ao rol odontológico (BRASIL 2003).

O grau de implantação do SIP no 2º trimestre de 2004 (**Gráfico 2**) representa o quantitativo de operadoras que enviaram o SIP no 2º trimestre de 2004 e, portanto, refere-se às informações acerca da assistência prestada aos beneficiários dos planos de saúde durante esse período. Um total de 63% das operadoras ativas enviaram o SIP no 2º trimestre de 2004, correspondendo a 34.956.314 de beneficiários, ou seja, 90,5% do total.

**Gráfico 2 – Percentual de operadoras que enviaram o Sistema de Informação de Produtos (SIP) no 2º Trimestre de 2004<sup>2</sup>**



Fonte: Relatório de Acompanhamento da Entrega do SIP  
2º Trimestre de 2004 - Processados até 22/11/2004

<sup>2</sup> No prazo - Operadoras que entregaram até 31/08/2004

Fora do prazo - Operadoras que entregaram após o dia 31/08/2004

Em débito - Operadoras que não entregaram e que estiveram ativas no último dia do trimestre (em 30/06/2004)

Total de Beneficiários - Quantidade de beneficiários informados (09/2004 à ANS pelas operadoras)

Na **Tabela 5**, verificamos a frequência de utilização média anualizada com os dados do 1º semestre de cada ano, de acordo com os itens de despesas e tipo de contratação de planos individuais e coletivos. Nota-se que a frequência de utilização foi maior nos planos individuais em comparação com os coletivos em todos os itens.

**Tabela 5 – Frequência de utilização média e anualizada por item de despesa e Tipo de contratação do plano das operadoras no Brasil em 2002 e 2003**

Item de despesas	Individual e Familiar		Coletivo		Total	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Atendimentos ambulatoriais	1,58	1,49	1,18	1,16	1,29	1,25
Exames complementares	11,53	11,75	7,65	7,82	8,64	8,86
Terapias	1,29	1,43	0,74	0,98	0,88	1,09
Internações	0,22	0,19	0,16	0,15	0,17	0,16
Consultas médicas	5,82	5,75	4,25	4,29	4,69	4,67
Demais despesas assistenciais	0,68	0,83	0,75	0,66	0,73	0,70

Fonte: Sistema de Informações de Produtos/SIP/ANS/MS (posição em 02/09/03)

Em relação à despesa, no item internação os valores foram maiores nos planos individuais. Houve aumento da despesa em todos os eventos no ano de 2003 (Tabela 6).

**Tabela 6 – Despesa por item e tipo de contratação do plano das operadoras no Brasil nos 1º semestres de 2002 e 2003**

Item de despesas	Individual e Familiar		Coletivo		Total	
	1º sem. 2002	1º sem. 2003	1º sem. 2002	1º sem. 2003	1º sem. 2002	1º sem. 2003
Atendimentos ambulatoriais	42,15	47,45	38,71	44,44	39,86	45,43
Exames complementares	17,02	17,96	19,10	19,00	18,39	18,64
Terapias	25,56	27,63	27,86	27,85	26,99	27,78
Internações	1.833,48	2.410,44	1.725,10	1.921,75	1.760,81	2.062,78
Consultas médicas	24,90	25,70	25,39	25,97	25,22	25,88
Demais despesas assistenciais	52,05	72,03	61,25	64,49	59,01	66,88

Fonte<sup>3</sup>: Sistema de Informações de Produtos – SIP – ANS/MS (posição em 02/09/03).

Ressalta-se o diagnóstico apontado por TEIXEIRA, BAHIA e VIANNA (2002) de que a especialização, a possibilidade de escolha dos provedores de serviços, a ausência de responsabilidade pelo acompanhamento dos clientes e a baixíssima ocorrência de ações voltadas para a prevenção e a promoção da saúde configuram-se como as principais características dos modelos de atenção da saúde suplementar com o foco voltado para o pronto atendimento curativo dos seus beneficiários.

## COMPONENTE 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS OPERADORAS

A avaliação da qualidade das operadoras será feita através de quatro dimensões, assim entendidas:

- I. Qualidade da Atenção à Saúde – dimensão real de qualificação da atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com identificação do impacto das ações de saúde em suas condições de vida.
- II. Qualidade Econômico-Financeira – identificação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos em acordo com a legislação vigente.
- III. Qualidade de Estrutura e Operação – identificação do *modus operandi* da operadora.
- IV. Satisfação dos Beneficiários - identificação da visão do usuário quanto ao cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora.

As dimensões serão avaliadas através do estabelecimento de indicadores que devem guardar as características já citadas anteriormente referentes a sensibilidade, objetividade e confiabilidade e se constituirão em:

- Indicadores de monitoramento dos aspectos de atenção à saúde dos planos de saúde;
- Indicadores de monitoramento do desempenho econômico-financeiro dos planos de saúde;
- Indicadores de monitoramento de aspectos de estrutura e operação dos planos de saúde;
- Indicadores de monitoramento da satisfação dos beneficiários quanto aos serviços prestados.

---

<sup>3</sup> Nota: A despesa foi calculada com base no número e valor total dos eventos. Valores em Reais.

## DIMENSÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atual gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propõe novos modelos assistenciais, de acordo com um marco regulatório definido pela compreensão de que este setor é, antes de tudo, um lugar de produção da saúde.

Sendo assim, reveste-se da maior relevância esta proposta apresentada pela ANS do estabelecimento de padrões de qualidade quanto ao modelo de atenção para a saúde suplementar, visando adequar sua ação reguladora, assim como garantir uma atenção resolutiva e de qualidade para os beneficiários.

De acordo com pesquisa feita pela ANS sobre os modelos assistenciais desenvolvidos pelas operadoras<sup>4</sup>, pôde-se identificar que as operadoras de planos de saúde, cada uma com suas especificidades, representam certos modelos de organização de serviços de saúde que podem ser regulados pelo Estado, de forma a darem maiores garantias assistenciais a seus beneficiários.

Por outro lado, a possibilidade de as operadoras se constituírem enquanto promotoras e gestoras do cuidado em saúde e que isso possa ser regulado também foi identificado como uma perspectiva real nesta pesquisa.

Estas novas possibilidades que se apresentam constituem-se no que MERHY (2002) tem denominado de reestruturação produtiva na saúde marcada muito mais pela modelagem que opera a produção das ações de saúde através das chamadas tecnologias leves ou não dependentes dos equipamentos, do que pelas mudanças resultantes da introdução de novos equipamentos no setor. Esse movimento já foi compreendido e reinterpretado, por exemplo, pela proposta da Atenção Gerenciada (*Managed Care*) desenvolvida nos EUA desde a década de 80 como parte do projeto do capital financeiro para reformar a saúde, inventando também novas formas de trabalhar a gestão do cuidado através da otimização da relação custo versus qualidade (UGÁ et al 2002; IRIART 2000, 2003).

Mas a estratégia da Atenção Gerenciada (AG) não é o único caminho trilhado nesta direção. Já podem ser identificadas experiências públicas que também têm apostado neste novo desenho para a área de saúde através da priorização do território das tecnologias leves numa perspectiva mais ampla e centrada na lógica do beneficiário.

Como este autor constata, algumas dessas práticas podem ser aproveitadas, não para o aprisionamento do trabalho médico e maior controle deste, como preconizado pela AG, mas para a implementação de novas formas de operar, centradas nas ferramentas leves do trabalho em saúde. Novas práticas produtoras e promotoras de saúde estão sendo experimentadas em algumas instituições públicas. Estas experiências também ocorrem -

---

<sup>4</sup> Esta pesquisa foi coordenada pela Dra. Deborah Carvalho Malta e contou com a participação dos seguintes pesquisadores: Alzira de Oliveira Jorge, Mônica Aparecida Costa e Túlio Batista Franco.

como pode ser identificado na pesquisa citada anteriormente – nas operadoras de autogestão e, de forma mais isolada, em outras operadoras.

Para a busca da qualificação da atenção na saúde suplementar é necessário que a ANS desencadeie processo de monitoramento da avaliação na perspectiva da atenção à saúde, de forma a instituir novo modelo de regulação com novos processos e práticas de micro e macrorregulação que induzam a reversão da atual lógica de organização e funcionamento na saúde suplementar.

Observa-se que a regulação pública existente tem-se mostrado fragmentada e com práticas ainda insuficientes para dar conta do tamanho da tarefa. Ou seja, regular a saúde financeira das operadoras, o direito dos beneficiários e a questão dos produtos não consegue abarcar a importante tarefa atribuída à ANS que é a regulação do componente na perspectiva da produção da saúde. Para isso há que se apostar em um novo enfoque regulador que considere: a operadora como gestora do cuidado em saúde e, portanto, responsável pelos resultados e pela qualidade da atenção prestada; que a construção de uma atenção à saúde deve ser direcionada para a realização da integralidade da atenção; que esta integralidade pressupõe a produção das ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos pacientes; e que o setor da suplementar tem uma agenda partilhada e articulada com o SUS.

