



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E DE SAÚDE

MARCIA MARIA DE LIMA SILVA

**SUFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL E QUALIDADE DE ATENÇÃO DE
PLANO DE SAÚDE**

**NATAL/RN
2012**

MÁRCIA MARIA DE LIMA SILVA

**SUFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL E QUALIDADE DE ATENÇÃO DE
PLANO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro Universitário do Rio
Grande do Norte-UNI-RN, como requisito
final para obtenção do título de MBA em
Gestão Hospitalar e de Saúde.

Orientadora: **Prof^a. Isabel Cristina
Pansiera Marques, M^a.**

**NATAL/RN
2012**

MÁRCIA MARIA DE LIMA SILVA

**SUFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL E QUALIDADE DE ATENÇÃO DE
PLANO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário do Rio Grande do Norte-UNI-
RN, como parte do requisito para
obtenção do título de MBA em Gestão
Hospitalar e de Saúde.

Aprovada em: **17/ 07/ 2012**

Isabel Cristina Pansiera Marques, M^a.

Orientadora

Este trabalho é primeiramente dedicado a Deus, pela sua presença constante na minha vida, sem que eu precise pedir, pelo auxílio nas minhas escolhas e me confortar nas horas difíceis. *“Deus o que seria de mim, sem a fé que tenho em Ti.”*

A minha família e aos meus amigos verdadeiros que estiveram ao meu lado todo o tempo.

Ao meu Pai João Bosco (*in memoriam*), tenho certeza que de onde você estiver, está feliz com mais esta conquista. Você permanecerá eternamente em nossas lembranças e principalmente em nossos corações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela nossa vida, por nos iluminar e nos proporcionar força e sabedoria, que nem sempre me deu tudo que pedi, mas que certamente me deu tudo que precisava.

A toda minha família, principalmente filhos Rafael e Gabriela e esposo José, por sua paciência e compreensão pelas horas que não lhes dediquei atenção durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus pais, irmãos pelo incentivo, carinho e por ter acreditado em mim.

A orientadora, Mestra Isabel Cristina P. Marques, por todas as suas avaliações, orientações, sugestões fundamentais para a conclusão deste estudo.

Aos amigos de turma do MBA em Gestão Hospitalar e Saúde, que caminharam ao meu lado, dando seu apoio e contribuições inestimáveis. A caminhada foi muito mais fácil e divertida, por ter sido compartilhada com vocês.

Aos meus colegas de trabalho pelo auxílio prestado durante o transcorrer do estudo.

Também Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização do trabalho.

Nascer, morrer, renascer ainda e progredir
sempre, tal é a lei.

(Alan Kardec)

RESUMO

Esse estudo possui a finalidade de contribuir com o aprimoramento da gestão da rede credenciada de uma operadora de plano de saúde (OPS). O objetivo é analisar a rede de atenção à saúde hoje instalada de uma Operadora de Plano de Saúde (OPS) e sugerir melhorias na estrutura procedendo com a interligação das redes de assistência para que possam responder com efetividade, eficiência, qualidade, segurança e equidade às condições de saúde da população. A Agência Nacional de Saúde (ANS) possui o papel de regulador entre a demanda dos usuários e a oferta dos prestadores de serviços; sua função é equilibrar as expectativas das partes. A rede credenciada possui um importante papel no que se refere ao seu dimensionamento, distribuição, qualidade e necessidade em estar alinhada com os objetivos da instituição. Uma rede bem dimensionada, regionalizada, hierarquizada é vital para o sucesso de um plano de saúde e, em especial, para que possa oferecer um atendimento digno e com qualidade a seus usuários. É testado um modelo de rede assistencial e feito, posteriormente, uma comparação com a atual rede existente na OPS em estudo possibilitando a discussão e as conclusões obtidas em relação à questão abordada.

Palavras-chave: Rede credenciada. Plano de saúde.

ABSTRACT

This study aims to contribute to the improvement of the management of a network of accredited service provider of a health care organization (HCO). The challenge is to analyze how this network is today and suggests improvements in the structure proceeding with the interconnection of assistance so they can respond with effectiveness, efficiency, quality, safety and fairness to the health of the population.

The National Health Agency (ANS) works as regulator between user demand and supply of service providers, their function is to balance the parties' expectations.

The provider network has an important role with regard to its design, distribution, quality and need to be aligned with the goals of the institution. A well dimensioned network, regionalized, hierarchical, is an important step for the success of a HCO and, in particular, that can offer a decent service and quality to its users. A network model is tested and compared with the current existing network in an HCO, enabling discussion and conclusions regarding the issue addressed.

Keywords: Provider network. Health plan.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Internações e consultas de beneficiários de planos privados de assistência médica (Brasil - 2007-2009).....	22
Tabela 2 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil 2000-2011)	26
Tabela 3 - Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (Brasil – junho 2011).....	34
Tabela 4 - Número de vidas, por localidade do RN, das dez regiões onde há maior concentração de usuários do plano	68
Tabela 5 - Situação da rede de assistencial da OPS em estudo	70
Tabela 6 - Concentração regional: beneficiários x rede assistencial	72
Tabela 7 - Comparativo entre o número de vidas e a rede credenciada da OPS em estudo	73
Tabela 8 - Etapas da modelagem de atenção primária e a situação da OPS..	73

LISTAS DE ABREVIATURAS

AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CADOP	Cadastro de Operadoras
CASSI	Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional Estabelecimento em Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional Pessoa Jurídica
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPF	Cadastro Pessoa Física
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRN	Conselho Regional de Nutrição
CRP	Conselho Regional de Psicologia
INPS	Instituto Nacional Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
OPS	Operadora de Serviços em Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
RPG	Redução Postural Global
SAS	Secretário de Assistência à Saúde
SIB	Sistema Informação de Beneficiário
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da informação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E QUESTÃO DE PESQUISA.....	12
1.2	OBJETIVOS.....	14
1.2.1	Objetivo geral.....	15
1.2.2	Objetivos específicos.....	15
1.3	JUSTIFICATIVA.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	16
2.2	SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	22
2.2.1	Sistema de saúde suplementar privado.....	24
2.2.2	Planos de saúde.....	30
2.2.3	Operadoras de planos de saúde suplementar	31
2.3	NORMAS REGULADORAS DA RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS.....	35
2.4	CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE CREDENCIADA.....	43
2.5	CRITÉRIOS PARA GESTÃO E SUFICIÊNCIA DE REDE	44
2.5.1	Constituição de uma comissão de credenciamento	45
2.5.2	Pré-requisitos para análise de credenciamento.....	45
2.6	MODELAGENS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	47
3	METODOLOGIA.....	49
3.1	TIPOS DE PESQUISA.....	49
3.2	COLETAS DE DADOS.....	52
3.3	PROJETO DE INTERVENÇÃO: DIMENSIONAMENTO DA REDE ASSIS- TENCIAL E UMA OPS VISANDO A QUALIDADE NA ASSISTÊN-CIA AOS USUÁRIOS DO PLANO DE SAÚDE.....	52
3.3.1	Análise de situação das redes de atenção à saúde.....	52
3.3.2	A definição do modelo de atenção à saúde.....	54
3.3.3	A construção dos territórios sanitários e os níveis de atenção à saúde	55
3.3.4	O desenho das redes de atenção à saúde.....	57

3.3.5	A modelagem da atenção primária nas redes de atenção a saúde.....	58
3.3.6	A modelagem dos pontos de atenção a saúde secundárias e terciárias nas redes de atenção à saúde.....	60
3.3.7	A modelagem do sistema de governança das redes de atenção à saúde.....	64
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	75
	REFERÊNCIAS.....	77

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E QUESTÃO DE PESQUISA

O mercado de planos de saúde no Brasil desenvolveu-se em um contexto institucional de baixa regulação, até o fim da década de 1990, a despeito dos incentivos de natureza fiscal, da ausência de barreiras de entrada e saída e de limites para diferenciar produtos. A constituição do marco regulatório pela Lei 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2000, modificaram esse cenário, pela definição de novas regras de proteção aos consumidores e de entrada e da saída no mercado e pela limitação à diferenciação de produtos, dado pela proibição da subsegmentação (COSTA; CASTRO, 2003).

Em dezembro de 2004, a ANS editou a resolução normativa – RN Nº 85 (posteriormente modificada pela RN Nº 100) que estabeleceu as regras administrativas para a autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde no mercado de saúde suplementar, incluindo todos os critérios para a obtenção desta autorização, como o registro da operadora, o registro dos produtos que ela comercializará e o seu plano de negócios. Sendo assim, as operadoras que atuarem no mercado sem a devida autorização de funcionamento estarão sujeitas às penalidades conforme a Lei Nº 9.656/98. Uma operadora que desejar comercializar ou apenas operar planos de saúde deverá seguir as orientações e regras definidas pela ANS.

O debate sobre o tema da regulação na assistência suplementar é ainda muito incipiente no país. A lei 9.656/98 introduziu novas pautas no mercado, tais como, a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS, o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas, a permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro, dentre outras (BRASIL, 2000).

