



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Gomes da Silva, Aluísio; Guimarães de Mello Alves, Marcia; Machado Mascarenhas, Monica Tereza;

Marinho Nascimento Silva, Valeria; de Carvalho, Luís Claudio

Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 5, setembro-outubro, 2008, pp. 1489-1500

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013511>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## **Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade**

Evaluation experiences of the supplementary care sector:  
contributions of integrality

Aluísio Gomes da Silva Junior<sup>1</sup>  
 Marcia Guimarães de Mello Alves<sup>1</sup>  
 Monica Tereza Machado Mascarenhas<sup>1</sup>  
 Valeria Marinho Nascimento Silva<sup>1</sup>  
 Luis Cláudio de Carvalho<sup>1</sup>

**Abstract** This work identifies aspects of comprehensiveness in the proposals for healthcare evaluation of the Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) in Brazil, and of the National Committee Quality Assurance (NCQA) in the U.S.A. The investigation was based on a documental analysis of the proposals found in the websites of both institutions in the second semester of 2006. The data were systemized according to pre-established attributes, building an analytical matrix for evaluating the following three dimensions: management practices and service organization; quality of knowledge and of practices of the health workers; and quality of the control practices of the society. In the Brazilian case there was an emphasis on the first and the third dimensions. The evaluation focalized the operators; the health plans were not evaluated. In the American case there was a balance between the three sets of attributes and the evaluation was focused on the health plans. Both proposals measured the satisfaction of the beneficiaries and made the results of the evaluations available in their websites. In conclusion we emphasize the importance of evaluative concepts and approaches for measuring the integrality of private health plan operators in the Brazilian supplementary health sector.

**Key words** Performance measurement, Quality of health care, Integrality, Health services, Supplementary care

**Resumo** Este trabalho identifica aspectos de integralidade nas propostas de avaliação de assistência à saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Brasil, e do National Committee for Quality Assurance (NCQA), nos Estados Unidos. A metodologia adotada foi a da análise documental das propostas encontradas nos sítios eletrônicos das instituições no segundo semestre de 2006. Os dados foram sistematizados numa matriz analítica com atributos das práticas de gestão e organização de serviços; dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde; e das práticas de controle pela sociedade. Os resultados apresentados destacam, no caso brasileiro, uma ênfase no primeiro e terceiro atributos, com a avaliação centrada nas operadoras – os planos de saúde não foram avaliados. No caso americano, houve um equilíbrio nos três conjuntos de atributos, sendo a avaliação direcionada aos planos de saúde. Ambas as propostas mensuraram a satisfação dos beneficiários e divulgaram os resultados das avaliações em sítios eletrônicos. Em conclusão, destaca-se a importância de conceitos e abordagens avaliativas da integralidade nas operadoras de planos privados de saúde no setor suplementar brasileiro.

**Palavras-chave** Avaliação de desempenho, Qualidade da assistência à saúde, Integralidade, Serviços de saúde, Saúde suplementar

<sup>1</sup> Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, UFF, Rua Marquês do Paraná 303/ 3º andar/Anexo ao HUAP, Centro, 24030-210 Niterói RJ. agsilvaj@uninet.com.br

## Introdução

A integralidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado interessante debate na tentativa de transformá-la em conceito(s) operacional(ais) que sirva(m) à avaliação dos progressos assistenciais do Sistema de Saúde<sup>1-4</sup>.

Os sentidos da integralidade encontrados na literatura internacional apresentam desde atributos como *acesso, capacidade dos profissionais de perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, articulação da equipe multiprofissional nos serviços até oferta de serviços que compreendam desde a promoção da saúde à reabilitação de sequelas e a possibilidade de articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica para resolução dos problemas da população*<sup>4</sup>.

As experiências de avaliação que usam a integralidade como eixo ainda são escassas, porém trazem à tona algumas questões para reflexão. Diferentemente da literatura internacional, o conceito de integralidade no Brasil tem agregado significados e contextos próprios, tais como a luta pela instituição, manutenção e ampliação de direitos sociais recém-adquiridos; as enormes desigualdades socioeconômicas e culturais; a insuficiência das redes assistenciais; os modelos de gestão freqüentemente centralizados e verticais e o descompasso entre as necessidades de atenção dos usuários e os serviços disponíveis<sup>4</sup>.

O Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) tem sido importante ator no debate brasileiro na tentativa de ampliação dos sentidos da integralidade para buscar respostas às singularidades do nosso contexto<sup>5-8</sup>.