Tendo em vista que a regulação atualmente praticada na saúde suplementar tem ocorrido especialmente na macrorregulação defende-se uma nova perspectiva no processo regulador do Estado, qual seja a necessidade de atuar regulando a produção do cuidado.

Para adentrar o universo das modelagens assistenciais praticadas pelas operadoras e assim incorporar também a regulação de nível micropolítico, desvendando as relações entre operadoras, prestadores e beneficiários, torna-se necessário entender melhor as especificidades inerentes ao processo de trabalho em saúde.

O processo de trabalho em saúde difere do consumo de serviços em geral porque, no setor saúde, o beneficiário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, pois está desprovido de conhecimentos técnicos e não detém informações suficientes para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Outra especificidade existente nesse processo é a sua finalidade, ou seja, a ação cuidadora em saúde, ter como objeto o indivíduo ou grupos: doentes, sadios ou expostos a riscos. Acresce-se a isso o fato de que os meios de trabalho correspondem aos saberes, equipamentos e instrumentos utilizados e o produto final corresponde à própria ação de atenção à saúde, a qual é produzida e consumida de forma concomitante (MALTA 2001; MALTA & MERHY 2003).

Entender e operar nesse espaço - o processo de trabalho em saúde enquanto micropolítica - pode ser o lugar estratégico da mudança. Esse movimento visa criar novos formatos do trabalho em saúde, que devem ser pautados pela necessidade de responder ao sofrimento dos beneficiários, buscando articular novas formas de prestação de atenção que possa lhes dar proteção ou resolução dos seus problemas.

## Em busca de novas modelagens assistenciais para a saúde

O diagnóstico da crise estrutural do setor saúde e do esgotamento da forma de se produzir saúde, ou do modelo assistencial assentado na diretriz biológica do ensino médico, segundo a matriz flexneriana e os interesses de mercado das indústrias de medicamentos e equipamentos, já vem sendo discutido há décadas por diversos autores: DONNANGELO (1976), AROUCA (1975), CAMPOS (1992), MERHY et. al (2002) e CECÍLIO (1994).

Quando se pensa a especificidade dessa discussão na saúde suplementar, observa-se que este modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, tem gerado fragmentação da atenção e do cuidado, produzindo iniquidade e atenção não-integral aos beneficiários de planos de saúde. A não-responsabilização das operadoras e prestadores com o processo de produção da saúde em sua plenitude faz parte das causas de geração desta iniquidade e constrói atendimentos não permeáveis às perspectivas que buscam a integralidade das ações de saúde. É importante destacar a peculiaridade inerente à discussão de uma atenção integral na saúde suplementar na medida em que este princípio tem que ser entendido e aplicado dentro da cobertura contratada, mas que seja a partir desta referência garantido integralmente, ou seja, envolvendo ações de prevenção, controle e recuperação das doenças, assim como de promoção à saúde dos beneficiários dos planos de saúde.

Propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde têm que incorporar estes outros campos de saberes e práticas em saúde, além de configurar novas formas de organização da atenção que sejam anti-hegemônicas. Neste sentido, aposta-se que a produção em saúde deve operar tecnologias de trabalho voltadas à construção de uma atenção mais cuidadora e produtora de novas relações entre trabalhadores e beneficiários, buscando construir serviços de saúde, centrado nos beneficiários e em suas necessidades, o que é, atualmente, um contraponto à crise vivida pela saúde e indica um novo caminho a ser percorrido para a sua superação.

Assim, esta agência reguladora aposta na reversão do modelo vigente e na possibilidade de se organizar e prestar atenção à saúde no setor suplementar, que se pautar pelos princípios de acesso necessário e facilitado, e atendimento qualificado, integral e resolutivo das necessidades de saúde dos beneficiários dos planos de saúde.

## O processo de avaliação da qualidade dos serviços em saúde

A necessidade de avaliação da qualidade dos serviços e de sistemas de saúde não é processo recente. Há tempos, vários são os autores que propuseram o conceito da qualidade em saúde e instrumentos práticos para a sua medição.

Uma proposição importante foi a de Donabedian, que se destaca ao apresentar as novas bases para definição de qualidade e seus componentes. “Qualidade é relação apropriada entre meios e fins. Os meios são as estratégias de atenção e os fins são as mudanças produzidas (impacto) por estas estratégias” (DONABEDIAN 1980). Propõe, ainda, os modelos de avaliação de estrutura, processo e resultados como instrumentos práticos de gestão da qualidade em saúde. Define como estrutura as características mais fixas do sistema de saúde e que está

relacionada à rede de serviços, equipamentos e recursos humanos. Processo é a relação que os profissionais estabelecem com os beneficiários tanto do ponto de vista técnico como do ponto de vista humano. Resultado é o impacto positivo ou negativo, produzido na saúde da população.

A partir dos conceitos de Donabedian, vários autores discutem a necessidade de análise integrada dos três enfoques, pois isoladamente perdem o potencial de avaliação desejado. Argumentam que a avaliação da qualidade deve estabelecer relação com a quantidade e equidade das ações de saúde (WALKER E WINT, 1987). Os conceitos de cobertura e acesso da população às ações e serviços de saúde são partes integrantes do processo da avaliação de qualidade de sistemas de saúde. Portanto, os conceitos de integralidade, suficiência e equidade se incorporam na definição de qualidade de maneira inequívoca. Na década de 90, Donabedian também propõe a incorporação desses conceitos, ampliando a sua própria definição de qualidade, através do que denomina de sete aspectos principais ou “pilares”, entre eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Outros autores indicam que a avaliação da qualidade em saúde deve-se pautar pela análise dos impactos (resultados) das ações e serviços de saúde e a partir deles estender a avaliação para todo o sistema. Tanto os resultados gerais quanto os resultados específicos são valorizados.

Destaca-se a importância dos resultados gerais, avaliados a partir de indicadores de morbidade e mortalidade, pois possibilitam análise comparativa entre sistemas de saúde. No entanto, isoladamente, não são suficientes para avaliação de qualidade de todo o sistema nas suas diversas características.

Torna-se necessária a utilização de resultados específicos para a avaliação mais adequada da qualidade em saúde. Dentre os autores que valorizam os resultados específicos, dois devem ser citados: RUTSTEIN (1976), com os eventos sentinelas, e KESNNER (1973), com os traçadores ou marcadores.

A metodologia do evento sentinela sustenta que se pode medir a qualidade da atenção à saúde, a partir da ocorrência de indicadores negativos de saúde, ou seja, indicadores indesejáveis e, portanto, passíveis de serem evitados. Devem ser entendidos como alerta: sua ocorrência é *per se* negativa e deve ser investigada. A investigação deve ser dirigida para a trajetória de ocorrência do evento e por esta análise identificar os pontos críticos do processo e da estrutura da atenção à saúde. A aplicação dessa metodologia tem várias vantagens. Entre elas, a proposição dos indicadores dos eventos pode ser feita pela própria equipe de trabalho e deve estar integrada ao processo de planejamento. A outra vantagem é o baixo custo de implantação, uma vez que exige a existência de sistema de informação estruturado, integrado e ágil, que indique a ocorrência dos eventos. É instrumento de avaliação sistemática da qualidade das ações de saúde. A visibilidade do processo de avaliação é outra característica do método, permitindo a realização de análises comparativas e emissão de juízo de valor sobre o desempenho geral do sistema.

O método de “traçadores” ou marcadores tem como características:

- ser prospectivo e exigir seguimento contínuo dos indicadores estabelecidos;
- ter marcadores pragmáticos que levem em conta o sistema de informação existente e a capacidade potencial da rede de prestação de serviços de saúde;
- estabelecer um mínimo do que se espera do sistema de atenção à saúde; e
- exigir acompanhamento e atualização.

O método tem como premissa que alguns problemas específicos de saúde podem ser utilizados para a análise da prestação de serviços a partir da interação entre os prestadores, beneficiários e o ambiente.

Os dois métodos podem ser considerados como estruturantes do processo de gestão, pois exigem a agilidade dos gerentes na avaliação das ações de saúde e qualidade do sistema de informação que sustenta o processo de decisão.