Segundo Bahia (2001), há divergências quando se discute qual é o objeto e a intensidade dessa regulação. Para alguns, a regulamentação visa corrigir/ atenuar

as falhas do mercado com relação à assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços. A regulação deveria então atuar minimizando a seleção de riscos, por parte das empresas de planos, que preferem propiciar cobertura aos riscos "lucrativos" e por parte de clientes, que tendem a adquirir seguros/planos, em razão de já apresentarem alguma manifestação do problema de saúde preexistente.

As ações adotadas pelo governo federal na regulação e regulamentação do setor em vez de fortalecê-lo, provocaram a sua desestruturação, gerando redução de quantidade de usuários do sistema e uma insatisfação geral entre todos os atores. O mercado de saúde necessita de uma regulação entre a demanda dos usuários, as ofertas dos prestadores de serviços de saúde, as expectativas das operadoras e os recursos financeiros disponíveis. O relacionamento entre seguradoras e operadoras de planos privados com prestadores de serviços de saúde, nos últimos anos tem sido pautado por desentendimentos e desconfianças.

As características do sistema de saúde brasileiro, estabelecida pelas mudanças no cenário macroeconômico e social da saúde, certamente se constituem em um plano de fundo, onde operadoras e prestadores de serviços deverão travar, lado a lado e em conjunto, uma grande batalha. É muito provável que se esteja no limiar do enfrentamento dos grandes desafios: encontrar formas de relacionamento que garantam o foco na saúde e não na doença, a qualidade da assistência ditada pela prática da boa medicina, os custos compatíveis, a satisfação dos usuários e a lucratividade necessária ao desenvolvimento e ao crescimento do setor (SILVA, 2003).

Para que ocorra uma mudança neste cenário, é fundamental que sejam feitas alterações estruturais na forma de relacionamento das operadoras de planos de saúde (OPS) com prestadores de serviços médicos e hospitalares. Um acompanhamento eficiente da qualidade e da efetividade dos atendimentos necessita ser instituído. A ANS tem um papel regulador importante, sua função é equilibrar as expectativas das partes, ajustando-as à capacidade econômica dos diferentes grupos de usuários.

A rede credenciada de prestação de serviços de uma OPS privado possui um importante papel no que se refere a seu dimensionamento, distribuição regionalizada, qualidade e a necessidade de estar alinhada com os objetivos da instituição. A análise da rede assistencial apresentada pela operadora no momento do registro de um produto, bem como o monitoramento do seu funcionamento, tem por finalidade garantir a qualidade da atenção e a suficiência da rede ofertada aos beneficiários.

Para fins desta resolução, adotam-se alguns conceitos: redes de atenção à saúde, linha de cuidado, área geográfica de abrangência, área de atuação, rede assistencial da operadora, acessam, acessibilidade aos serviços e evento sentinela. A análise da rede assistencial da operadora realizada pela ANS considera algumas diretrizes e componentes ambulatoriais e hospitalares dos serviços de ações de saúde, respeitando a segmentação prevista para ao produto. A rede assistencial será considerada suficiente quando a relação entre a oferta dos serviços for igual ou maior do que as necessidades estimadas a partir dos parâmetros descritos para cada um dos serviços e procedimentos arrolados como prioritários para análise de suficiência, que considera o direito de escolha do beneficiário; portanto, a oferta de qualquer serviço ou procedimento não poderá ser inferior a dois, desde que comprovada esta disponibilidade..

Como dimensionar e analisar a compatibilidade entre a capacidade operacional da rede assistencial e o número de beneficiários expostos da carteira de um plano de saúde por área de abrangência com o objetivo de garantir a qualidade da atenção e a suficiência da rede ofertada aos beneficiários?

1.2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é contribuir com a melhoria da gestão da rede assistencial de uma operadora de plano de saúde da região.

1.2.1 Objetivo geral

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é o de fazer um projeto de intervenção que possa ser utilizado para verificar o dimensionamento da rede prestadora de serviços médico-hospitalares de um plano de saúde nacional, na área de abrangência do Rio Grande do Norte e contribuir para análise a compatibilidade entre a capacidade operacional da rede assistencial e o número de beneficiários.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Proceder com o levantamento dos dados referente ao Plano de Saúde em estudo, bem como de sua rede credenciada; e número de beneficiários por município.
- ✓ Propor Realizar uma análise entre a abrangência da rede prestadora de serviços médico-hospitalares e o número de beneficiários lotados na região;
- ✓ Verificar a conformidade os dados levantados na pesquisa, referente à rede prestadora, e o que dispõe a Resolução Normativa – RN 268 de 01 de setembro de 2011.

1.3 JUSTIFICATIVA

O trabalho justifica-se pela necessidade da avaliação da suficiência de rede credenciada das OPS para que possam realizar um atendimento com qualidade na assistência. O dimensionamento de uma rede credenciada é um dos fatores que contribuem para o adequado desempenho financeiro da OPS e satisfação dos seus beneficiários. Este estudo possibilita uma confrontação entre o dimensionamento dos prestadores de serviços médicos e hospitalares existentes e a abrangência de atendimento para os beneficiários da carteira do plano de saúde.

Com este trabalho, pretende-se contribuir com indicações dos ajustes necessários na rede assistencial da contribuindo desta forma para nortear possíveis ajustes da operadora. Uma rede bem dimensionada, regionalizada, hierarquizada é um importante passo para o sucesso de um plano de saúde, bem como para garantir a qualidade da assistência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 OS SERVIÇOS DE SAÚDE.

O setor de serviços em saúde é formado por vários outros subsetores, os quais são interdependentes na oferta e na prestação de serviços de assistência à saúde. Esse setor é bastante amplo, tendo em sua constituição empresas com atividades e características pouco homogêneas. Logo, é importante definir o que realmente pode ser entendido como serviços de saúde.

Arrow (1963), em trabalho considerado clássico sobre o assunto, define:

[...] o objeto do estudo da saúde em termos macroeconômicos está relacionado à indústria de cuidados médicos; mais precisamente, refere-se ao complexo de serviços centrados no médico, grupos privados de atenção à saúde, hospitais e saúde pública... Apesar de a definição deixar claro qual o espaço de mercado reservado ao setor saúde “*stricto sensu*”, reabre o debate sobre sua especificidade. Uma das principais características do mercado de serviços de saúde é de que parte dos bens aí produzidos é considerado bens públicos e/ou meritórios (FARIAS; MELAMED, 2003, p. 586).

Baseado em Arrow (1963), os serviços de saúde são aqueles que estão envolvidos no tratamento e na prevenção da saúde. O setor de saúde sempre esteve inserido de maneira interdependente com a pesquisa técnica e científica. Com isso, há a necessidade do uso de capital intensivo, pois o setor precisa de investimentos para a renovação de instalações e equipamentos, substituindo-os por outros de tecnologias mais modernas, porém normalmente mais caras (FARIAS; MELAMED, 2003). A assistência à saúde, associada à indústria farmacêutica e a de equipamentos, tem crescido rapidamente e, dessa forma, disponibilizado novas opções de diagnóstico, tratamentos e terapias, oriundas da altíssima tecnologia empregada pelos agentes do setor. Essa evolução acelerada propicia melhor

qualidade e resolutividade para o paciente; entretanto, ela está gerando problemas de financiamento para a sustentação do setor (MIRANDA, 2003).

O encarecimento da assistência à saúde tem consumido rapidamente as reservas de recursos do setor pelo poder público. A iniciativa privada também apresenta dificuldades em continuar atendendo à necessidade de financiamento para a manutenção e a evolução do setor. Embora apresentando problemas de capacidade de financiamento, verifica-se que é fundamental investir na qualificação do atendimento, para que o processo de prestação de serviços obtenha os resultados desejados pelo setor.

Neste segmento, há características de serviços personalizados, pois o processo de diagnóstico, tratamento e cura, depende muito do contato humano individualizado e com soluções personalizadas para cada caso. Um dos problemas críticos do setor reside no fato de que as pessoas, quando demandam por serviços de saúde assistenciais, normalmente estão frágeis e preocupadas com a sua própria saúde ou de pessoas próximas o que torna o processo de atendimento tenso, podendo levar a desconfiança e até mesmo a conflitos durante o atendimento. Nessa perspectiva, os prestadores precisam estar preparados para conquistar a confiança dos usuários do sistema, transmitindo segurança, confiança, qualidade e preparo para o atendimento. Apenas com a percepção desses atributos é que o usuário terá confiança no ambiente do serviço e, principalmente, nos profissionais de atendimento em saúde (MIRANDA, 2003).

O ambiente social e econômico vivido pelos agentes que compõem o setor tem mudado rapidamente, sendo difícil para que os mesmos mantenham-se sempre atualizados. A evolução da Medicina, da Genética, da Biologia, da Química fina, da mecânica e da tecnologia da informação tem propiciado para o campo de saúde inúmeras inovações e melhorias, entrando no mercado a custos altíssimos, o que encarece o diagnóstico e o tratamento dos pacientes. O encarecimento ocorre devido à necessidade de recuperação do alto investimento em pesquisa e desenvolvimento das empresas que produzem tais inovações. Também é prática comum nos mercados de alta tecnologia, e que exigem uso de capital intensivo, as empresas utilizarem a estratégia de aproveitar rapidamente o potencial de

lucratividade do mercado. Essa estratégia é bastante utilizada porque a tecnologia envelhece rapidamente e há um pequeno espaço de tempo, quando o produtor pode maximizar seu lucro antes que o produto ou serviço seja copiado, fique obsoleto ou precise ser substituído (NICZ, 1998).