### Ampliando os sentidos da integralidade na avaliação

Ao se assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde a ser desenvolvida tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, deve-se ter em mente a necessidade de dois movimentos recíprocos dos sujeitos envolvidos nesses processos organizativos. Um deles é a superação dos obstáculos existentes no âmbito do setor saúde (tais como as políticas econômicas e sociais excludentes; a grande prevalência de sofrimento difuso na população; a insuficiência de recursos financeiros do setor saúde e a cultura institucional normativa e vertical na instituição de políticas públicas na saúde) e para além deste. O outro movimento correspon-

de à implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde<sup>9</sup>.

Essas inovações podem ocorrer nas relações entre os níveis de gestão do SUS ou nas relações destes gestores com a sociedade. Sua construção deve ser gerada a partir de permanentes interações dos sujeitos nos serviços e entre eles, sempre pautadas por valores que busquem a emancipação, tais como: a garantia da autonomia, o exercício da solidariedade e o reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter. Os serviços de saúde constituem espaços públicos onde se encontram “sujeitos coletivos”, produtos de suas intersubjetividades, mas ainda carentes de um agir político, compartilhado e socializado<sup>10</sup>.

Assim, a integralidade deve ser tomada como uma bandeira política, indissociável da universalidade e da eqüidade (outros princípios), e ser materializada, no cotidiano dos serviços de saúde, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade. Estas práticas devem buscar a produção de espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, o desenvolvimento de melhor percepção das necessidades dos usuários e trabalhadores da saúde e a mediação e pactuação das ações articuladas de cuidado nos diferentes níveis de atenção.

O cuidado deve ser, pois, uma ação integral com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito do ser e não como um nível de atenção do sistema ou como um procedimento simplificado<sup>9</sup>. Essa ação integral deverá resultar de uma nova forma de relação das pessoas<sup>11</sup> e os efeitos e repercussões das interações positivas entre os usuários, os profissionais e as instituições, e pode ser traduzida em atitudes como tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado também se traduz na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde<sup>12,13</sup>.

O controle pela sociedade precisa ser construído com mecanismos de participação social, vocalização de atores em assimetrias de poderes e pela capacidade coletiva para avaliar o desempenho das políticas públicas. Uma forma possível de operacionalizar a avaliação do cuidado foi proposta por Silva Junior e Mascarenhas<sup>4</sup> por meio dos conceitos de *acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde*. Acolhimento incluiria as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um tra-

balho de equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos. Vínculo e responsabilização englobariam não só a noção de longitudinalidade, mas a instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população.

A qualidade da atenção à saúde deve pressupor a referência de um modelo idealizado que leve em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas<sup>3</sup>. Esses conceitos operacionais podem instrumentalizar estudos avaliativos por meio de diferentes estratégias, tais como a observação participante, entrevistas com gestores, profissionais e usuários, pesquisa de documentos e prontuários. Condições traçadoras<sup>14</sup> e a “construção” de “linhas de cuidado” ajudam a entender a cadeia produtiva do cuidado e as escolhas tecnológicas a serem feitas. Este conjunto de conceitos e estratégias metodológicas foi utilizado, com sucesso, em experiências de avaliação e revelaram aspectos importantes dos processos de trabalho e da integralidade na assistência<sup>15</sup>.

#### **Noções do sistema público de saúde, ampliadas para setor privado: a universalização da política nacional de saúde**

Ainda que a política nacional de saúde tenha sido proposta com a perspectiva de um sistema de saúde público, universal, não se pode ignorar a expansão do setor suplementar de saúde no Brasil. Este setor abrigava, em junho de 2007, um contingente de 1.679 operadoras de planos privados de saúde responsáveis pelo cuidado à saúde de mais de 46 milhões de vínculos aos planos de saúde (pois um mesmo beneficiário pode possuir mais de um plano), o que representa uma cobertura de 25% da população brasileira<sup>16</sup>. Justifica-se, assim, que da mesma forma que se deve proceder à avaliação dos serviços públicos de saúde, deve-se procurar igualmente avaliar os serviços privados para regulação do Estado e ampliação da política nacional de saúde a todos os cidadãos, independente de sua escolha no tocante aos serviços para cuidado de sua saúde.

Nesse trabalho, pretendemos analisar aspectos da integralidade na atenção à saúde nas propostas de avaliação de assistência à saúde de duas instituições, uma nacional e outra internacional, responsáveis pela avaliação do desempenho de outras instituições que oferecem assistência à saúde no âmbito do setor privado: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador do mercado de planos privados de assistência à saúde, no Brasil, e do *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), organização privada sem fins lucrativos, acreditadora de planos de saúde, nos Estados Unidos.

De forma específica, esses objetivos se traduzem pela: a) descrição das instituições avaliadoras; b) sistematização de suas propostas de avaliação; e c) identificação de aspectos da integralidade nas suas propostas.