A seleção de indicadores que têm como características os eventos sentinela ou marcadores é um passo fundamental para a implantação da metodologia de avaliação da qualidade. Os indicadores devem ter:

- confiabilidade, expressa no fato de que devem dar o mesmo resultado quando medido por equipes de avaliação diferentes;
- sensibilidade, expressa na capacidade de indicar as mudanças (impacto) positivas e negativas, ocorridas no sistema de saúde; e
- validade, expressa na preocupação de medir realmente o que se pretende medir (GOMEZ E GOMEZ 1989).

Nos últimos anos têm sido valorizadas as propostas de avaliação da qualidade de serviços de saúde e certificação de redes de atenção. Várias metodologias têm sido propostas e aplicadas por diversas instituições e autores.

De acordo com HARTZ (1997), o campo da avaliação em saúde no Brasil, ainda pouco formalizado na sua prática científica e técnica, vive atualmente um momento de crescente visibilidade e expectativas internas e externas. Por um lado, trata-se do reflexo da sua maior presença no cenário internacional da saúde pública/saúde coletiva e por outro, da presença de conjunturas econômicas, políticas e de organização do sistema de saúde, que colocam a necessidade da presença também de conhecimentos mais especificados relativos às suas práticas por parte dos profissionais de saúde como parte do processo de implementação das políticas de saúde. Passa a ser mais freqüente o diálogo entre o conhecimento que a saúde coletiva no Brasil produziu sobre a determinação social dos processos de saúde/doença e as políticas e práticas de saúde, e uma literatura internacional, predominantemente produzida nos países desenvolvidos de língua inglesa, sobre formas de reconhecimento de processos e tecnologias em saúde que têm por objetivo a elaboração de um juízo de valor sobre os

mesmos, e que sejam capazes de contribuir para os processos de tomada de decisão política e técnica.

Neste sentido, no prefácio do livro de HARTZ (1997), Schraiber aponta para a riqueza dos diálogos a serem desenvolvidos entre uma produção teórica já consolidada da saúde coletiva relativa às alternativas historicamente construídas de alianças entre a ciência, a técnica e a política no campo da saúde e a área de avaliação em saúde, que toma essa perspectiva como um ponto de partida quase paradigmático para a conformação da sua prática.

Ampliando essa discussão, depara-se com as temáticas da integralidade e dos modelos assistenciais que vêm sendo amplamente discutidas no âmbito do SUS e que na saúde suplementar expressam um novo olhar na assistência. MATTOS (2003) discute o conceito de integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde e mostra que é possível construir políticas de saúde pautadas por esta prática que traz um convite aos formuladores das políticas no enfrentamento das necessidades assistenciais. Isto implica a apreensão das necessidades de saúde da população, não exclusivamente por meio de indicadores epidemiológicos. Essa discussão é ampliada quando os modelos assistenciais são abordados por meio das diretrizes, como a integralidade do cuidado, o vínculo e a responsabilização, aprofundando o debate sob novos fundamentos teóricos na organização da assistência à saúde (COELHO 2004).

Diversos autores têm trabalhado experimentando e efetivamente avaliando por indicadores/marcadores assistenciais a qualidade da atenção prestada e os modelos de prestação de serviços realizados.

Sendo assim, a revisão sobre o tema evidencia o quanto a regulação do sistema na saúde suplementar deve obrigatoriamente passar pela discussão da qualidade assistencial quando se busca a construção e implementação de novos e mais integrais modelos de atenção no setor saúde.

Tendo como referencial teórico as idéias anteriormente apresentadas e diante da necessidade de propor novos modelos que dêem conta da complexidade do processo de produção assistencial na saúde suplementar, a ANS traz como proposta de intervenção prioritária, na atual gestão, a qualificação da atenção à saúde de seus beneficiários. Além disso, a Agência parte da perspectiva de que na saúde suplementar os problemas são semelhantes aos identificados para a área de saúde como um todo, cabendo investigar as especificidades inerentes ao processo de produção da saúde nesse setor, identificando os desafios e caminhos a serem seguidos para a garantia de uma regulação de caráter mais público por parte do Estado e que garanta através das operadoras e prestadores de serviços uma atenção de maior qualidade e eficácia para os beneficiários de planos de saúde.

Por fim, depara-se com o grande desafio a ser enfrentado, não só na saúde suplementar, mas em toda a área de saúde: construir novos processos gerenciais e de regulação, conformando um novo modo de produzir saúde que considere a lógica do beneficiário e suas necessidades como balizador central. Assim, a revisão e reestruturação dos processos de trabalho em saúde através dos processos de avaliação e monitoramento contínuo da qualidade da atenção torna-

se o *locus* privilegiado para concretizar as mudanças nos serviços, sejam eles públicos ou privados. Isto se deve ao fato de esses processos de monitoramento terem forte poder indutor sobre a conformação das modalidades assistenciais quando entendidos como ferramentas para a prática da regulação da atenção.

Entendendo que os modelos de regulação e atenção constituem-se em faces de uma mesma moeda e se constroem mutuamente, há que se dar continuidade ao desafio de repensar o processo regulatório impresso pela ANS na perspectiva de que esta regulação contribua para a implementação de novos modelos assistenciais na saúde suplementar que efetivamente defendam a saúde e a vida dos beneficiários de planos de saúde (JORGE 2004).

A dimensão da atenção à saúde do componente de avaliação da qualidade das operadoras trabalha na perspectiva de uma avaliação de desempenho da qualidade da atenção prestada de forma sistêmica, e pautada em critérios que valorizem a utilização de indicadores e marcadores gerais e específicos que expressem efetivamente o que está sendo oferecido aos beneficiários nos planos de saúde.

Os bancos de dados existentes na ANS e no Ministério da Saúde podem permitir a construção de um grande número de indicadores, tanto pertinentes a resultados gerais quanto a específicos, incluindo aqueles que analisam a rede de prestação de serviços de saúde. Ainda que se depare com a inadequação da qualidade da informação prontamente disponível para o processo de avaliação, experiências e iniciativas de análise elaboradas nas áreas públicas e privada, têm estimulado o uso dessas fontes, particularmente quando pautadas pela observação e monitoramento de eventos sentinelas e marcadores com poder discriminativo.

Quanto aos **indicadores de atenção à saúde**, propõe-se que sejam utilizados aqueles voltados para a avaliação dos aspectos relativos à prevenção em saúde, à atenção ambulatorial e hospitalar e impactos na mortalidade dos beneficiários dos planos de saúde. Além disso, propõe-se focalizar a atenção em quatro grandes e importantes linhas de cuidado na saúde suplementar: a linha materno-neonatal, a da saúde bucal e as referentes ao cuidado dos pacientes portadores de câncer e transtornos cardiovasculares.

Os indicadores propostos para avaliação da qualidade da atenção à saúde na saúde suplementar são os seguintes:

- Taxa de Internação por Amputação Membros Inferiores por Diabetes Mellitus
- Taxa de Internações por Diabetes Mellitus
- Taxa de Internações por Infarto Agudo do Miocárdio
- Taxa de Internações por Doenças Cerebrovasculares
- Letalidade por Infarto Agudo do Miocárdio
- Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus
- Taxa de Mortalidade por Doença do Aparelho Circulatório
- Taxa de Mortalidade por Causas Mal Definidas
- Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares

- Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo Miocárdio
- Taxa de Mortalidade Materna
- Taxa de Prematuridade
- Taxa de Natimortalidade
- Taxa de Internações por Complicações no Período de Puerpério
- Taxa de Internações por Transtornos Maternos na Gravidez
- Taxa de Parto Cesáreo
- Taxa de Citologia Oncótica de Colo de Útero
- Taxa de Mamografia
- Taxa de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
- Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Colo de Útero
- Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Mama Feminina
- Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Próstata
- Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto
- Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Mama Feminina
- Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Próstata
- Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Colo de Útero
- Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto
- Taxa de Cobertura de Consulta Odontológica Inicial
- Índice de Procedimentos Preventivos em Odontologia
- Índice de Procedimentos Dentística
- Índice de Procedimentos Endodônticos
- Índice de Procedimentos Periodontia
- Índice de Cirurgias Odontológicas Ambulatoriais
- Índice de Exodontias

## DIMENSÃO DA QUALIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA

Toda a regulação de mercado tem como uma das suas metas o monitoramento e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos agentes regulados. A motivação para isso está no fato de que empresas reguladas saudáveis sob esse ponto de vista podem contribuir para o aperfeiçoamento do mercado em que estão inseridas de várias formas. No que tange à prestação de serviços, a qualidade e a garantia de continuidade são diretamente impactadas pela condição financeira da empresa. No aspecto concorrencial, a saúde financeira é determinante na capacidade de os agentes econômicos competirem por percentuais de participação nos mercados, gerando uma força motriz para o aumento da eficiência de utilização dos recursos e dificultando, por outro lado, o aparecimento de cartéis e monopólios. Em relação à própria regulação, as empresas monitoradas por indicadores adequados que apresentem equilíbrio econômico-financeiro na sua operação podem cumprir de forma satisfatória as garantias financeiras exigidas pelo ente regulador.