É com essas variáveis que os agentes envolvidos no setor deparam-se fazendo com que os prestadores de serviços busquem alternativas para melhorar a administração das necessidades e exigências crescentes dos usuários do sistema. Contudo, as diferenças de interesses dos agentes envolvidos na prestação dos serviços de saúde criam tensões que mantêm a ineficiência do setor. Seria fundamental que cada agente procurasse desenvolver e melhorar sua parte dentro do sistema. Desse modo, os ganhos obtidos com a melhoria da cadeia, poderiam beneficiar todos os agentes envolvidos.

Os agentes estão distribuídos nas quatro funções básicas de um sistema de saúde: regulação, financiamento, administração e prestação dos serviços. Nicz (1998) refere:

[...] Na maioria dos países que historicamente organizaram seu sistema político-econômico conceituando bens de produção como privados – países capitalistas – conceituaram serviços de saúde como bens públicos. Estes serviços foram então organizados em Sistemas de Saúde sob duas formas predominantes. Alguns países, como a Inglaterra e o Canadá, constituíram Sistemas Nacionais de Saúde, em que as funções clássicas de regulamentação, financiamento e administração são públicas, mas a prestação dos serviços é realizada por prestadores públicos e privados. Outros países, como Alemanha, França e a maioria dos países capitalistas da Europa Ocidental e do restante do mundo (incluindo o Brasil), organizaram seus serviços de saúde sob a égide da Seguridade Social, sendo pública a função clássica de regulamentação, e mistas as demais funções de financiamento, administração e prestação dos serviços (NICZ, 1998, p. 97).

O sistema de saúde brasileiro é misto, envolvendo entidades privadas e estatais, com o objetivo de complementação e melhoria dos serviços à população.

As políticas de saúde dependem muito do direcionamento da política governamental, que influencia diretamente todo o setor e é largamente influenciada pelos interesses dos agentes do sistema. Com isso, pode-se atrair ou não a iniciativa privada para investir no setor de saúde. Para Nicz (1998), as políticas governamentais para a saúde e para o consumo dos serviços de saúde são influenciadas principalmente por quatro setores distintos:

- indústrias produtoras de equipamentos médico-hospitalares;
- indústrias produtoras de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares;
- empresas operadoras de planos e seguros de saúde;
- prestadores de serviços, como profissionais da área de saúde (com destaque para o médico), serviços de apoio de diagnóstico e terapêutico, hospitais e clínicas.

Esses setores são os principais responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da cultura de medicalização da saúde. Essa cultura acredita que a vida do homem, desde a sua infância até a sua morte, é passível de ser melhorada pela intervenção da medicina, apoiada em um caro arsenal de equipamentos e de medicamentos, a qual é realizada, sobretudo, nos complexos hospitalares. Ou seja, como dizem muitos médicos: “cultura da doença e não da saúde”. A cultura da doença é um dos principais fatores que explicam o desenvolvimento mais expressivo da medicina assistencial em relação à medicina preventiva. Isso ocorreu em todos os países capitalistas ocidentais, visto que o interesse econômico do sistema sempre foi baseado nos processos curativos, e não de prevenção. Na prática, o sistema remunera a doença e não a saúde.

Esse conceito é ratificado por Iglehart (2003) que diz ser a prescrição de medicamentos um dos maiores responsáveis pelo crescimento dos gastos com saúde no mundo todo. Isso porque existem cada vez mais medicamentos à disposição. Em consonância, também existem cada vez mais pessoas com acesso à prescrição desses medicamentos. Com isso, observa-se que tem crescido o número de medicamentos prescritos por paciente; além disso, também tem aumentado o período de tempo de prescrição do medicamento. Para o autor, essa é uma das principais causas do aumento dos custos em saúde, chamado de inflação da saúde.

A medicalização, segundo Nicz (1998), induz a sociedade a um aumento contínuo do consumo de serviços de saúde, que se tornam cada vez mais caro. A evolução da tecnologia e da medicina não reduz os custos de produção como em outros setores da economia. Ao contrário, a evolução da medicina não substituiu a mão de obra, mas, exige mão de obra mais cara e qualificada para operar com a nova tecnologia. Outro fator a ser considerado é que novas tecnologias na saúde não substituem as já existentes, mas vão se superpondo, criando um novo custo sem substituir o que já existia.

A elevação dos gastos no setor também é explicada pelo aumento do número de pessoas a serem assistidas pelo sistema de saúde e pelo aumento do número de médicos e de procedimentos médico-hospitalares por pessoa assistida. Nesse caso, a oferta acaba gerando uma nova demanda. Por outro lado, a melhoria dos hábitos das pessoas, como a busca de qualidade de vida, também é um fator que contribui para o aumento dos gastos com saúde. Mas, sobretudo, o aumento da expectativa de vida alcançado pela melhoria da Medicina, é a principal causa da elevação dos custos, pois os idosos consomem relativamente mais serviços de saúde do que os mais jovens.

Esses fatores, aliados à subutilização de medidas de promoção de saúde e de prevenção de doenças, constituem a cultura na qual se desenvolve a chamada inflação da saúde. Segundo Seninger (2003), os gastos com saúde estão crescendo descontroladamente ano a ano em todo o mundo. Na economia dos Estados Unidos, os gastos com saúde têm crescido a uma taxa média de 7,5% ao ano. Isso se transformou em motivo de preocupação tanto para os provedores de saúde quanto para os consumidores, que sentem os reflexos dessa conduta a partir da elevação dos preços dos serviços e dos seguros de saúde. Os motivos do aumento dos gastos, citam Bahia *et. al.* (2002), são principalmente atribuídos pela inflação da saúde, mas também tem contribuído o aumento de utilização dos serviços. A inflação da saúde, um problema comum aos sistemas de saúde da maioria dos países, vem obrigando os responsáveis a tomarem medidas que racionalizem os gastos com serviços de saúde. Ou seja, a administração dos custos dos serviços

passou a representar a maior preocupação dos responsáveis pelos sistemas de saúde em todos os países do mundo (NICZ, 1998).

Parmenter (2003) descreve que o aumento do uso, bem como a elevação dos preços, principalmente no setor farmacêutico, têm sido as principais causas do aumento dos custos em saúde. O aumento do uso está ligado à cultura da sociedade, que quer ter uma qualidade de vida melhor. Dessa forma, se os usuários do sistema de saúde continuarem a realizar consultas médicas sem necessidade, os custos continuarão subindo. Para o autor, a lei de Pareto é plenamente validada no setor de serviços de saúde. Analisando-se os planos de saúde suplementar privados, observa-se que 20% dos usuários do sistema são responsáveis por aproximadamente 80% dos custos. Refinando mais a observação, o autor sugere que apenas 5% dos usuários são os responsáveis por aproximadamente 50% dos gastos (PARAMENTER, 2003).

Com isso, é preciso criar formas mais racionais de controlar os custos da saúde. Elas devem estar focadas principalmente no grupo dos maiores gastadores (20%) e, principalmente, no grupo dos usuários que comprometem a maior parte dos recursos financeiros dos planos (5%), estimulando o uso positivo do plano, controlando e reduzindo a utilização desnecessária. Também é importante criar uma cultura de saúde nos usuários, estimulando um estilo de vida mais saudável e criando formas de acompanhamento para o grupo dos grandes gastadores.

O problema de aumento crescente nos custos é prejudicial tanto para o sistema de saúde público quanto para o privado. O setor de saúde público já vem sofrendo dificuldades no financiamento há muito tempo, mas o setor privado tem enfrentado o problema mais recentemente. O setor de saúde privado precisa reverter essa tendência, pois já começa a apresentar dificuldades no financiamento da assistência a seus usuários. Exposto na Tabela 1.

Tabela 1: Internações e consultas de beneficiários de planos privados de assistência médica (Brasil - 2007-2009).

Tipo de evento	2007	2008	2009
Internações	4.447.483	4.819.183	4.786.736
Beneficiários	33.515.991	36.052.380	36.841.365
Taxa de internação de beneficiários (%)	13,3	13,4	13,0
Gasto médio (R\$)	3.219,56	3.480,42	3.844,43
Consultas	192.676.148	211.943.120	223.017.577
Beneficiários	36.664.067	39.352.499	40.509.773
Média de consultas por beneficiário	5,3	5,4	5,5
Gasto médio (R\$)	36,91	40,30	40,26

Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2010 e SIP/ANS/MS - 10/05/2010

A Tabela 1, extraída do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) da ANS, mostra que nos últimos 3 anos houve um crescimento no número de beneficiários sem aumento na taxa de internação por beneficiário, com elevação do gasto médio de internação; por outro lado um aumento no número de consultas por beneficiário com pequeno declínio no gasto médio da consulta de 2008 para 2009.