#### **Métodos**

Foi efetuada análise documental a partir de informações obtidas nos sítios eletrônicos das duas instituições, realizada no segundo semestre de 2006. Para descrição das instituições, foram destacadas: sua definição, seu tempo de existência e sua missão. Para sistematização das propostas, procurou-se ressaltar aspectos avaliados e mecanismos para obtenção das informações. Por fim, para identificar aspectos da integralidade nas propostas, as informações foram agrupadas segundo atributos pré-definidos numa matriz analítica, conforme referencial teórico explicitado anteriormente. Essa matriz propõe a avaliação da integralidade segundo três dimensões articuladas: a) atributos das práticas de gestão e organização de serviços; b) atributos dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde; e c) atributos das práticas de controle pela sociedade.

A primeira dimensão diz respeito à necessidade de garantir acesso aos diferentes níveis de tecnologia demandados em cada situação para que o atendimento prestado tenha efetiva resolutividade. Nesse sentido, procura-se identificar aspectos que indiquem de que forma as instituições articulam seus serviços (ou se articulam com outros setores) para garantir o acesso da população em qualquer nível de complexidade, de acordo com a necessidade apreendida a partir do indivíduo, por profissionais de saúde com escuta ampliada, integrados com usuários e equipes.

Na segunda dimensão, a integralidade pressupõe o estabelecimento de uma relação menos vertical e mais positiva entre os atores (gestores,

profissionais e usuários) interpretada como um “tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” e que se traduz numa gestão compartilhada do cuidado e dos serviços<sup>9</sup>. Implica uma revisão dos processos de trabalho e na adoção de novas tecnologias, especialmente as leves e leves-duras, segundo Merhy<sup>12</sup>.

E, por fim, a terceira dimensão relaciona-se com a capacidade das políticas governamentais ordenarem os sistemas de saúde. Pressupõe a superação das práticas sanitárias em sentido restrito e a opção pela construção da liberdade individual, da autonomia dos sujeitos e de uma sociedade mais solidária e participativa. Com vistas a esse objetivo, deve-se ter em mente a revisão dos processos de gestão e do planejamento em saúde, bem como a adoção de novas tecnologias de gestão que estimulem e sejam permeáveis à participação da sociedade nas decisões de seu interesse e na avaliação de políticas públicas.

## Resultados e discussão

### Descrição das instituições avaliadoras

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia especial do Ministério da Saúde (MS), criada no ano 2000<sup>17</sup>, com a missão de *promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País*<sup>7</sup>.

Ao propor uma política de qualificação para o setor privado, a partir de 2004, o órgão regulador pretendeu instituir um novo marco no processo de macro-regulação, com o reconhecimento do campo da saúde suplementar como um local de produção da saúde e a indução a uma transformação dos atores envolvidos: “as operadoras de planos em gestoras de saúde; os prestadores de serviço em produtores de cuidado de saúde; os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador”<sup>18,19</sup>, com vistas a também se aprimorar para corresponder à tarefa de regular um setor com o objetivo de produzir saúde.

O *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) – Comitê Nacional para Garantia de Qualidade – é uma organização americana privada, sem fins lucrativos, fundada em 1990, que tem como missão a melhoria da qualidade do cuidado de saúde<sup>20</sup>. Iniciou, em 1991, a atividade de acreditação das *Managed Care Organizations* (MCO) –

organizações que gerenciam a utilização e o financiamento de planos privados de saúde – como resposta à necessidade de informação padronizada e objetiva sobre a qualidade do cuidado<sup>21</sup>.

### Sistematização das propostas de avaliação (ANS e NCQA)

A proposta de avaliação construída consiste em analisar determinados segmentos de assistência oferecidos pelas diferentes modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde, em quatro linhas de cuidado no campo da saúde suplementar: (1) materno-neonatal; (2) grupo das neoplasias nas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT); (3) grupo das doenças cardiovasculares nas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (para segmentos médico-hospitalares com ou sem planos odontológicos); e (4) saúde bucal (para o segmento odontológico, em geral). Segundo a ANS, a escolha dessas linhas de cuidado não foi aleatória, mas baseada no perfil de morbi-mortalidade da população usuária dos planos privados de saúde<sup>18</sup>.

No conjunto de indicadores utilizados para avaliar cada uma dessas linhas de cuidado, encontram-se os do âmbito da prevenção, da morbidade e da mortalidade, preconizados pelo MS e definidos após discussão e validação por especialistas de cada uma das áreas contempladas, de forma a compor “retratos” da atenção integral pela articulação das ações de prevenção (diagnóstico precoce) e sua influência no adoecimento e morte da população. Esse conjunto de indicadores gera índices de desempenho utilizados no monitoramento das operadoras pela ANS<sup>18</sup>.