Portanto, sob diferentes ângulos, o controle econômico-financeiro tem seu espaço garantido em quaisquer mercados regulados, inclusive na saúde suplementar. Nesse caso, existem alguns agravantes da importância desse acompanhamento. As operadoras de planos de saúde lidam com um bem meritório: a saúde dos beneficiários, que em hipótese alguma pode sofrer quaisquer tipos de descontinuidade sob pena de causar um dano irreversível ao usuário desse serviço. Além disso, essas empresas estão inseridas em uma forma de custeio dos serviços por repartição simples, estando sob constante ameaça de risco do crescimento demasiado das despesas assistenciais, levando, então, à necessidade de constituição das chamadas provisões de risco.

Diante desse contexto de peculiaridades do setor de saúde suplementar, os indicadores utilizados para o adequado controle econômico-financeiro das operadoras estão divididos em quatro tipos: i) indicadores de liquidez; ii) indicadores de estrutura de capital; iii) indicadores de custos e iv) indicadores de rentabilidade, totalizando nesta fase inicial oito índices. O controle da liquidez se constitui em instrumento de aferição da capacidade da operadora em honrar seus compromissos de curto e longo prazos, nos respectivos casos de liquidez corrente e liquidez geral. A estrutura de capital, seja pelo monitoramento do grau de endividamento ou pelo nível de imobilização, também avalia a capacidade financeira da operadora. Níveis altos de dependência do capital de terceiros ou da venda de ativos permanentes implicam de forma indireta uma baixa liquidez.

Já os indicadores de custos procuram medir a capacidade da operadora em se manter em operação no longo prazo. Sempre que as despesas forem superiores às receitas, haverá um risco iminente de insolvência da operadora. Por fim, o indicador de rentabilidade expressa a atratividade financeira do setor, indicando se os riscos incorridos na operação estão sendo adequadamente remunerados. Caso contrário, haverá dificuldades na obtenção de financiamentos e aportes de capital por parte de investidores.

Diante do anteriormente exposto, fica evidenciada a importância do controle e monitoramento da questão econômico-financeira dos mercados regulados, em especial o de saúde suplementar. Cabe, no entanto, ressaltar que o acompanhamento dos indicadores

estabelecidos se constitui numa análise conjunta e interdependente. Dito de outra forma, a análise individualizada de cada indicador, quando realizada de maneira estanque pode apresentar uma visão com algum grau de distorção em relação a uma abordagem mais ampla da situação econômico-financeira da operadora, que se configura na prática de operação dos seus serviços. Dessa maneira, num segundo momento o regulador poderá dispor de metodologias de análise dos indicadores econômico-financeiros que contemplem essa interdependência das variáveis de controle da solvência do setor de saúde suplementar.

Os indicadores a serem utilizados para a avaliação da qualidade econômico-financeira são os seguintes:

- Grau de Endividamento
- Imobilização do Patrimônio Líquido
- Liquidez Corrente
- Liquidez Geral Ajustada
- Rentabilidade
- Índice de Despesa Assistencial
- Índice Combinado
- Índice Combinado Ampliado

## DIMENSÃO DA QUALIDADE DE ESTRUTURA E OPERAÇÃO

O acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela ANS e implementadas pelas suas Diretorias por meio da construção de indicadores de processo e resultados que sejam capazes de dimensionar sua eficácia e seu custo/efetividade torna-se um eixo imprescindível do programa de Qualificação.

Os indicadores que compõem este programa são medidas-síntese que contêm um recorte de informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões da proficiência, desempenho, estrutura e operação do sistema de saúde suplementar e que impacta o nível de saúde dos beneficiários.

Elementos diferentes e importantes constituíram os indicadores de estrutura e operação, como por exemplo, a rede hospitalar da operadora e sua dinâmica, a quantidade de beneficiários envolvidos, o tempo de adesão ao plano de saúde e a realização de determinado procedimento, para citar alguns.

A revisão bibliográfica atuou como ponto de partida para os indicadores de estrutura e operação. Consultaram-se referências nacionais, como o “Projeto de desenvolvimento de metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro – PROADESS” realizado pela Fiocruz; internacionais, como os estudos do *Australian Institute of Health and Welfare* e Hedis, além de publicações disponíveis no Scielo e outras fontes de literatura.

A seleção dos indicadores buscou privilegiar aqueles que pudessem ter a sua viabilidade contemplada pela disponibilidade de dados gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico de informações implementado na ANS. O Sistema de Registro de Produtos - RPS, o Sistema de Informações de Beneficiários - SIB, o Sistema de Informações de Produtos - SIP e o Cadastro de Operadoras - CADOP foram as principais fontes utilizadas. Ressalte-se que a confiabilidade das medidas é relacionada diretamente com a qualidade de dados.

Durante a elaboração, indicadores que possuíam a propriedade de estar interligados a outros do conjunto, propiciando interpretações complementares, foram selecionados, pois quando analisados conjuntamente, refletem, a partir da operação e estrutura disponibilizada pela operadora, como ela se organiza para fazer frente às necessidades e interesses dos beneficiários, a presença ou não de uma política cuidadora e o grau de cumprimento das normativas da ANS que visam à redução de conflitos no atendimento.

Com a finalidade de possibilitar um fácil manejo desses instrumentos, ao lado das necessárias características de relevância, validade e precisão, foi incorporado ao programa apenas um grupo seletivo, subsidiando dessa forma a definição de objetivos e metas da saúde suplementar e o auxílio à tomada de decisões, baseadas em evidências pelas operadoras, beneficiários e ANS.

A comparabilidade de tempos em tempos serve para avaliar o impacto que as ações tomadas pelas operadoras são capazes de modificá-los positivamente. Privilegia-se e incentiva-se, assim, a melhoria contínua dos serviços prestados.

Os componentes utilizados na formulação dos mesmos foram divididos em três grandes panoramas – os beneficiários, a estrutura da rede hospitalar e a disponibilidade de dados da operadora.

No escopo dos beneficiários, os indicadores que constam deste programa estenderam a proposta de quantificar os indivíduos, inserindo também a variável do tempo de uso e tempo esperado. Assim, é possível a comparação de quantidades em épocas diferentes, caracterizando a permanência ou fixação. Isto é um refinamento importante, porque permite o uso complementar com os instrumentos que utilizam informações como as do fluxo de carteira e período de utilização do plano de saúde.

Juntamente ao acompanhamento temporal, é necessária a qualificação das relações contratuais dos beneficiários na operadora, ou seja, o volume que se encontra amparado sob a Lei 9.656/98, comparado aos que estão com planos de saúde em vigência anterior a ela ou em processo de migração ou adaptação.

Na estrutura da rede hospitalar, outra dimensão importante, buscou-se avaliar o grau com que são substituídas ou excluídas entidades hospitalares, considerando-se que tal movimento pode impactar a qualidade da atenção aos beneficiários, caso comprometa a acessibilidade ou processos importantes vinculados à rede. A relação de contratualização entre operadora e prestador também foi contemplada com um instrumento que avalia o grau de cumprimento dos normativos desta Agência. Com isso, busca-se garantir um ambiente favorável ao melhor funcionamento da rede hospitalar. Em seguida, a análise de informações sobre o aporte de beneficiários na rede do SUS também foi assegurada, inclusive no que se refere ao ressarcimento.

Compreendendo que a disponibilidade de dados possui importância vital para o alcance do sinergismo desejado em direção à qualidade entre o órgão regulador e operadora, a frequência do envio para os sistemas de informação da Agência foi o objeto de uma medida-síntese combinada. Consolida-se, então, o último pilar em que se apóia a análise de estrutura e operação.

Para a avaliação desta dimensão, serão utilizados os seguintes indicadores:

- Índice de Ressarcimento
- Taxa de Internações de beneficiários da operadora na rede hospitalar do SUS
- Proporção de Permanência de Beneficiário
- Tempo Relativo de Permanência do Beneficiário
- Taxa de Variação de Beneficiários
- Proporção de Beneficiários de Planos Antigos
- Índice de Adaptação / Migração de Contratos
- Variação da Rede Hospitalar
- Taxa de Contratualização da Rede Hospitalar
- Taxas de Regularização

## DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A opinião dos beneficiários é o que revela a medida certa da qualidade dos produtos e serviços de saúde, sendo os beneficiários a razão da existência desses serviços.