2.2 SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Para entender o setor de planos de saúde suplementar, deve-se entender a dinâmica da saúde e dos serviços de saúde do país. A saúde pública no Brasil sempre foi bastante precária e muito contestada pela sociedade. Com isso, surgiram oportunidades para que a iniciativa privada constituísse um mercado de saúde

suplementar ao sistema público, que passou a não atender às exigências crescentes do consumidor brasileiro.

Um dos motivos da ineficácia do sistema de saúde pública brasileiro é a má aplicação dos recursos. Por sua vez, o setor privado de provimento de saúde também não tem sido um bom gestor dos recursos alocados ao sistema. Para Duarte (1995), os governos utilizam a desculpa de escassez de verbas para saúde como uma forma de disfarçar a má aplicação desses recursos e a falta de capacidade de gestão do setor. Como o maior problema reside na falta de capacidade para gerir os recursos, é importante que a gestão do sistema de saúde, tanto público quanto privado, evolua, possibilitando a melhoria do sistema, por meio da execução de uma administração mais qualificada. O autor refere que esse problema é decorrente não somente da falta de recursos, mas também da má utilização dos mesmos. Isso pode ser analisado como um problema comum ao setor de serviços, que, por muitos anos, foi regulamentado e quase sem concorrência, pois o financiamento do sistema na maior parte era de responsabilidade do Estado.

A saúde no Brasil, por muitos anos, foi totalmente responsabilidade do setor público. Nas primeiras décadas do século XX, começaram a surgir as primeiras entidades privadas com o objetivo de financiar a assistência à saúde de grupos organizados da sociedade, foram as caixas de assistência. Por muitos anos, o setor não teve grandes alterações. O estudo detém seu foco a partir dos anos 70, quando a dinâmica do setor passa a sofrer algumas alterações mais significativas.

Segundo Rocha e Mello (2000) no início dos anos 70 o governo diminuiu substancialmente o financiamento público da saúde. Por essa razão, houve um incremento no desenvolvimento de estruturas privadas, como alternativas para o financiamento dos serviços de saúde. Com o espaço dado pelo Estado e com a necessidade da população, surgiram empresas de medicina de grupo e também as cooperativas médicas. Essas últimas passam a ofertar para a população os planos de saúde assistenciais privados, uma nova alternativa para o financiamento da saúde de grupos da sociedade. Com isso, o sistema brasileiro passou cada vez mais a ser financiado pelo setor privado. O setor que era financiado quase

exclusivamente pelo Estado até a década de 60, hoje é financiado na maior parte pela iniciativa privada.

Esse segmento cresceu de maneira rápida e desordenada em função da lacuna deixada pelo Estado.

[...] A rede empresarial envolvida com a comercialização e oferta de planos de saúde no Brasil é extremamente complexa. Entre as principais lacunas do conhecimento sobre o mercado de assistência suplementar destaca-se a segmentação de suas clientela, na proliferação de esquemas assistenciais variados quanto aos padrões de financiamento e cobertura dos planos (BAHIA, et al, 2002, p. 673).

Por ser muito complexo, não há estudos suficientes para contribuir com o desenvolvimento técnico e administrativo. Portanto, o estudo do setor de saúde suplementar do Brasil é fundamental para que o mesmo continue contribuindo de maneira cada vez maior e melhor com a saúde de grande parcela da população brasileira.

2.2.1 Sistema de saúde suplementar privado

O setor de saúde suplementar é composto por uma série de empresas que prestam serviços de saúde assistencial a uma parcela da população que tem condições financeiras para contribuir com um sistema de financiamento privado. Essas empresas financiam os atendimentos assistenciais de seus usuários, que são realizados em uma rede de prestadores de serviços. O pagamento desses serviços é realizado de acordo com a cobertura contratada pelo cliente com a empresa. A dinâmica do sistema inicia-se com a contratação de planos ou seguros de saúde, que são ofertados à população por uma série de empresas privadas.

Segundo Montone (2003) os planos de saúde privados tiveram origem no Brasil nas décadas de 40 e 50, com a implantação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). Inicialmente, os serviços de saúde privados surgiram para funcionários do setor público que não eram cobertos pelo

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A relação entre usuário e operadora era bastante simples, os serviços em geral eram próprios, ou o pagamento aos prestadores de serviços era feito pelo usuário e, posteriormente, reembolsado ao mesmo pela operadora. A partir dos anos 60, essas relações começaram a se modificar. Para o autor, os planos de saúde privados surgem impulsionados pelos convênios médicos entre prestadores e grandes empresas. Assim, surgem as primeiras empresas de medicina de grupo, originadas em torno de hospitais.

Como alternativa para a criação de trabalho médico nos consultórios e para a independência dos médicos em relação às empresas de medicina de grupo, surge a Unimed, uma cooperativa de trabalho médico que começa a comercializar planos de saúde e espalha-se rapidamente pelo Brasil. O modelo de cooperativas regionais autônomas, que se organizam em federações, foi decisivo para sua multiplicação por todo o País. As cooperativas Unimed são entidades juridicamente autônomas, operam sob a mesma marca e atuam conjuntamente num sistema integrado (MONTONE, 2003). Nos anos 70, os planos de autogestão de saúde cresceram muito. No final dos anos 70, conforme o Ministério da Saúde e (BRASIL, 2002), já existiam mais de 15 milhões de usuários cobertos por planos de saúde no País. Quando nos anos 80, foram regulamentados os seguros de saúde, as seguradoras importantes aderiram rapidamente a esse novo mercado. A estabilidade do plano real propiciou o crescimento dos planos que surgiram a partir de hospitais. Esses têm características regionais e coberturas limitadas, aproveitando a oferta da capacidade ociosa de seus próprios serviços. Na Tabela 2, são apresentados os beneficiários de planos de saúde.

Até 1998, o sistema vinha crescendo desordenadamente, sem normas claras e leis que regulassem os planos de saúde. Então para organizar e regulamentar o sistema, foi promulgada pelo presidente da república, Fernando Henrique Cardoso, em 1998, a Lei 9.656/98, que passou a regular o setor. Nessa época não havia definições claras, de parte do governo, sobre quais seriam os limites da operação e quais seriam as garantias dos consumidores. A intervenção do Estado é justificada devido a evidências do alto nível de seletividade praticado pelas operadoras. As mesmas criavam meios para bloquear o acesso das pessoas com risco elevado.

Tabela 2: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2011).

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	30.705.334	2.761.608
dez/01	31.132.361	3.234.364
dez/02	31.105.254	3.788.701
dez/03	31.771.197	4.447.374
dez/04	33.673.600	5.456.603
dez/05	35.010.992	6.133.143
dez/06	36.841.907	7.263.372
dez/07	38.573.033	8.805.684
dez/08	40.497.917	10.322.328
dez/09	41.883.025	12.613.465
dez/10	45.584.144	14.477.590
jun/11	46.601.062	15.675.343

Fonte: SIB/ANS/MS - 07/2011

Portanto, isso se constituiu numa falha do mercado que precisaria ser corrigida pelo Estado. Da mesma forma, eram frequentes os conflitos entre operadoras e clientes, discutindo o cumprimento de coberturas e contratos. Esses conflitos também se estendiam entre prestadores de serviços e operadoras, abrindo discussões sobre valores de remuneração. Com tudo isso, os consumidores ficavam à mercê da honestidade das operadoras, que nem sempre eram confiáveis.

Nesse cenário surge a regulação do setor, que é exercida pela ANS, órgão de caráter fiscalizador e regulador, que passa a ser responsável pela implementação e fiscalização das leis e normas dos planos de saúde (SALAZAR et al, 2002; MANTONE, 2003). No Quadro 1 são demonstradas as alterações sofridas pelo mercado de planos de saúde na década de 90.

Quadro 1: Alterações no mercado de planos de saúde na década de 90.

DEMANDAS	ELEGIBILIDADE PADRÃO ASSISTENCIAL FINANCIAMENTO	REORGANIZAÇÃO CRIAÇÃO EMPRESAS DE PLANOS E SEGURO SAUDE
Trabalhadores assalariados do setor privado.	Ampliação da rede credenciada de provedores de serviço.	Entrada das seguradoras no mercado; Consolidação de “empresas com atuação nacional” (como Amil, Golden Cross);
- Trabalhadores autônomos; - Trabalhadores de pequena empresa com altos rendimentos	- Planos individuais; - Atendimento através de redes credenciadas de serviços.	- Criação de empresas (associações, entidades de previdência fechada); - Diversificação da atuação das grandes empresas e da Unimed, inclusive no que tange a aquisição e distribuição de medicamentos (como Farmalife do grupo Amil, e as Unimed’s); - Associação entre empresas de assistência médica suplementar, de distintas naturezas jurídico-institucionais; - Formação de grupos empresariais; - Criação de empresas de medicina de grupo de pequeno porte, e comercialização de planos por hospitais filantrópicos de cidades interioranas.
Funcionários públicos de instituições federais.	- Ampliação da rede credenciada de provedores de serviços; - Adesão aos planos de outras instituições públicas (GEAP); - Contratação de planos de saúde de empresas médicas ou de seguradoras; - Estruturação de planos para absorver funcionários demitidos e dependentes agregados; - Introdução de mecanismos de co-pagamento.	
- Funcionários públicos de instituições estaduais e municipais - Trabalhadores autônomos; - Trabalhadores de pequenas empresas com baixos rendimentos.	- Ampliação da rede credenciada de provedores de serviços; - Contratação de planos de saúde de empresas médicas ou seguradoras. - Planos individuais; - Atendimento através de redes próprias de serviços de empresas médicas regionalizadas.	