Os Índices de Desempenho na Saúde Suplementar (IDSS) são obtidos por meio da análise ponderada de quatro dimensões das operadoras: atenção à saúde (50%), econômico-financeira (30%), estrutura e operação (10%) e satisfação do beneficiário (10%). A pontuação das operadoras é obtida em função de metas a serem alcançadas, usando como referência os parâmetros utilizados pelo setor público. O índice é elaborado por indicador, dimensão, conjunto de operadoras por segmentação assistencial (médico-hospitalar e exclusivamente odontológico), classificação e porte, bem como no geral do setor da saúde suplementar.

Além do monitoramento dos indicadores a partir dos sistemas de informação instituídos pela ANS, o órgão utilizou outras estratégias para monitoramento: uma pesquisa quali-quantitativa junto aos usuários, a fim de avaliar o conhe-

cimento sobre a agência e a satisfação dos mesmos com as operadoras e com a ANS, e uma investigação multicêntrica pela rede de centros colaboradores da ANS, de natureza qualitativa, por meio de estudos de casos sobre o processo de trabalho na assistência à saúde e a articulação dos diversos atores, em todas as regiões do país.

A cada etapa de divulgação, são efetuadas discussões sobre o programa com representações de todos os segmentos – operadoras de planos privados de saúde, prestadores de serviços de saúde e beneficiários representados pelos órgãos de defesa do consumidor. O desempenho das organizações é disponibilizado aos atores por meio do portal eletrônico na internet.

O **National Committee for Quality Assurance** (NCQA) produz e divulga informações sobre planos de saúde para subsidiar o consumidor e o empregador em suas escolhas. As informações são geradas a partir de padrões de qualidade e medidas de desempenho também auxiliares aos diversos atores ligados ao sistema de saúde na identificação de oportunidades de melhoria e realização de mudanças para aperfeiçoamento da qualidade do cuidado oferecido ao paciente<sup>21</sup>. O certificado de acreditação do NCQA, obtido de forma voluntária pelas empresas, é reconhecido por mais de trinta estados americanos, pelo Governo Federal e pelo programa **Medicare** e dispensa os planos acreditados de diversas auditórias estaduais e federais<sup>22</sup>.

Quando solicitado para uma acreditação, uma equipe de peritos treinados na área de saúde é designada pelo NCQA para conduzir uma avaliação rigorosa, dentro e fora das MCO, com mais de sessenta padrões e indicadores. Os avaliadores analisam os sistemas e processos e combinam as informações coletadas no local da avaliação com informações dos registros dos planos de saúde e de pesquisas junto aos consumidores<sup>23</sup>. O plano precisa ter bom desempenho em três dimensões distintas<sup>22</sup>: estrutura e processos; clínica e satisfação dos usuários.

As estruturas e processos são medidas por padrões de acreditação do órgão e se subdividem em cinco dimensões: acesso, serviço, provedores qualificados, manutenção da saúde, recuperação da doença.

A clínica é avaliada pelo **Health Plan Employer Data and Information Set** (HEDIS), ferramenta de coleta padronizada de dados, para gerar comparações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços oferecidos pelos planos de saúde<sup>24</sup>.

Por fim, a satisfação dos usuários é avaliada pelo **Consumer Assessment of Health Plan Survey**

(CAHPS), parte do HEDIS, com inúmeros indicadores divididos nas dimensões: efetividade do cuidado, acesso e disponibilidade do cuidado, satisfação com a experiência do cuidado (CAHPS), estabilidade do plano de saúde, uso dos serviços, custo do cuidado, seleção informada sobre opções de tratamento e informações descritivas do plano de saúde.

O resultado da avaliação de um plano é comparado às médias nacionais dos planos de saúde e utilizado para determinar o resultado geral da acreditação. Um comitê nacional avalia esse resultado e atribui ao plano um selo, referente ao nível atingido: excelente, recomendável e acreditado.

O desempenho das organizações é disponibilizado à população através de portais eletrônicos na Internet.

#### **Identificação de aspectos da integralidade nas propostas de avaliação do setor privado de saúde**

No Quadro 1, procuramos sintetizar a observação das duas experiências relatadas com base na matriz analítica utilizada que considera três dimensões operativas da integralidade e, no Quadro 2, enunciamos as fontes de dados usadas pelas duas organizações.

Observa-se, no caso brasileiro, uma ênfase nos atributos das práticas de gestão e organização de serviços e das práticas de controle pela sociedade. A proposta da ANS toma como ponto de partida a política nacional de saúde e procura regular o setor privado com base em informações padronizadas, obtidas num grande número de sistemas de informações desenvolvidos pelo órgão regulador, bem como por meio da articulação destes com os sistemas nacionais de informação, da população brasileira (Quadro 2). O programa enfatiza um conjunto de indicadores baseados em quatro dimensões, com pesos diferentes, sendo que a de maior ponderação corresponde à atenção à saúde (50% do peso). Nesta dimensão, a categoria central é a linha de cuidado para agravos de prevalência, vulnerabilidade e transcendência relevante na população brasileira. Entretanto, a avaliação ainda está centrada nos órgãos regulados, as operadoras de planos de saúde, e não nos provedores de serviços. Os chamados “produtos”, designação formal dos planos de saúde no Brasil, não são avaliados.