A satisfação do beneficiário é a meta do processo de qualidade: as expectativas e necessidades do usuário devem ser satisfeitas. Por isso, a produção dos serviços de saúde resulta da interação entre usuário e prestador. A qualidade valoriza essa relação e o usuário deixa de ser considerado objeto para assumir a posição de sujeito. Uma vez que se busca a qualidade para diminuir a distância entre o desempenho do serviço e as expectativas dos beneficiários, é interessante verificar os motivos da satisfação ou de insatisfação com os serviços prestados.

A aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte da população está na dependência de fatores físicos (relativos à disponibilidade de serviços e ao grau de acesso a eles), cognitivos (relacionados ao conhecimento da existência da oferta de serviços médicos e do risco de determinada doença) e motivacionais (satisfação com os serviços utilizados). Esses fatores, por sua vez, também são influenciados pelas atitudes, valores e crenças do grupo populacional a que os beneficiários dos serviços pertencem.

Ao analisar a questão da qualidade nos cuidados à saúde, DONABEDIAN (1990) estabeleceu sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Dentre estes conceitos, o da aceitabilidade e da legitimidade são os que diretamente se relacionam com as expectativas e satisfação dos beneficiários.

O conceito de aceitabilidade refere-se à adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende das avaliações subjetivas do paciente quanto a efetividade, eficiência e otimização e ainda da acessibilidade do cuidado (obter cuidado quando necessário e obtê-lo de forma fácil e conveniente), as características da relação médico-paciente (pacientes desejam ser tratados com consideração e respeito, ter suas perguntas respondidas e sua condição explicada) e as amenidades do cuidado (propriedades do cenário em que se dá o cuidado, sendo conveniente, confortável e agradável). Quanto à legitimidade, é a aceitabilidade do cuidado na forma como é visto pela comunidade ou a sociedade em geral.

Existe uma correlação muito alta entre a satisfação e efetividade de um programa; e uma correlação alta também entre insatisfação e não-efetividade, o que parece indicar que a efetividade e a satisfação estão de certa maneira relacionadas. Entende-se efetividade como a melhoria na saúde que é alcançada ou espera-se alcançar, nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

Os modelos de avaliação de serviços de saúde propostos pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*) apresentam diversos pontos de concordância sobre as grandes diretrizes da avaliação. A busca por

conceitos de resultados de saúde (OMS) ou efetividade (OECD) e a preocupação com os direitos dos pacientes, vista através da satisfação ou da experiência dos pacientes, são aspectos comuns nas propostas dos dois organismos. A utilização de um enfoque qualitativo, na compreensão dos fatores associados à satisfação do beneficiário, deve ser considerada e incorporada aos processos de avaliação.

A partir da utilização dos serviços, o indivíduo terá ou não satisfeitas suas necessidades ou expectativas. E o nível de satisfação possibilitará inferir a qualidade nos diversos momentos do atendimento, num processo interativo que se dá desde a entrada até a saída do serviço.

Usualmente, a detecção da satisfação dos beneficiários se leva a cabo utilizando questionários e não a frequência de reclamações. Isso porque a maioria das pessoas dificilmente reclama quando tem problemas de atendimento; não se tem certeza se a reclamação terá o encaminhamento adequado; reclamar é difícil e cansativo, sendo difícil demais para quem já tem muitos problemas; muitas pessoas não se sentem bem no papel de queixosas. Pesquisas revelam que apenas 4% dos clientes insatisfeitos reclamam e, para cada reclamação recebida, existem 26 outros clientes insatisfeitos; dos clientes insatisfeitos que não reclamam, 65% a 90% jamais voltariam a comprar na mesma organização.

No entanto, como visto, as reclamações podem ser sinalizadores potentes do grau de insatisfação dos beneficiários com suas operadoras. Por isso, este indicador será utilizado tendo como fonte o banco de dados o banco de dados da Diretoria de Fiscalização.

Para a avaliação da satisfação dos beneficiários com as operadoras de planos de saúde, serão utilizados indicadores de reclamações e será realizada uma pesquisa de satisfação dos beneficiários.

A escolha dos indicadores de satisfação dos beneficiários observou os dados referentes a todas as reclamações recebidas e àquelas que apresentam algum indício de infração à legislação de saúde suplementar. Assim sendo, foram definidos dois indicadores: índice de reclamações de beneficiários e Índice de reclamações com indícios de infração.

O primeiro consiste em uma relação entre o número médio de reclamações e a média de beneficiários da operadora no mesmo período. Já o segundo, refere-se à relação entre a média de reclamações que foram positivadas, ou seja, aquelas que resultaram na lavratura de um auto de infração, e a média de beneficiários da operadora no mesmo período.

Dois outros indicadores serão acrescentados na 2ª a 3ª fases deste programa: um deles, referente às reclamações que chegam aos PROCONs sobre o mercado de planos de saúde e um índice, também considerado relevante, que é uma pesquisa de satisfação do beneficiário, de abrangência nacional. Estes dois indicadores deverão retratar a percepção da sociedade e indicar o grau de satisfação e esclarecimento do beneficiário frente ao mercado de saúde suplementar, cabendo à ANS, Diretoria de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça e órgãos de defesa do consumidor definir a metodologia mais adequada.

## COMPONENTE 2: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE INSTITUCIONAL

A criação da ANS tem por “finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde do país” (art. 3º da Lei 9.961). Compete à ANS propor políticas e diretrizes para a regulação do setor de saúde suplementar, inclusive zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A ANS foi criada pela Lei 9.961/00, assumindo todas as atribuições de regulação do setor de saúde suplementar, para regular uma atividade privada já existente, extremamente complexa, que nunca havia sido objeto de regulação do Estado, e em um setor essencial, que é a saúde. Começou suas atividades tendo que superar dois entraves iniciais: a ausência de informações estruturadas sobre o setor e a inexistência de quadro de pessoal próprio (MS/ANS 2004).

A experiência nos países de longa tradição na regulação permite afirmar que o uso de mecanismos de avaliação e, especialmente, a divulgação de resultados dessa avaliação são imprescindíveis ao aperfeiçoamento de dispositivos e práticas reguladoras (CAMPOS 1992).

Avaliar é, no fundo, comparar: uma realidade observada com outra e, sobre esta comparação, emitir algum juízo de valor. Pode-se comparar uma realidade, por exemplo, consigo mesma, ao longo do tempo; também se pode comparar a realidade observada com outras equivalentes, com um ideal escolhido ou com um modelo consensuado e atingível.

A regulação da saúde suplementar esbarra na falta de experiências internacionais que lhe possam servir de referência, diferente das agências reguladoras de primeira geração (Agência Nacional de Telecomunicações e Agência Nacional de Energia Elétrica) que lançaram mão desta experiência.

Para OLIVEIRA (2003), mesmo não estando definido o modelo ideal de uma boa agência reguladora, suas características devem incluir seis elementos: independência, que não impede a implementação de política setorial; a transparência, pautando as atividades da agência por mecanismos de consulta ou audiência pública; a prestação de contas à sociedade, traduzida em contratos de gestão ou outras formas de acompanhamento; a definição de limites de competência, evitando que a agência se ocupe da edição de um vasto conjunto de normas e dando clareza ao objeto de controle por parte da sociedade; autonomia financeira e gerencial de forma a garantir a independência de ação e possuir quadro de excelência técnica, garantindo legitimidade às decisões administrativas.

O desempenho institucional, na perspectiva de PUTNAM (1996), ou seja, a capacidade do governo de implementar políticas, solucionar problemas e criar serviços, respondendo às demandas da sociedade, constitui uma variável-chave. Importante considerar que “mudanças no desempenho e, portanto, na gestão de programas e projetos de saúde, promovendo uma nova institucionalidade e maior responsabilidade pública vis-à-vis, maior participação e controle social são de fato indispensáveis para que ocorram impactos positivos na oferta de

serviços e nas condições de vida e saúde da população. Isto é, mudanças na cultura e no compromisso com a gestão pública são indicadores importantes - mesmo quando seus efeitos e resultados finais só venham a ocorrer a médio e longo prazos” (BODSTEIN 2002).

O desafio que se coloca é o de institucionalizar a prática do monitoramento e avaliação no sentido de integrá-las em um sistema organizacional orientado para a ação, ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão, tendo como base privilegiada o planejamento estratégico, a programação e a informação.

A necessidade contínua de monitoramento e avaliação põe em questão o tema dos sistemas de informação, já que sem um fluxo constante e oportuno de informações é quase impossível manter a governabilidade e o rumo da organização.