Fonte: Adaptado de Montone (2003, p.17).

Após 1999, passa a vigorar a Lei 9.656/98 referente à regulação dos planos de saúde. Com isso, os planos de saúde sofreram grandes mudanças, que obrigaram as operadoras a pôr em prática neles uma larga reestruturação, bem como nas próprias operadoras, para atender às novas exigências legais. De acordo com esta legislação, os contratos dos planos tornam-se mais padronizados. Passa a ser considerada como cobertura obrigatória uma série de procedimentos e de patologias que, anteriormente à lei, dependia de negociação entre operadora e cliente. Isso gerava muitos problemas, pois, quando o usuário necessitava assistência, descobria que não tinha cobertura para muitos procedimentos. Com a regulamentação, são exigidas coberturas mínimas para os planos, que acabaram tornando-se bastante semelhantes (BRASIL, 1998).

Para o consumidor, a lei trouxe benefícios, garantindo uma série de direitos e conferindo maior tranquilidade para o uso do plano, dando garantias para que o contrato não seja cancelado unilateralmente, devido ao alto uso do plano, o que era comum antes da regulamentação (SALAZAR et al, 2002). Contudo, para as operadoras, as novas coberturas obrigatórias resultaram no aumento dos custos de assistência médica. Como a maioria dos novos procedimentos é muito cara, os planos passaram a ter despesas que não haviam sido previstas, pois até então não existia modelo estatístico que pudesse projetar com confiabilidade os custos futuros que seriam gerados por essas novas coberturas. Logo, as operadoras começaram a enfrentar momentos de dificuldades econômicas, e, assim, o setor passou a se organizar e a buscar alternativas para viabilizar o cumprimento dos novos contratos.

Consequentemente, a redução dos custos assistenciais passou a ser o objetivo número um de todo o sistema, que se tornou mais rígido na negociação com os prestadores de serviços, visando reduzir os preços cobrados pelos procedimentos. A melhoria das auditorias e a criação de pacotes de procedimentos negociados previamente com os prestadores também estão contribuindo para a redução dos custos.

No Quadro 2, Montone (2003), relata que as operadoras passam a ter parâmetros rígidos e atuação controlada após a regulação. Depois de vigorar a Lei 9.656/98, o mercado de planos de saúde mudou bastante, provocando uma

reestruturação total nas operadoras. O consumidor também mudou, gerando novas demandas para os planos. O Quadro 2 apresenta também o novo perfil do mercado a partir da regulação estatal.

Quadro 2: Características do setor da saúde suplementar antes e depois da regulamentação.

PARÂMETRO	ANTES DA REGULAMENTAÇÃO	APÓS A REGULAMENTAÇÃO
Operadores (Empresas)	Livre de Atuação Legislação do tipo societário	Atuação Controlada - Autorização de Funcionamento - Regras de Operação Uniformes por exemplo: balanço - Sujeitas a intervenção e liquidação - Exigências de reserva (garantias financeiras)
Assistência à Saúde e Acesso (Produto)	Livre de Atuação - Livre definição da cobertura assistencial - Seleção de Risco - Livre exclusão de usuários (rompimento de contratos) - Livre definição de carências - Livre definição de reajustes	Atuação Controlada - Assistência integral a saúde obrigatório - Proibição da seleção de risco - Proibição da rescisão unilateral dos contratos - Definição e limitação das carências - Reajustes controlados

Fonte: Adaptado de Montone, 2003, p.13.

Com a normalização e fiscalização, as operadoras passam a seguir regras claras e definidas. Como resultado, muitas operadoras sem estrutura não conseguiram manter-se atuando no mercado, que tornou-se muito mais exigente, tanto pelas empresas contratantes, quanto pelos indivíduos usuários do sistema.

Desta forma, os planos de saúde se tornaram mais qualificados e passaram a oferecer coberturas mais adequadas à realidade atual da Medicina. Entretanto, os custos dessas novas coberturas representam um risco econômico para as operadoras.

2.2.2 Planos de saúde

Para a melhor compreensão do estudo, é explicado a seguir o que é e como funciona um plano de saúde. Segundo Kornis e Caetano (2002), plano de saúde é uma espécie de seguro de garantia de atendimento da assistência médico - hospitalar. Ele cobre as despesas resultantes da assistência referente aos eventos que estiverem cobertos, conforme o contratado pelo cliente. Quando a contratação do plano de saúde for feita diretamente pelas pessoas com as operadoras, e o pagamento depender de sua própria renda, o plano é considerado pessoal ou particular. Nesses planos, o valor pago mensalmente tem origem em um cálculo que leva em conta o risco de adoecimento e a utilização do plano para cobertura assistencial. Esse cálculo baseia-se, sobretudo nos dados do custo assistencial, que verifica a sinistralidade do plano. O risco tem uma relação com algumas variáveis, como idade, sexo, condições de morbidade e de doenças preexistentes, entre outras.

Já quando o contratante é uma empresa, que tem como objetivo oferecer um benefício para seus funcionários, o valor a ser pago à operadora tem que ser igual para todos os funcionários e dependentes, respeitando-se as faixas etárias. Nesse caso, o preço a ser pago é gerado a partir de um cálculo que representa uma projeção de sinistralidade, ou seja, uma aproximação do risco coletivo médio que envolve determinada população (KORNIS; CAETANO, 2002; SALAZAR et al, 2002).

O sistema de atendimento apresenta a seguinte dinâmica: a operadora de planos paga diretamente os profissionais e as organizações médico-hospitalares credenciadas por meio de um sistema de contas, para prestarem serviços de assistência aos seus usuários. Em alguns casos, ela também pode reembolsar o valor pago para o usuário. Esse reembolso é feito de acordo com uma tabela estabelecida no contrato, contra a apresentação dos comprovantes das despesas médico-hospitalares. O preço pago ao do plano pelo usuário varia segundo os níveis de cobertura contratados, ou seja, segundo consultas de rotina, exames, internações hospitalares, tratamentos e cirurgias constantes no contrato. As acomodações contratadas e a região geográfica de abrangência também contribuem para as diferenças nos preços (KORNIS; CAETANO, 2002).

O setor de saúde suplementar é composto de um diversificado e, muitas vezes, conflituoso conjunto de interesses de vários outros subsetores (empresas financeiras e não financeiras, governo e famílias). Segundo Kornis e Caetano (2002), os agentes desse setor também pertencem a vários setores institucionais:

- empresas não financeiras que prestam serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapêuticos;
- empresas não financeiras que prestam serviços de venda de planos de saúde;
- empresas financeiras (seguradoras) que prestam serviços de venda de seguros de saúde;
- governo que presta à coletividade serviço de regulação da ação dos planos de saúde e das empresas que atuam na área médica, hospitalar e de serviços diagnóstico-terapêuticos;
- famílias que pagam pelos serviços das empresas de planos e seguros de saúde.

As famílias são as usuárias e únicas beneficiárias dos serviços de assistência médica. Esse cenário demonstra que o setor ainda é bastante conflituoso, no qual os componentes da cadeia de valor ainda não estão conscientes de que os resultados positivos advindos da maior produtividade reverteriam para toda a cadeia. A busca por melhorias do sistema e a redução de custos traria benefícios para todas as partes. Com a redução dos custos, os preços da assistência baixariam, trazendo para o sistema de saúde suplementar um segmento maior da população, diminuindo assim a parcela que necessita da assistência pública; dessa forma, possibilitaria ao governo melhorar o atendimento prestado (MIRANDA, 2003).

2.2.3 Operadoras de planos de saúde suplementar

As empresas operadoras de planos de saúde estão classificadas segundo a RDC 39, de outubro de 2000, emitida pela ANS, e estão distribuídas nos seguintes grupos:

- A. Medicina de grupo: foi a primeira modalidade de saúde assistencial privada a aparecer no país. Apresentou-se, desde os anos 60, como uma modalidade de atenção às necessidades médico-hospitalares constituídas por empresas médicas. Essas empresas, em sua maioria, não dispõem de serviços próprios e, predominantemente, contratam serviços médicos de terceiros; sua estrutura inclui o credenciamento de médicos, de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e de terapêutica (KORNIS; CAETANO, 2002).