Na proposta americana, existe um equilíbrio entre os três conjuntos de atributos das práticas. Nessa experiência, são avaliados os aqui (no Brasil) chamados “produtos”. Ressalta-se que a ava-

liação procura detectar a utilização de estratégias semelhantes nos diferentes momentos do pro-

cesso de adoecimento (prevenção, redução dos danos e reabilitação). Existe um sistema de in-

**Quadro 1.** Avaliação da integralidade nas propostas.

Categorias de análise	ANS	NCQA
Atributos das práticas de gestão e organização de serviços	<p><b>Dimensão da atenção à saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Avaliação e monitoramento de indicadores de prevenção, morbidade e mortalidade utilizando conceito de condições traçadoras</li> <li>. Utilização do conceito de linha de cuidado: doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, doenças cardiovasculares e neoplasias), saúde materno-infantil; saúde bucal</li> <li>. Pesquisa multicêntrica em amostra de operadoras para avaliar processo de trabalho e microrregulação</li> </ul> <p><b>Dimensão Estrutura e operação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Quantidade de beneficiários envolvidos nas operadoras</li> <li>. Tempo de adesão ao plano de saúde</li> <li>. Tempo de realização de determinado procedimento</li> <li>. Rede hospitalar da operadora e sua dinâmica</li> </ul> <p><b>Dimensão econômico-financeira</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Indicadores de liquidez</li> <li>. Indicadores de estrutura de capital</li> <li>. Indicadores de custos</li> <li>. Indicadores de rentabilidade</li> </ul>	<p><b>Estruturas e processos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Acesso</li> <li>. Serviço</li> <li>. Provedores qualificados</li> <li>. Manutenção da saúde</li> <li>. Recuperação da doença</li> </ul> <p><b>Clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS):</b> ferramenta de coleta padronizada de dados, para gerar comparações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços oferecidos pelos planos de saúde.</li> </ul>
Atributos dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde	<p><b>Dimensão da atenção à saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Desenvolvimento de programas de promoção da saúde</li> <li>. Proposta de gerenciamento do cuidado ou gerenciamento de casos (<i>case management</i>)</li> <li>. Indicadores baseados no uso de tecnologias duras e leve-duras do processo de trabalho em saúde</li> <li>. Linhas de cuidado segundo agravos e grupos de risco</li> <li>. Proposta de utilização de diretrizes clínicas pelas operadoras</li> </ul>	<p><b>Clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Utilização de diretrizes clínicas</li> <li>. Políticas de comunicação sobre direitos e deveres do usuário e dos médicos</li> <li>. Promoção da saúde</li> <li>. Prevenção</li> <li>. Programa de melhoria contínua</li> </ul> <p><b>Manutenção da saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Promoção da saúde</li> <li>. Programa de melhoria contínua</li> <li>. Utilização de diretrizes clínicas</li> <li>. Monitoramento da qualidade do cuidado em condições agudas</li> </ul> <p><b>Recuperação da doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Promoção da saúde</li> <li>. Gerenciamento da doença: diabetes, saúde mental, cardiovascular e demais doenças crônicas</li> <li>. Políticas de assistência farmacêutica</li> <li>. Programa de melhoria contínua</li> <li>. Utilização de diretrizes clínicas</li> </ul>

formações articulado que procura dar conta dos vários aspectos considerados no processo de avaliação (Quadro 2).

As duas propostas procuram aferir a satisfação do beneficiário, sendo que a proposta americana mostra-se mais estruturada e abrangente. Ambas procuram divulgar os resultados de suas avaliações em sítios eletrônicos de forma a permitir que os usuários tenham conhecimento das avaliações.

### Refletindo sobre as experiências

Antes de discutirmos as duas experiências, torna-se necessário fazer uma primeira advertência quanto ao cuidado necessário para analisar o Quadro 1: uma mesma dimensão avaliada pelas instituições pode estar relacionada a um mesmo conjunto de atributos de práticas.