A ANS, como órgão regulador do setor da saúde suplementar, também deve realizar um processo de qualificação na sua atuação que gere eficiência, responsabilidade e qualidade na saúde suplementar.

O processo de construção do componente de avaliação da qualidade institucional ainda precisa de um maior consenso interno para a construção das dimensões de avaliação e seus indicadores.

O acúmulo construído indica a seguinte direção para o comportamento institucional a ser avaliado: da transparência das ações e de uma maior participação social no setor, com a utilização de mecanismos de consulta pública, valorização da Câmara de Saúde Suplementar; maior integração com todos os atores sociais envolvidos com o setor; produção e divulgação de conhecimentos sobre a saúde suplementar; obediência aos normativos institucionais com o cumprimento de suas atribuições; valorização de agilização de processos; desenvolvimento de ações integradas com outros órgãos do governo; articulação com banco de dados do SUS, facilitando e integrando informações; capacitação de seu quadro de técnicos; busca de uma integração cada vez maior das diversas ações desenvolvidas pelas diretorias da ANS, entre outras questões.

## METODOLOGIA

Tanto para o componente de qualidade das operadoras quanto para o componente de avaliação institucional, serão utilizados os aspectos de dimensão que terão indicadores para sua aferição.

O processo será gradual e progressivo, permitindo flexibilidades e mudanças quando forem necessárias.

Como já foi dito, o componente de avaliação institucional está ainda em uma fase anterior e por isso será dado destaque ao componente de avaliação das operadoras na descrição da metodologia, que será basicamente a mesma para o componente de avaliação institucional.

A definição dos indicadores que contemple a avaliação das dimensões de avaliação da qualidade da Atenção à Saúde, Estrutura e Operação, Econômico-Financeiro e de Satisfação dos Beneficiários constituiu-se na primeira etapa, sendo que, em função dos dados disponíveis, optou-se por implantação gradativa. A graduação será dada por inclusões no atual elenco de dados solicitados às operadoras, distribuída em três fases, considerando o tempo necessário para que as mesmas ajustem seus sistemas de informações.

A segunda etapa constituiu-se na elaboração das fichas técnicas dos indicadores e da regra de pontuação do resultado obtido pela operadora no indicador, para cálculo do Índice de Desempenho.

O escopo de operadoras a serem avaliadas será as que estiverem em operação regular no mercado.

As operadoras que iniciaram atividade no decorrer do período analisado só serão avaliadas no período seguinte, garantindo o intervalo de 12 meses de atuação no mercado. Exemplo: operadora que comercializa planos de assistência médico-hospitalar, que no meio do período analisado passa a comercializar planos com assistência odontológica, informando esses dados no decorrer do período analisado.

Na primeira fase do programa, a identificação dos indicadores, que se constituirá no objeto de análise da qualificação da operadora, será por intermédio dos dados enviados. Da segunda em diante, será por análise do Sistema de Informações de Beneficiários, que se reporta aos Sistemas de Registro de Planos de Saúde e de Cadastro de Planos anteriores à Lei 9.656/98 para identificar a segmentação assistencial de atuação da operadora.

O primeiro processamento ocorrerá com os dados da competência 2003, enviados à ANS até 22 de novembro de 2004.

## INDICADORES

O acompanhamento dos indicadores levará ao aprimoramento do programa, com incorporação de novos indicadores ou substituição dos atuais, considerando sempre a disponibilidade das informações ou o prazo para sua coleta e tratamento.

Os indicadores da dimensão de avaliação da qualidade da atenção à saúde foram inicialmente elaborados tendo por base a execução de procedimentos, devendo no futuro ser substituído por acompanhamento de beneficiários. Exemplo: taxa de mamografia em que há meta específica para grupos de mulheres identificadas como de risco, conforme explicitado na ficha técnica do indicador.

Os indicadores são apresentados em ficha técnica específica contendo a conceituação, o método de cálculo, a definição dos termos, suas possíveis interpretações, usos, parâmetros dados estatísticos e recomendações existentes, meta, pontuação, fonte dos dados, ações esperadas para causar impacto positivo na situação analisada, limitações e vieses, bem como as referências que tratam do assunto. Entende-se por:

### **Conceituação**

Características que definem o indicador, a forma como ele se expressa, bem como sua delimitação em relação à forma, espaço e ao tempo.

### **Método de Cálculo**

Fórmula utilizada para calcular o indicador e que define precisamente os elementos que a compõem.

### **Definição de termos utilizados no indicador**

São informações agregadas para compreensão do conteúdo dos termos que compõem o conceito, normalmente constante do glossário do sistema de coleta do dado.

### **Interpretação do indicador**

É a explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.

### **Usos**

Principais formas de utilização do indicador gerado, as quais devem ser consideradas para fins de análise.

### **Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações**

São os valores de referência locais, nacionais e/ou internacionais, disponíveis para análise comparativa da situação descrita pelo indicador e utilizados para definição da meta. Os padrões ou parâmetros são a expressão da amplitude das variações aceitáveis de um indicador ou critério.

### Meta

É o valor pretendido, em relação ao parâmetro, a ser alcançado em tempo definido no programa, levando-se em conta as diretrizes da ANS para o setor e a segmentação assistencial de atuação da operadora.

As metas dos indicadores da dimensão de Avaliação da Qualidade de Atenção à Saúde foram definidas principalmente com base nas metas recomendadas por organismos internacionais, identificados na literatura internacional, obtidas na base de dados da ANS ou do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os valores estabelecidos como metas poderão ser revistos e ajustados semestralmente no processo de avaliação da qualidade das operadoras, na perspectiva de se caminhar adequando as metas atuais para os níveis ideais.

### Pontuação

É a valoração do resultado obtido pela operadora no indicador no grau de alcance da meta, utilizando critérios fixados concomitantemente ao estabelecimento da meta. A pontuação e valoração do indicador, apresentada numa tabela, é composta de 4 níveis com os seguintes critérios:

- Nível 0 – identifica ausência das condições necessárias à geração do indicador, seja pelo não-envio total ou parcial dos dados do período analisado, por identificação de inconsistências dos mesmos ou por condições de baixíssimo alcance da meta.
- Nível 1 – identifica condições de baixo alcance da meta estabelecida para o indicador.
- Nível 2 – identifica condições intermediárias de alcance da meta estabelecida para o indicador.
- Nível 3 – identifica condições de alcance da meta estabelecida para o indicador.

A pontuação atribuída a cada nível valora quantitativamente o indicador de acordo com os critérios definidos na ficha técnica, determinada com base no grau de governabilidade das ações necessárias para alcançar o desempenho esperado pela ANS e impacto nas condições de vida do beneficiário, variando de 1 a 3 pontos.

Exemplo: Taxa de Natimortalidade, valorado em 1 ponto.

Meta: Igual ou menor que 10% da taxa nacional de natimortalidade, que é de 12,7 natimortos por 1.000 nascidos, ou seja, a meta da operadora deve ser igual ou menor que 11,43 natimortos por 1.000 nascidos (nível 3).

Nível	Pontuação	% Cumprimento da meta	Valores obtidos pela operadora
Nível 0	0	-	Sem informação
Nível 1	0,25	<= 50%	Maior ou igual a 17,15 natimortos por 1.000 nascidos
Nível 2	0,50	De > 50% a <= 90%	Entre 17,14 e 12,57 natimortos por 1.000 nascidos
Nível 3	1	> 90%	Igual ou menor que 12,56 natimortos por 1.000 nascidos

**Fonte**

São os sistemas ou rotinas responsáveis pela coleta e tratamento dos dados utilizados para o cálculo do indicador.

A ANS estará constantemente aprimorando a rotina de tratamento de dados, identificando e aplicando parâmetros de validação dos mesmos.

**Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador**

São ações de saúde em qualquer nível de atenção ou atividades afins cujo resultado pode proporcionar uma aproximação do resultado do indicador ao estabelecido como meta.

**Limitações e vieses do indicador**

São fatores que restringem a interpretação do indicador, referente tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.

**Referências**

São as publicações utilizadas para subsidiar a elaboração da ficha técnica do indicador.