Classificam-se na modalidade de medicina de grupo, as empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde. Constituíram-se inicialmente como grupos médicos aliados ao empresariado paulista no final da década de 50 e originaram-se a partir dos departamentos médicos das fábricas, quando estas optaram pela compra de serviços médicos aos seus trabalhadores. Na década de 80, com o fim dos convênios-empresa, estes arranjos assistenciais incluíram na sua área de atuação a classe média, mediante a oferta de planos individuais com uma intensa competição por preços entre estes grupos empresariais. Geralmente possuem rede própria de atendimento, além da rede credenciada contratada para atender os beneficiários. A utilização de serviços pelo contratante e seus beneficiários está vinculada ao pré- pagamento de planos de saúde, que podem ser empresariais ou individuais, e familiares, com diferentes níveis de cobertura e de qualidade de serviço. O contratante paga antecipadamente pelos serviços de assistência médica e tem direito ao atendimento para os eventos previstos no contrato; a cobertura pode dar-se tanto por intermédio de serviços próprios do contratado quanto por meio de uma rede conveniada. Essas empresas médicas são administradoras de planos de saúde de tipo diversificado, para contratantes diferenciados: empresas, indivíduos ou famílias (BAHIA *et. al.*, 2002).

- B. Cooperativas médicas: organizações regidas e administradas de acordo com os princípios e as leis do cooperativismo. Nessas, os médicos (e outros profissionais da área da saúde) cooperados são simultaneamente sócios da cooperativa e prestadores de serviço. A remuneração é feita com base na sobra, ou seja, de acordo com o resultado obtido pela cooperativa no período. Os cooperados recebem pagamento proporcional ao tipo e ao volume do atendimento, acrescido de um valor que procede do rateio do lucro final das

operações do período. Nas cooperativas médicas, a vinculação dos usuários também se faz mediante pré-pagamento de planos individuais, familiares e/ou empresariais. Essas cooperativas, presentes em cerca de 80% do território brasileiro, têm organização predominantemente regional e municipal. Quase a totalidade desse segmento é constituída pelas cooperativas autônomas Unimed, organizadas nacionalmente na Confederação Unimed do Brasil (KORNIS; CAETANO, 2002).

- C. Planos de empresas e autogestão: nessa modalidade assistencial, as empresas tanto podem administrar programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão), quanto podem contratar terceiros para administrá-los (planos de administração). No primeiro caso, não existem intermediários entre o usuário (empregados e dependentes) e o prestador de serviços de saúde; no segundo, as empresas administram programas de assistência diretamente, ou via Caixas e Fundações. Esses planos adotam regimes de credenciamento (convênios) ou de livre escolha (reembolso). A empresa que implanta o sistema de autogestão, ou de planos administrados, estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e as coberturas (KORNIS; CAETANO, 2002).
- D. Seguro saúde: modalidade onde há a intermediação financeira de uma entidade seguradora que, embora não preste diretamente assistência médico-hospitalar, cobre, segundo os termos da apólice do segurado, os custos da assistência. O seguro pode ser feito tanto por pessoa física quanto jurídica (empresas, em favor de pessoas físicas). O financiamento dessa modalidade também se dá por meio de um sistema de pré-pagamento, no qual a contratante paga antecipadamente pelos serviços de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato (KORNIS; CAETANO, 2002). Sociedades com fins lucrativos que comercializam seguros de saúde e que oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas. Os consumidores de seguros de saúde têm definido em contrato (denominado apólice) as condições e os limites de reembolso, cobertura, abrangência geográfica, entre outros, conforme

disposto na Lei nº 10.185/2001. Não possuem rede própria de atendimento, sendo que contam apenas com uma rede referenciada contratada, a qual o segurado pode usar ou não (por isso dita referenciada), conforme sua preferência, já que possui a possibilidade de reembolso de despesas, o que significa mais liberdade no uso dos recursos em saúde.

- E. Outras modalidades: de menor expressão, classificadas de acordo com a ANS como: (i) Cooperativa odontológica: regidas de acordo com as leis cooperativistas. Essas cooperativas podem comercializar somente planos para cobertura odontológica, (ii) Odontologia de grupo: empresas privadas, que operam exclusivamente planos odontológicos, responsáveis pela contratação de prestadores de serviço e pelo pagamento dos mesmos, de acordo com o contratado pelo usuário, (iii) Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e possui certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais. São os planos de saúde administrados por entidades reconhecidas legalmente como filantrópicas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Têm benefícios fiscais, pois são consideradas de utilidade pública. Quanto à operação, são semelhantes à medicina de grupo e, (iv) Administradora: modalidade de autogestão, no entanto administrada por terceiros, ou seja, a empresa contrata uma empresa para intermediar a contratação de serviços de saúde para seus funcionários. A administradora não assume o risco do negócio, que fica com a operadora contratada, ou com a empresa.

O estudo do setor de planos de saúde indica que um dos maiores problemas enfrentados pelas operadoras são os custos crescentes decorrentes do aumento da utilização e do encarecimento da medicina assistencial. Portanto, é importante buscar alternativas que melhorem o desempenho da gestão econômica dos planos de saúde. A necessidade de redução de custos é proeminente. Por isso, é preciso criar controles e indicadores que forneçam informações sobre onde e como estão sendo consumidos os recursos. Assim, espera-se que o setor possa criar uma

cultura voltada para a melhoria contínua de seus processos favorecendo, assim, todos os agentes envolvidos no sistema, sobretudo o consumidor, que sempre é o objetivo final de qualquer cadeia de valor.

Os planos de saúde estão estáveis em relação ao número de usuários atendidos no País. Esse fato pode ser explicado pelo encarecimento dos planos e também pelo reflexo da queda de poder aquisitivo gerado pelo desemprego e pela recessão econômica. A Tabela 3 apresenta o total dos indivíduos cobertos por planos de saúde em todas as modalidades dentro do Brasil. Observa-se que o maior número de usuários está nas empresas de medicina de grupo, seguido pelas cooperativas médicas. Cerca de 62% estão nas empresas de pequeno porte, 20% nas empresas de médio porte e 6% nas empresas de grande porte.

Tabela 3: Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (Brasil – junho 2011).

Modalidade da operadora	Total	Sem Beneficiários	Pequeno Porte (Até 20.000)	Médio Porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (Acima de 100.000)
Total	1.619	209	1.000	310	100
Administradora de benefícios	70	70	0	0	0
Autogestão	237	25	171	32	9
Cooperativa médica	333	5	174	117	37
Cooperativa odontológica	127	6	96	21	4
Filantropia	93	4	66	21	2
Medicina de grupo	441	45	276	92	28
Odontologia de grupo	305	53	216	24	12
Seguradora especializada em saúde	13	1	1	3	8

Fonte: CADOP/-40725 E SIB/ANS/MS – 40725. Inclui as operadoras da modalidade Administradora de benefícios.

2.3 NORMAS REGULADORAS DA RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS

A Lei Federal n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, define que se submetem às suas

disposições as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade. Considera-se: operadoras de planos privados de assistência à saúde toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros. A assistência compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano.

A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. É facultada a substituição do contratado ou credenciado por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência. Na hipótese de a substituição ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

A aceitação por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos de assistência à saúde impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:

- I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
- II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitas de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos

de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

A Lei Federal n. 9961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, também dispõe sobre as relações entre as operadoras privadas e os prestadores de serviços. A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. A ANS (BRASIL, 2000), de acordo com o artigo quarto desta Lei Federal, destaca-se as seguintes competências:

- Estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- Fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- Estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- Monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- Exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- Avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

- Fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- Fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- Articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990;
- Zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A Resolução Normativa n. 42, de 04 de julho de 2003, estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares. A ANS incorporou nesta resolução as diretrizes encaminhadas de uma Câmara Técnica específica de Contratualização e as contribuições da Consulta Pública n. 9, de 14 de março de 2003. A resolução normativa estabelece em seu artigo primeiro que as operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços pelas entidades hospitalares, vinculadas aos planos privados de assistência à saúde que operam, mediante instrumentos formais nos termos e condições estabelecidos por ela. Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

São cláusulas obrigatórias, de acordo com esta resolução, em todo instrumento jurídico as que estabeleçam as condições da prestação de serviços para as operadoras de planos:

I – qualificação específica:

a) registro da operadora na ANS; e

b) registro da entidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS nº 511, de 2000;

II – objeto e natureza do ajuste, bem como descrição de todos os serviços contratados, ou seja:

- a) definição detalhada do objeto;
- b) perfil assistencial e especialidade contratada, serviços contratados, inclusive o Apoio ao Diagnóstico e Terapia;
- c) procedimento para o qual a entidade hospitalar é indicada, quando a prestação do serviço não for integral;
- d) regime de atendimento oferecido pela entidade: hospitalar, ambulatorial, médico-hospitalar e urgência 24h.; e
- e) padrão de acomodação.

III – prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:

- a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;
- b) definição dos valores dos serviços contratados e insumos utilizados; c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;
- d) rotina para habilitação do beneficiário junto à entidade hospitalar; e
- e) atos ou eventos médicos-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;

IV - vigência dos instrumentos jurídicos:

- a) prazo de início e de duração do acordado; e
- b) regras para prorrogação ou renovação;

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação, com vistas ao atendimento do disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, em especial:

- a) o prazo mínimo para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço; e
- b) a identificação por parte da entidade hospitalar dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial;

VI – informação da produção assistencial, com a obrigação da entidade hospitalar disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional,

quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000; e

VII – direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei 9.656, de 1998, e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

- a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da lei acima citada;
- b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;
- c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;
- d) a autorização para divulgação do nome da entidade hospitalar contratada;
- e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e
- f) não discriminação dos pacientes e da vedação de exclusividade na relação contratual.