No que diz respeito aos atributos das práticas de gestão e organização de serviços, as duas

**Quadro 1.** continuação

Categorias de análise	ANS	NCQA
Atributos de práticas de controle pela sociedade	<b>Dimensão Satisfação do beneficiário</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Índice de reclamações ao órgão regulador</li> <li>. Índice de reclamações aos PROCONs</li> <li>. Índice de processos transitados em julgado</li> </ul> <b>Pesquisa nacional quali-quantitativa</b>	<b>Consumer Assessment of Health Plan Survey (CAHPS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Efetividade do cuidado</li> <li>. Acesso e disponibilidade do cuidado</li> <li>. Satisfação com a experiência do cuidado (CAHPS)</li> <li>. Estabilidade do plano de saúde</li> <li>. Uso dos serviços</li> <li>. Custo do cuidado</li> <li>. Seleção informada sobre opções de tratamento</li> <li>. Informações descritivas do plano de saúde</li> </ul>

**Quadro 2.** Fontes dos dados.

Fontes dos dados	ANS	NCQA
	<b>Sistemas de informação da ANS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sistema de Registro de Produtos (RPS)</li> <li>. Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)</li> <li>. Sistema de Informação de Produtos (SIP)</li> <li>. Sistema Integrado de Fiscalização (SIF)</li> <li>. Informações Periódicas de Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS)</li> <li>. Informações Periódicas das Seguradoras (FIP)</li> <li>. Ressarcimento ao SUS</li> <li>. Cadastro de Operadoras (CADOP)</li> </ul> <b>Sistemas de informação do MS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/SUS)</li> <li>. Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS)</li> </ul> <b>Estudos multicêntricos de casos</b> <b>Pesquisa nacional quali-quantitativa</b>	<b>Interactive Survey System (ISS):</b> ferramenta online de avaliação <a href="http://web.ncqa.org/">http://web.ncqa.org/</a>

experiências procuram caracterizar a rede de serviços em sua estrutura e operação. No contexto brasileiro, com grandes disparidades na alocação de recursos, é necessário verificar a "real" existência de uma rede<sup>25</sup>. Na abordagem do NCQA, é acrescida uma avaliação qualitativa dos recursos existentes (físicos, humanos, equipamentos, capacitação, certificação, entre outras estruturas). Numa perspectiva futura, pode-se investir nessa avaliação mais ampliada no Brasil com uma ótica e conteúdo mais adequado ao ideário do SUS, tanto no sistema privado quanto público. A existência e o uso de sistemas de informação nas experiências revelam uma preocupação com dados cadastrais, econômico-financeiros, de cobertura e de resultados. Pensamos que sistemas de informação com disponibilidade de dados sobre os usuários em qualquer ponto de atendimento da rede ajudem a construir a integralidade. Facilitando o acesso às informações do usuário, evita-se a necessidade de recontar sua história em cada atendimento encaminhado e possibilita-se o diálogo entre os profissionais e equipes envolvidos nos atendimentos. Lembramos que a informatização é importante; porém, não é imprescindível para a circulação de informações na rede de serviços. O uso burocrático da informática pode, inclusive, se tornar uma barreira de acesso à população. Entretanto, a utilização de um grande número de sistemas de informação desarticulados entre si, como ocorre no Brasil, tanto no sistema privado quanto público, implica ineficiência. Na experiência americana, um sistema integrado com grande parte das informações necessárias é um aspecto positivo.

A adoção de mecanismos de controle de acesso pode ser útil para a regulação, ampliação de acesso e incremento de equidade. É importante ter em mente que, no setor suplementar brasileiro, às vezes, esses mecanismos são restritivos ao acesso.

No caso brasileiro, segundo a perspectiva de construção de um sistema, a existência de centrais de regulação dos recursos assistenciais (leitos, vagas em especialidades, exames sofisticados, entre outros) no sistema privado e público pode significar um esforço da gestão em otimizar a utilização e ampliar o acesso pela população beneficiária de planos de saúde e/ou usuária do sistema público de saúde. Dispositivos de gestão colegiada de recursos parecem bons espaços para discussão, negociação e pactuação entre gestores e trabalhadores.

Quanto aos atributos dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde, nas duas

experiências, há uma ênfase em práticas preventivas em qualquer momento do processo de adoecimento (mais amplo na experiência americana) tanto como forma de ampliar o leque de serviços ofertados quanto como diretriz para as ações desenvolvidas.

Nos dois casos, as práticas em geral são orientadas por diretrizes e protocolos clínicos baseados na "melhor evidência científica" cuja observação denota o aspecto racionalizador no sentido da eficácia/eficiência no uso das tecnologias. A existência de programas de capacitação e educação permanente identificada na experiência americana articula-se à idéia do "melhor uso das tecnologias". As tecnologias mencionadas são na sua maioria conhecimentos e práticas articulados voltados para problemas estruturados (doenças), abordando insuficientemente problemas não estruturados ou manifestações de sofrimento inespecífico e singulares dos usuários. Ou seja, não se avalia a capacidade das equipes ou serviços no uso de tecnologias de relação (leves) em nenhum dos dois casos. No caso brasileiro, a realização de estudos multicêntricos pela ANS em todas as regiões do país, numa amostra de operadoras de planos de saúde, procura "aproximar" o olhar de quem avalia, a fim de superar esse obstáculo.