**Figura 2 – Indicadores de Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde**

Seg.	Indicadores	Pontos	Indicadores / Fases		
			1	2	3
1	Taxa de Prematuridade	2	X		
2	Taxa de Natimortalidade	1	X		
3	Taxa de Internações por Complicações no Período de Puerpério	2	X		
4	Taxa de Internações por Transtornos Maternos na Gravidez	3	X		
5	Índice de Procedimentos Preventivos Odontológicos	3	X		
6	Índice de Procedimentos de Periodontia	2	X		
7	Índice de Procedimentos Endodônticos	2	X		
8	Índice de Procedimentos de Dentística	2	X		
9	Taxa de Parto Cesáreo	2		X	
10	Índice de Cirurgias Odontológicas Ambulatoriais	2		X	
11	Índice de Exodontias	2		X	
12	Taxa de Citologia Oncótica de Colo de Útero	3		X	
13	Taxa de Cobertura de Consulta Odontológica Inicial	3		X	
14	Taxa de Int.por Amputação de Membros Inferiores por Diabetes Mellitus	2		X	
15	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus	2		X	
16	Taxa de Internações por Doenças Cerebrovasculares	2		X	
17	Taxa de Internações por Infarto Agudo do Miocárdio	2		X	
18	Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto	2		X	
19	Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Colo de Útero	2		X	
20	Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Mama Feminina	2		X	
21	Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Próstata	2		X	
22	Taxa de Mamografia	3		X	
23	Taxa de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	3		X	
24	Letalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	1			X
25	Taxa de Mortalidade Materna	1			X
26	Taxa de Mortalidade por Causas Mal Definidas	1			X
27	Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus	1			X
28	Taxa de Mortalidade por Doença do Aparelho Circulatório	1			X
29	Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares	1			X
30	Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo Miocárdio	1			X
31	Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Colo de Útero	1			X
32	Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto	1			X
33	Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Mama Feminina	1			X
34	Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Próstata	1			X
	<b>Subtotal</b>	<b>62</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>34</b>

**Figura 3 – Indicadores de Avaliação da Qualidade Econômico-Financeira**

Seg.	Indicadores	Pontos	Indicadores / Fases		
			1	2	3
1	Grau de Endividamento	1	X		
2	Imobilização do Patrimônio Líquido	1	X		
3	Liquidez Corrente	3	X		
4	Liquidez Geral Ajustada	3	X		
5	Rentabilidade	3	X		
6	Índice de Despesa Assistencial	3	X		
7	Índice Combinado	3	X		
8	Índice Combinado Ampliado	3	X		
	<b>Subtotal</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

**Figura 4 – Indicadores de Avaliação da Qualidade de Estrutura e Operação**

Seg.	Indicadores	Pontos	Indicadores / Fases		
			1	2	3
1	Proporção de Beneficiários de Planos Antigos	3	X		
2	Proporção de Permanência de Beneficiário	2	X		
3	Taxa de Variação de Beneficiários	2	X		
4	Taxas de Regularização	3	X		
5	Tempo Relativo de Permanência do Beneficiário	2	X		
6	Índice de Ressarcimento	1		X	
7	Taxa de Internações de Beneficiários na Rede Hospitalar do SUS	2		X	
8	Variação da Rede Hospitalar	3		X	
9	Índice de Adaptação / Migração de Contratos	3			X
10	Taxa de Contratualização da Rede Hospitalar	3			X
	<b>Subtotal</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

**Figura 5 – Indicadores de Avaliação da Satisfação dos Beneficiários**

Seg.	Indicadores	Pontos	Indicadores / Fases		
			1	2	3
1	Índice de Reclamação de Beneficiários - ANS	1	X		
2	Índice de Reclamação de Beneficiários - Outros	3		X	
3	Índice de Reclamações junto aos PROCONS	3		X	
4	Pesquisa Quantitativa	6			X
	<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Figura 6 – Resumo do número de indicadores por dimensão e de pontuação**

Dimensões	Indicadores			Pontuação Máxima *		
	1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
Atenção à Saúde	8	23	34	17	53	62
Econômico-Financeira	8	8	8	20	20	20
Estrutura e Operação	5	8	10	12	18	24
Satisfação do Beneficiário	1	3	4	1	7	13
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>42</b>	<b>56</b>	<b>50</b>	<b>98</b>	<b>119</b>

\* de acordo com a segmentação assistencial de atuação da operadora

A qualificação será dada pela aplicação de um Índice de Desempenho, nos dados do conjunto analisado.

Índice de Desempenho (ID) é um indicador calculado pela razão entre a pontuação obtida (O) e pontuação esperada (E), utilizando a fórmula O/E.

#### Índice de Desempenho – Indicador

Pontuação obtida pela operadora no indicador "A"

Pontuação esperada no indicador "A"

#### Índice de Desempenho – Dimensão

Total de pontos obtidos pela operadora nos indicadores da dimensão "A"

Pontuação esperada para a operadora na dimensão "A"

### Índice de Desempenho – Operadora

A pontuação final da operadora será ponderada na proporção atribuída à dimensão na qualificação da operadora, ou seja, 50% para Atenção à Saúde, 30% para Econômico-Financeiro, 10% para Estrutura e Operação e 10% para Satisfação do Beneficiário.

$$(ID\text{-}Atenção\ à\ Saúde\ x\ 0,5) + (ID\text{-}Econômico\text{-}Financeiro\ x\ 0,3) + \\ + (ID\text{-}Estrutura\ e\ Operação\ x\ 0,1) + (ID\text{-}Satisfação\ do\ Beneficiário\ x\ 0,1)$$

### Índice de Desempenho de um conjunto de Operadoras

O conjunto de operadoras, por indicador, dimensão de qualificação, classificação ou segmentação assistencial, bem como do setor de saúde suplementar será ponderado pelo número de beneficiários.

$$\frac{(ID\text{-}OPS^1 \times n^{\circ}\text{ Beneficiário } OPS^1) + OPS^2 \dots OPS^n}{\text{Total de beneficiários das operadoras no conjunto "A"}}$$

Quando não for informado o número de beneficiários no Sistema de Informação de Beneficiários, será atribuído zero.

O Índice de Desempenho varia entre zero e um. Os valores próximos a um (1) indicam grande eficácia: a atuação da operadora está próxima ao esperado pela ANS, na fase em análise do programa de qualificação da operadora. Valores próximos a zero indicam pouca eficácia: a atuação da operadora está longe do esperado pela ANS, na fase do programa em análise.

## PESQUISA

Na terceira fase de implantação da Qualificação das Operadoras, a ANS irá desenvolver uma pesquisa quantitativa, visando dimensionar a satisfação do beneficiário e outras dimensões da Saúde Suplementar.

## DIVULGAÇÃO DOS DADOS

O resultado do processo de Qualificação da Saúde Suplementar ocorrerá semestralmente e em duas etapas:

1. Na 1ª etapa, o resultado será disponibilizado para a operadora, com chave de acesso individualizada, no qual a operadora poderá conhecer o resultado de sua avaliação. Recomenda-se que as operadoras mantenham sistemático acompanhamento de seus dados junto à ANS, utilizando-se das rotinas já disponíveis.
2. A partir da 2ª etapa, o Índice de Desempenho, que materializa a Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, será disponibilizado no endereço eletrônico da ANS.

A partir da divulgação do segundo período analisado será disponibilizada a variação do índice de desempenho em relação ao período anterior.

## MONITORAMENTO

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas. O monitoramento constitui-se em um instrumento de gestão importante para a tomada de decisão, tendo em vista o planejamento de ações estratégicas; a avaliação de resultados; a cobrança de responsabilidades; a visibilidade das prioridades e aplicação dos recursos. Com o monitoramento, busca-se alcançar o aperfeiçoamento do processo de acompanhamento institucional da ANS, particularmente da Qualificação da Saúde Suplementar, com vistas à sua eficiência, eficácia e efetividade, mediante ciclos contínuos de gestão de planejamento e avaliação, orientados para a produção qualitativa de resultados.

O acompanhamento dos indicadores possibilitará a verificação do desempenho dos componentes, com vistas à divulgação e publicização periódica destes resultados estimulando a melhoria da qualidade e desempenho do setor.

O uso de mecanismos de avaliação e, especialmente, a divulgação de resultados dessa avaliação são imprescindíveis ao aperfeiçoamento de dispositivos e práticas regulatórias.

Para estas ações, a ANS formará um grupo de acompanhamento formado por técnicos de todas as diretorias, coordenado pela Diretoria de Gestão.

Este grupo será o responsável pela análise das informações e pelas propostas de modificações necessárias, além de realizar as articulações e os esclarecimentos necessários para todos os atores envolvidos.

Como ferramentas auxiliares do monitoramento, serão utilizados:

### **Rotinas Automatizadas**

Implementação de rotinas automatizadas de avaliação dos dados enviados utilizando critérios estatísticos e outros sistemas de informações, entre os quais, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), Comunicado de Internações Hospitalares (CIH), Registro de Câncer e outros que forem identificados no monitoramento do processo de qualificação das operadoras.