As operadoras e as entidades hospitalares deverão proceder a revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, de acordo com o artigo terceiro da Resolução Normativa n. 42/03, a fim de adaptá-los a as suas disposições no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência. Entrou em vigor em junho de 2010, na Agência Nacional de Saúde Suplementar, um programa de monitoramento, acompanhamento e avaliação proativa dos contratos firmados entre as operadoras de planos de saúde e a sua rede de prestadores de serviços.

O objetivo é verificar a adequação desses contratos às Resoluções Normativas que dispõem sobre o tema: RN nº 42/03, nº 54/03 e nº 71/04. Estão sendo analisados itens como: critérios de reajuste, contendo forma e periodicidade claramente definidas; valores dos serviços e insumos contratados; rotina de auditoria; prazos e procedimentos para faturamento e pagamento; direitos e obrigações relativos às condições gerais da Lei nº 9.656/98 e às estabelecidas pela ANS. O Programa de Monitoramento da Contratualização irá cobrir todos os estados da federação com a análise dos contratos firmados entre as operadoras médicas e odontológicas com seus hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios. As operadoras que não adequarem seus instrumentos jurídicos ao que dispõem as

normas de contratualização poderão ser multadas, conforme determina o art. 43 da Resolução Normativa nº 124/06.

A ANS entende que o contrato é um instrumento indispensável e traz segurança para operadoras, prestadores e beneficiários. A falta dele deixa os envolvidos à margem da regulação, ficando as operadoras sem condições legais de exigir o cumprimento das obrigações pelos prestadores, e estes sem condições de exigir. Em Junho de 2011 ANS adotou a RN nº 259 que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, alterada em setembro de 2011 pela RN nº 268. No artigo 1º considera-se:

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora de acordo com a Área Geográfica de Abrangência;

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência;

III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento;

IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, podendo ser credenciada ou cooperada;

V - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e

VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2.

O capítulo II Artigos 4, 5 e 6 descrevem da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto.

Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado os prazos fixados no art. 3º.

Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado os prazos fixados no art. 3º.

Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º.

A Diretora Adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Carla Doares afirma que a ASN não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores e sim regular para que haja no mínimo uma alternativa disponível, ou seja, a operadora deverá garantir o atendimento no tempo previsto, mas não exatamente com o profissional de escolha do beneficiário.

2.4 CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE CREDENCIADA

O desafio atual frente às diversas ameaças, a constante monitorização dos riscos, prevendo mudanças e ações adequadas é a tradução da eficiência e eficácia das operadoras de saúde. Gerir recursos oriundos dos beneficiários para pagar as despesas efetuadas na assistência à saúde dos mesmos traduz o funcionamento da lógica de “caixa pagadora”. Esta lógica é um raciocínio econômico-financeiro limitado, ainda muito presente em várias empresas de autogestão, leva à adoção repetida de aumentos nos preços das mensalidades para manter a sustentabilidade no mercado, e, como consequência, o estrangulamento da participação da população idosa no plano, que é o segmento mais caro e com a mensalidade, também, de custo e preços mais elevados, onerosa demais para os aposentados, que apresentam queda na renda total por deixarem de auferir alguns benefícios enquanto ainda empregados.

O foco no cuidado prevê, também, trabalhar a comunicação, canal de suma importância para aproximação entre OPS e beneficiário, levando informações que dialoguem com a “cultura do consumo em saúde” estimulada pela mídia e pelo mercado de saúde. Tal cultura atribui ao consumo de procedimentos médicos,

exames, medicamentos e permite que os “famintos” por novas tecnologias atuem livremente, sem regulação. Essa “busca” para uma melhor qualidade de vida permeia a sensação de insatisfação, uma vez que está construída sob a simples ótica do consumo acrítico, além de inflacionar custos e provocar doenças (SILVA JR, 1998). A mudança no modelo tecno-assistencial é uma alternativa para todo o mercado. Aumenta a sustentabilidade e modifica a relação do plano com seus beneficiários, através, também de sua Rede Credenciada.

Segundo Mesojedovas (2006) ao assumir o risco da contratualização, uma OPS assume a corresponsabilidade e o compromisso de oferecer prestadores de qualidade técnica compatível com uma atenção à saúde de qualidade. Contratar prestadores alinhados com um projeto voltado para o Cuidado à Saúde, que permitirá uma mudança, mesmo que gradual, da forma de remuneração dos serviços, poderá ser um grande passo para a mudança definitiva da atenção à saúde que hoje se encontra individualizada e segmentada na própria ação do profissional, que se acomodou, se moldou ao mercado. A criação de processos de avaliação e monitoramento visa garantir o “cuidado” aos usuários para que se sintam verdadeiramente cuidados, acompanhados e próximos de sua OPS, e fomenta que participem ativamente na construção/manutenção de sua saúde.

A Característica de pagamento “*fee for service*” – que em alguns casos é indispensável – nunca deixará de existir. Porém, outros modelos de pagamento devem ser estudados, como pagamento por patologias, diárias globais (hospitais), pacotes (médicos e hospitais), tentando alcançar o ideal, que é o pagamento por performance, muito adequado quando vinculado à programa de Cuidado com a Saúde com ênfase na formação e fortalecimento de um vínculo de continuidade entre prestador e beneficiário (MESOJEDOVAS, 2006). Na constituição de uma Rede Credenciada, fica clara a importância dos aspectos qualitativo e quantitativo, e a ênfase no processo de negociação.

2.5 CRITÉRIOS PARA GESTÃO E SUFICIÊNCIA DE REDE

A Formatação da Rede Credenciada segundo Mesojedovas (2006) deve atender as demandas da população assistida (os beneficiários). O processo de

credenciamento não é uma ação isolada. É um processo contínuo de avaliação do desempenho técnico-administrativo construído através do relacionamento entre beneficiários, prestadores de serviço e OPS. Construído, ainda, norteado pelas necessidades dos beneficiários, da compatibilidade de novos recursos técnicos e das possibilidades de oferecê-los e do acompanhamento dos custos.

Definir os critérios e condições para a contratação e a manutenção da Rede Credenciada, considerando a qualidade técnica, a especialização do serviço, a área geográfica, o contingente populacional, a oferta do recurso, as instalações físicas e os recursos humanos disponíveis, segue um rol de providências e condições qualitativas, que devem ser observadas minimamente quando da contratualização e/ou manutenção da Rede Credenciada, adequada à realidade específica.

2.5.1 Constituição de uma comissão de credenciamento

A comissão de credenciamento é responsável pela análise técnica e administrativa do candidato e conduzirá as etapas da Gestão da Rede Credenciada: Credenciamento, Manutenção e Descredenciamento. É composta pelos representantes dos departamentos Relacionamento com o Mercado, Auditoria Técnica e Relacionamento com o Beneficiário. O gestor da OPS terá a função de fornecer diretrizes, aprovar e indeferir as decisões da comissão.

2.5.2 Pré-requisitos para análise de credenciamento

Os candidatos que não atenderem aos pré-requisitos mínimos abaixo discriminados, não serão avaliados. Documentação exigida:

a) Pessoa Jurídica Médico-Hospitalar

- Carta de solicitação de credenciamento discriminando as especialidades/serviços, os endereços para os quais está se candidatando e dia e horário de funcionamento, devidamente datada e assinada;
- Cartão de inscrição do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ do Ministério da Fazenda;
- Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES ;

- Imposto Sobre Serviços - ISS - cartão de inscrição e comprovante de pagamento (em caso de entidade uni profissional, apresentar também declaração);
- Inscrição Estadual - cartão de inscrição;
- INSS – Certidão negativa de débito;
- Alvará de funcionamento e localização;
- Termo de licença de funcionamento sanitário;
- Contrato social inicial e última alteração;
- Certificado de responsabilidade técnica emitido pelo CRM;
- Certificado de inscrição de empresas emitido pelo CRM ou outro conselho da classe pertinente;
- Declaração de isenção de IR, emitida pela receita federal, caso a entidade seja isenta;
- Relação do corpo clínico com CRM (ou outro conselho de classe pertinente) e especialidade médica (ou outra), indicando o responsável por cada equipe. Se houver Fisioterapeuta especialista em RPG, anexar título do curso
- *Do responsável técnico:*
 - . *Curriculum vitae*;
 - . Diploma de graduação;
 - . CRM ou outro conselho de classe pertinente e CPF ;
 - . Título de especialização, que pode ser da Associação Médica Brasileira (AMB); ou
 - . conferido pela sociedade médica afim; ou . de livre-docência; ou . mestrado; ou
 - . doutorado;
 - . Certificado de residência desde que reconhecido pelo Ministério da Educação ou demais órgãos competentes);
 - . Relação de filiais e serviços prestados em cada uma delas, se houver;
 - . Documento de identidade do responsável titular (de quem assinará o contrato, caso não seja o responsável técnico) e procuração, somente em caso de não ser o(s) designado(s) no contrato social;
 - . Formulário Cadastral de Pessoa Jurídica Médico-Hospitalar devidamente preenchido.