Quando pensamos em recursos tecnológicos, tanto mencionamos os do setor saúde, *stricto sensu*, quanto os de redes sociais de apoio<sup>26,27</sup> ou de outros setores (intersectorialidade).

Por fim, como atributos das práticas de controle pela sociedade, nas duas experiências há uma preocupação de "prestação de contas" à sociedade, no sentido de provê-la de informações para "melhores escolhas" dos planos de saúde.

No caso brasileiro, algumas operadoras de planos de saúde (como as autogestões) já estruturaram conselhos de usuários em seus processos de gestão<sup>28</sup>, mas esse não é um aspecto avaliado pelo órgão regulador. O setor público brasileiro tem avançado mais sobre esse aspecto, em vários níveis de gestão, no âmbito dos Conselhos de Saúde. Furtado<sup>29</sup> já mencionava a importância da avaliação servir ao controle pela sociedade e sugeriu comitês de avaliação formados por avaliadores externos, gestores, profissionais e usuários. Ressaltava que a instauração de processos avaliativos que garantissem a inclusão dos vários grupos de interesses nos programas ou serviços avaliados instituiria uma rede de compromissos e certo controle sobre a efetivação de alterações definidas durante o processo. A geração de informações e a incorporação de outros pon-

tos de vista no processo avaliativo são importantes, mas não suficientes para produzir mudanças nas práticas institucionais. O processo avaliativo deve ser um dispositivo para as negociações entre os vários interesses atuantes e a construção de novos sentidos e significados na atenção à saúde.

A percepção por parte do usuário é um componente importante de processos avaliativos da qualidade do cuidado<sup>4, 15, 30, 31</sup>. Entretanto, a noção de satisfação de usuários é problemática, pois carrega componentes subjetivos, às vezes, contraditórios. Nas experiências da ANS e do NCQA, a satisfação do usuário é avaliada de formas diferentes: como volume de reclamações que geraram autuações e penalidades (no caso brasileiro) ou como opiniões sobre o atendimento recebido em situações agudas e crônicas, entre outras (no caso americano). É importante incluir na experiência de avaliação brasileira a percepção da qualidade da assistência dos usuários (como é feita na experiência americana) e dos trabalhadores na avaliação da integralidade (que não é feita em nenhum dos dois casos).

Possibilitar a vocalização das visões de usuários e trabalhadores de saúde e o diálogo entre elas e a gestão nos parece uma forma de conduzir a integralidade como política no âmbito do setor suplementar de saúde brasileiro.

Deve-se, entretanto, fazer uma outra advertência: tanto em uma experiência analisada quanto na outra, as relações entre usuários, prestadores e operadoras de planos privados são consideradas relações de mercado (menos marcante nas autogestões). Os usuários são percebidos como “consumidores” com direitos assegurados no consumo.

No caso brasileiro, essas relações de consumo do chamado setor suplementar são diferentes das relações estabelecidas no sistema público de saúde, onde estão cidadãos com direitos de cidadania, garantidos pelo Estado. Esta perspectiva reduz a integralidade no setor privado suplementar a um conjunto de serviços discriminados em um contrato e sua garantia é a de cumprimento desse contrato. Antes da regulação do setor no Brasil, existiam contratos com coberturas de serviços diversas, na maioria das vezes parciais, definidas por cálculos atuariais e pelo risco de utilização (a chamada “sinistralidade”), o que limitava os serviços oferecidos à capacidade de pagamento dos usuários. Tal situação gerava e ainda gera, em contratos anteriores à regulamentação, muitos conflitos no momento de maior necessidade dos usuários, que se vêem cercados

no acesso às tecnologias mais onerosas no momento de uma complicação de sua doença.

A regulação introduzida pela Lei nº 9.656/1998 e a criação da ANS em 2000<sup>17</sup> instituíram coberturas mínimas mais amplas, aumentando a proteção aos usuários em seus contratos. A análise pela ANS das práticas assistenciais das operadoras revelou possibilidades de ampliação de cobertura sem onerar substantivamente os usuários.

Tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, a adoção de modelos assistenciais mais cuidadosos e a microrregulação têm mostrado resultados na difícil equação de ampliar cobertura de serviços e controlar custos na assistência. Isto nos leva a crer que a discussão da integralidade no setor privado funciona como um tensionador na expansão do acesso a recursos tecnológicos para a solução de problemas da população, na mesma proporção que ocorre no desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil. Cabe lembrar que o setor, tanto no sistema público quanto no sistema privado, também padece dos problemas gerados pelo modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde como excessiva medicalização, uso irracional de tecnologias, predomínio das tecnologias duras nas relações com os usuários e até mesmo uma desumanização revestida de ambientes mais confortáveis e promessas de melhor atendimento<sup>32</sup>. Como consequência, algumas questões focadas pelas duas propostas avaliadas são frutos de tensões produzidas pela sociedade em suas reclamações sobre os serviços de saúde. No caso brasileiro, vale ressaltar que, mesmo no sistema público, o fato de o acesso ser universal não exclui a necessidade de uma avaliação crítica da utilização dos recursos em qualquer nível do sistema.