### **O SISPLAN**

O sistema de informação para o planejamento, monitoramento e avaliação, elaborado pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/SE/MS como um dispositivo para integrar os processos de todas as áreas, autarquias e fundações do Ministério da Saúde. Assim, permite o registro e o acompanhamento das ações relacionadas às iniciativas prioritárias do governo, dos programas e ações indicados pelo Ministério do Planejamento - MP e das ações estratégicas selecionadas pela Secretaria Executiva.

### **O Sistema Normativo**

Destinado à melhoria de processos. A normatização se destina principalmente a definir, por acordo coletivo e levando em conta determinadas categorias de necessidades, os produtos e os métodos próprios para satisfazer tais necessidades (aplicação ao uso), eliminando as complicações e as variedades supérfluas (simplificação), a fim de permitir uma produção e uma utilização racional sobre a base válida no momento.

### **A Sala de Situação**

A sala de situação é aqui proposta como um processo contínuo de articulação de atividades, como estratégia para organização do fluxo de dados e informações produzidas nas diversas áreas da ANS, realizando um processamento que produza uma grade de indicadores significativos e representações gráficas que possibilitem a análise e comparação de dados e divulgação das informações geradas (Boletim de Saúde de Fortaleza, 2000).

Por meio deste *lócus*, pretende-se proceder à institucionalização do monitoramento e avaliação institucionais, integrando-os ao sistema organizacional que deve estar orientado para ação, ligando as atividades analíticas às de gestão, tendo como base privilegiada o planejamento estratégico, a programação e a informação, e utilizando como método o cotejamento dos resultados alcançados mostrados pelos indicadores, a partir de parâmetros pré-definidos e avaliados conforme seu afastamento ou não dos referidos parâmetros.

### **O Observatório**

A formação de uma rede de centros de cooperação descentralizada que atue como linha auxiliar de apoio institucional promovendo uma colaboração técnica ativa pode significar um meio importante e qualificado para a consecução dos objetivos descritos acima, além de aumentar a visibilidade e acessibilidade às informações, análises e proposições formuladas.

Deve-se fazer uso complementar das informações produzidas por pesquisas realizadas, ligando serviços e instituições de ensino e pesquisa em saúde, estabelecendo um intercâmbio colaborativo interno e externo no sentido de potencializar a capacidade analítica e buscando forjar consensos para as propostas de intervenção, referenciada nas diretrizes estratégicas estabelecidas pelo corpo diretivo da ANS, organizando e difundindo os resultados alcançados com este processo.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M.J; ANDER-EGG, Ezequiel. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Tradução: Jaime A Clasen e Lúcia Mathilde E. Orth. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ANDRADE, L.O.M. *SUS passo a passo - normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.
- AROUCA, A.S.S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. 1975. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, SP, 1975.
- BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. *Imaginando e Operando a Gestão da Atenção no Âmbito da Saúde Suplementar: textos de Apoio*. Rio de Janeiro, 2002.
- BERWICK D. M.; GODFREY, A. B; ROESSNER, J. *Curing Health Care, New Strategies for Quality Improvement, a Report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care*, Jossey-Bass, San Francisco, 1991.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 7, n.3, p. 401-423, 2002.
- Boletim de Saúde de Fortaleza. *Sala de Situação*; ano 4, n. 1, jan.-mar., 2000.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados do setor. Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/dados\\_setor/dadosobreoperadoras\\_topico\\_6679.asp?topico=operadoras](http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadosobreoperadoras_topico_6679.asp?topico=operadoras). Acesso em: 06 fev. 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar*. Série ANS 4 - Rio de Janeiro: ANS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 81, de 03 de setembro de 2004. Altera o regimento interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Rio de Janeiro, set. 2004.

BUENO, H.; Costa Lima, J. R. *Sala de Situação de Saúde*. Brasília-DF, Rede Interagencial de Informações para Saúde - RIPSAs; jul. 2002. 1 CD-ROM.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da Reforma: repensando a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CECÍLIO, L.C.O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais: pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. *Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil*. Agência Nacional de Saúde Suplementar /DIPRO/GGTAP. maio 2003. p. 12. Relatório parcial do projeto de pesquisa, produto 3.

COELHO, K.S.C. *Indicadores materno-neonatais na saúde suplementar: uma análise do Sistema de Informações de Produtos*. 2004. 113f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

DENIS & CHAMPAGNE F. Análise da implantação. In: Hartz Z (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v.1.

DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press. 1982.

DONABEDIAN, A. *La investigación sobre la Calidad de la Atención Médica*. Salud Publica de Mexico: Ciudad de Mexico, 1986.

DONABEDIAN, A. *Quality Assurance in Health Care: Consumers Role Quality*. Health Care. 1992.

DONNANGELO, M.C. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas cidades, 1976.

DRUMOND JR., M. Epidemiologia nos Municípios - Muito Além das Normas, Col. Saúde em Debate 152. São Paulo. Ed. Hucitec. 2003. 217 pp.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada: a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. *The Carnegie Foundation, Bulletin n° 4*. 1910.

GOMEZ E GOMEZ, E. Marco Conceitual y Consideraciones Metodologicas Preliminares para Desarrollo de un Protocolo de Invetigacion sobre Evaluacion de La Calidad de la Atencion em um Grupo de Países Americanos.. Washington, DC: OPAS, 1989.

HARTZ, Z. A. Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. HARTZ, Z. M. A. (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 131 pp. Campinas

HARTZ Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.4, n.2, p. 341-354, 1999

IRIART, A.C. *Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

IRIART, A.C. *Relatório parcial do projeto de pesquisa “Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil”*. Agência Nacional de Saúde Suplementar/DIPRO/GGTAP. set. 2003. p.27 Relatório de acompanhamento das discussões parciais sobre a realidade brasileira e mecanismos de regulação vigente no Brasil. Produto 3

JORGE, A.O. *A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

JORGE, A.O. *Análise e Relatório Final contendo os Modelos Assistenciais existentes para os componentes de Autogestão e Seguros-Saúde*. Agência Nacional de Saúde /DIPRO/GEPEQ: p. 27. 2004. Pesquisa Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para a ANS. Produto 6.

KESSNER, E., KALK, C. Y SINGER, J. Assessing Health Quality. The Case for Tracers. *The New England Journal of Medicine*. v.2888, n.1, p.1888-194. 1973.

LEE, R. I., JONES, L. W. *The Fundamentals of Good Medical Care*. Committee on the Costs on Medical Care, nº 22. Chicago: University of Chicago Press. 1933.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo* - Brasília: IPEA, 1993. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br>>: acessado em 04/2004.

MALTA, D.C. *Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996*. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas. 2001.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, MG v. 7, n.1,2, p. 61-66. jan. jun, 2003.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R.(Org). *Agir em Saúde*. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec e Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 387 p.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. *Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde*. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. v. 1. Brasília, 1992.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R., (Org). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113 –150.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate; 145).

OLIVEIRA, L.C.M. de B. As agências reguladoras e a terceirização do governo. *Folha do Estado de São Paulo*. São Paulo. 14.03.03.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, *A saúde no Brasil*. Brasília: OPAS/OMS, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Evaluacion de los Programas de la Salud*. Normas Fundamentales. 1981. (Serie Salud para Todos)

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Salud para todos en ano 2000*. Estrategias. Documento oficial n° 173. 1980.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1995.

PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M. Home care producing subjectivity and possibilities of (re)creation of health work. In: SIMPOSIO BRASILENO DE COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA, 8., 2002, São Paulo. *Anais eletrônicos*. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 18 ago. 2004.

PUTNAM, R. *Comunidade e democracia*. (A experiência da Itália moderna). FGV, Rio de Janeiro, 1996.

RUTSTEIN, D.D.; BERENBERG, W. & CHALMERS, T.C. Measuring the quality of medical care, a clinical method. *New England Journal of Medicine*, v.294, p.582-588. 1976. Disponível em: Sala de Situação <[www.datasus.gov.br/rnis/saladesituacao](http://www.datasus.gov.br/rnis/saladesituacao)>; Acesso em: 04 nov. 2004.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L.; VIANNA, M.L.W. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: TEIXEIRA, A. (Org.). *Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Atenção Médica Suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2002. p. 264. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 76).

THOMPSON, J. W. et al. The NCQA's Quality Compass: Evaluating Managed care in the United States. *Health Affairs*, New York, v.17, n. 1, p.152-158, 1998.

UGÁ, M.A.D. et.al. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: TEIXEIRA, A. (Org.). *Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Atenção Médica Suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 264.

VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1., 2001.

WALKER, G. J. A.; WINT, B. Evaluación de La Calidad de la Atencion Medica en Jamaica. *Fórum Mundial de la Salud*. v.8, p.568-573, 1987.