## A título de conclusão

Por fim, cabe lembrar que, se pensarmos o processo de mudança de modelo tecnoassistencial pretendido pelo SUS (ANS inclusa)<sup>33,34</sup>, no âmbito público e suplementar, como uma reestruturação produtiva na saúde com transição tecnológica (do predomínio das tecnologias duras ao predomínio das leves)<sup>12,13</sup>, os conceitos e abordagens avaliativas que ajudem a perceber a integralidade atuarão como verificadores da direcionalidade pretendida. Observando as duas experiências à luz das dimensões de práticas de gestão e organização de serviços; conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde; e práticas de controle pela sociedade foi possível destacar

alguns conceitos e noções úteis na avaliação da integralidade de redes de serviços de saúde.

Acolhimento, vínculo-responsabilização, processo de trabalho, qualidade da atenção, coordenação do cuidado, percepção da qualidade da atenção pelos usuários e trabalhadores, estrutura, articulação da rede, intersetorialidade, sistema de informação para o cuidado, eqüidade e mecanismo de controle de acesso, gestão participativa, processo avaliativo como dispositivo de controle pela sociedade possibilitam novos olhares e perspectivas de avaliação dos serviços de saúde, onde a integralidade é vista como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema<sup>6</sup>.

## Colaboradores

AG da Silva Júnior, MGM Alves, MTM Mascarenhas, VMN Silva e LC de Carvalho participaram da concepção, delineamento e redação do artigo, bem como da análise e interpretação dos dados.

## Referências

1. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação. *Saúde em Debate* 2002; 26 (60):37-61.
2. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Supl 1):191-202.
3. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5):1417-1423.
4. Silva Junior AG, Mascarenhas MT. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade de aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2004. p. 241-257.
5. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001.
6. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2003.
7. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2004.
8. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2005.

9. Pinheiro R, Ferla AA, Silva Junior AG. A integralidade na atenção à saúde da população. In: Marins JJJN, Rego S, Lampert JB, Corrêa de Araújo JG, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades* 1ªed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 269-284.
10. Ayres JR. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
11. Ceccim RB. Equipe de Saúde: a perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade* Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2004. p. 259-278.
12. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
13. Merhy EE. 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 EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-150.
14. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los trazadores. In: Organização Pan-americana de Saúde. *Investigaciones sobre servicios de la Salud*. Brasilia: OPAS; 1992. p. 555-63.
15. Mascarenhas MT. *Implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói - RJ. Estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS; 2007. [acessado 2007 Out 18]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoesss.asp>
17. Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. [acessado 2007 Out 18]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id\\_original=8](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8)
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Rio de Janeiro; ANS; 2005.
19. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Texto completo da qualificação da saúde suplementar*. 2005. [acessado 2006 Jun 5]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/\\_qualificacao/pdf/texto\\_base.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf)
20. National Committee for Quality Assurance. *About NCQA*. 2006. [acessado 2006 Jun 10]. Disponível em: <http://web.ncqa.org>
21. National Committee for Quality Assurance. *Overview*. 2006. [acessado 2006 Jun 10]. Disponível em: <http://web.ncqa.org/tabcid/67/Default.aspx>
22. National Committee for Quality Assurance. *Managed Care Organizations' Preferred Provider Organizations Accreditation Programs*. 2006. [acessado 2006 Jun 10]. Disponível em: <http://web.ncqa.org/tabcid/99/Default.aspx>

23. National Committee for Quality Assurance. *NCQA Advertising Guidelines for Accreditation/Certification*. 2006. [acessado 2006 Jun 10]. Disponível em: <http://www.ncqa.org/Marketing/MCO.pdf>
24. National Committee for Quality Assurance. *NCQA Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) & Quality Measurement*. [acessado 2006 Jun 10]. Disponível em: <http://web.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx>
25. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Supl 2):331-336.
26. Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2004. p. 103-17.
27. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2004. p. 91-102.
28. Silva Junior AG, Haddad R, Melin AR. Conselho de usuários em empresa de autogestão em saúde. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde*. São Paulo: ABRASCO; 1999.
29. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6 (1):165-181.
30. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract* 1998; 46:216-25.
31. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
32. Silva Junior AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2003. p. 89-112.
33. Silva Junior AG. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1998.
34. Silva Junior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2005. p. 77-89.