b) Pessoa Física Médico-Hospitalar

- Carta de solicitação de credenciamento discriminando as especialidades/serviços, os endereços para os quais está se candidatando e dia e horário disponíveis, devidamente datada e assinada;
- Carteira de identidade do conselho regional (CRM, CRP, CREFITO, CRF^a, CRN)
- Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES
- Comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF
- Imposto Sobre Serviços - ISS - cartão de inscrição e comprovante de pagamento
- INSS ou PIS ou PASEP – comprovante de inscrição
- Alvará de localização do(s) consultório(s) (caso o alvará de localização não esteja em nome do profissional, juntar declaração de sublocação ou declaração de cessão de uso);
- Termo de assentimento sanitário
- *Curriculum vitae*
- Diploma de graduação
- Título de especialização, que pode ser:
 - . da Associação Médica Brasileira (AMB); conferido pela sociedade médica afim; de livre-docência; mestrado; ou doutorado;
 - . certificado de residência desde que reconhecido pelo Ministérios da Educação ou demais órgãos competentes); ou
- Em caso de Fisioterapeuta especialista em RPG, anexar título do curso.
- Formulário Cadastral de Pessoa Física devidamente preenchido

2.6 MODELAGENS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A modelagem das redes de atenção à saúde poderia ser abordada de diferentes maneiras. Uma delas, pela proposição de uma normativa dura, a ser seguida em diferentes lugares e por diferentes redes de atenção à saúde. Outra, através de diretrizes gerais que devem ser adaptadas às condições regionais e/ou locais em que as redes de atenção à saúde serão implantadas (MENDES, 2007). Diante das diferentes realidades econômicas, culturais e sanitárias vigentes no Brasil, optou-se pela segunda alternativa, o que significa a proposição de normativa leve, sobre a forma de diretrizes operacionais, a ser adaptado às diferentes realidades do País. Em alguns casos oferecem-se opções metodológicas distintas

que podem ser consideradas na prática social de construção de redes de atenção à saúde.

Através da interação de três elementos fundamentais as redes de atenção à saúde são operacionalizadas:

1. O primeiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é uma população definida, estabelecida, ou não, em territórios sanitários.
2. O segundo elemento constitutivo das redes é o de um *framework* operacional que se compõe de:
 - (i). os pontos de atenção à saúde, uma unidade de produção específica determinada por uma função de produção singular (por exemplo, uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa);
 - (ii). o centro de comunicação das redes que é exercitado pela atenção primária à saúde;
 - (iii). os sistemas de apoio que são transversais a todas as redes de atenção à saúde: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e o sistema de assistência farmacêutica;
 - (iv). os sistemas logísticos como os cartões de identificação dos usuários, os prontuários únicos, os sistemas de regulação da atenção (acesso regulado às urgências e emergências, às internações hospitalares eletivas, a procedimentos ambulatoriais eletivos) e os sistemas de transportes sanitários ;
 - (v). e o sistema de governança das redes de atenção à saúde.
3. O terceiro elemento constitutivo das redes é o sistema lógico de seu funcionamento, expresso por um modelo de atenção à saúde singular.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE PESQUISA

A terceira parte do trabalho apresenta a metodologia utilizada para a descrição do projeto de intervenção, composta do tipo de pesquisa, coleta de dados e do projeto de intervenção em si. Pesquisar significa, de forma bem simples, procurar respostas para indagações propostas. Minayo (1993) vendo por um prisma mais filosófico, considera a pesquisa como atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Demo (1996,) insere a pesquisa como atividade cotidiana considerando-a como uma atitude, um “questionamento sistemático crítico e criativo, mais a intervenção competente na realidade, ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”. Para Gil (1999), a pesquisa tem um caráter pragmático, é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”.

Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo. Existem várias formas de classificar as pesquisas. As formas clássicas de classificação serão apresentadas a seguir:

- ✓ Do ponto de vista da sua natureza, pode ser:
 - Pesquisa Básica: objetiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista. Envolve verdades e interesses universais;

- Pesquisa Aplicada: objetiva gerar conhecimentos para aplicação práticos dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais;
- ✓ Do ponto de vista da forma de abordagem do problema pode ser:
 - Pesquisa Quantitativa: considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão).
 - Pesquisa Qualitativa: considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.
- ✓ Do ponto de vista de seus objetivos (GIL, 1999) pode ser:
 - Pesquisa Exploratória: visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de Caso.
 - Pesquisa Descritiva: visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de Levantamento.
 - Pesquisa Explicativa: visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão, o “por quê” das coisas. Quando realizada

nas ciências naturais, requer o uso do método experimental, e nas ciências sociais requer o uso do método observacional. Assume, em geral, as formas de Pesquisa Experimental e Pesquisa *Expost-facto*.

- ✓ Do ponto de vista dos procedimentos técnicos (GIL, 1999), pode ser:
- Pesquisa Bibliográfica: quando elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet.
- Pesquisa Documental: quando elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico.
- Pesquisa Experimental: quando se determina um objeto de estudo, selecionam-se as variáveis que seriam capazes de influenciá-lo, definem-se as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto.
- Levantamento: quando a pesquisa envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer.
- Estudo de caso: quando envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento.
- Pesquisa *Expost-Facto*: quando o “experimento” se realiza depois dos fatos.
- Pesquisa-Ação: quando concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.
- Pesquisa Participante: quando se desenvolve a partir da interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas.

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, onde ocorre o delineamento e a proposta de intervenção para a análise da rede credenciada de uma OPS. As pesquisas descritivas têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, opiniões, atitudes, crenças. São, juntamente com as pesquisas exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também

as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, partidos políticos (GIL, 1999).

3.2 COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em uma OPS situada em Natal, RN. A operadora possui 96.457 vidas em seu cadastro de usuários e atua na capital do Estado e em algumas cidades do interior. Os dados foram coletados através de uma planilha gerada do banco de dados da operadora em questão. Para tal, foram adotados os seguintes procedimentos: Visita ao setor de Credenciamento Médico para apresentação do projeto e solicitação ao setor de TI dos dados necessários ao estudo.

A OPS utiliza um sistema operacional terceirizado que contém as informações de seus usuários e Prestadores de serviços: cadastros, utilizações, faturamento, etc. A responsável do setor solicitou a TI a geração de uma planilha do banco de dados utilizado com as informações pertinentes para desenvolvimento do projeto.

3.3 PROJETO DE INTERVENÇÃO: DIMENSIONAMENTO DA REDE ASSISTENCIAL E UMA OPS VISANDO A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DO PLANO DE SAÚDE

A modelagem proposta para as redes de atenção à saúde para a operadora em estudo é indicada a seguir.

3.3.1 Análise de situação das redes de atenção à Saúde

A análise de situação das redes de atenção à saúde deve se fazer sobre a população da OPS e sobre as redes de atenção à saúde, construídas como respostas sociais às necessidades de saúde desta população. A análise populacional leva à definição do estado de saúde que é uma medida da extensão na

qual esta população pode funcionar física, mental e socialmente. Este diagnóstico é feito por meio de informações descritivas que coletam dados segundo pessoas, lugares e tempo (FOS; FINE 2005).

As variáveis pessoais medem as características individuais que são importantes para a descrição do estado de saúde e doença e suas tendências. Dados demográficos e socioeconômicos permitem estabelecer *insights* sobre padrões, etiologia e causas das doenças, devem ser descritas são: idade, sexo, raça, estado marital e estado socioeconômico. As variáveis de lugar indicam padrões geográficos que são úteis para compreender o processo de saúde/doença e podem ajudar a distinguir fatores genéticos dos ambientais na causa das doenças. Estas variáveis devem ser construídas segundo os territórios sanitários das redes de atenção à saúde (país, província ou estado, macrorregião, mesorregião, município).

As variáveis de tempo são úteis na definição de tendências das doenças. Normalmente trabalha-se com as variáveis de curto, médio e longo prazo. Além disso, a análise de situação de saúde da população deve utilizar as medidas de morbidade, tais como as taxas de prevalência e as taxas de incidência, e as medidas de mortalidade como as taxas de mortalidade e a carga das doenças. A análise estrutural das redes de atenção à saúde faz-se com base numa proposta de análise dos sistemas integrados de saúde, formulada a partir de uma revisão sistemática clássica da literatura referente ao tema (VÁZQUEZ et al, 2005).

As propriedades chaves para descrever uma rede são: amplitude, profundidade, nível de produção interna e liderança. A amplitude é dada pelo número de diferentes serviços que são ofertados pela rede; a profundidade é dada pelo número de unidades que prestam um mesmo serviço; o nível de produção interna é dado pela relação entre os serviços próprios da rede e os serviços comprados de terceiros; a liderança é examinada na constituição e gestão da rede e nos tipos de propriedade ou relações contratuais que se estabelecem. Os elementos externos das redes de atenção à saúde que condicionam o processo de integração são: o modelo de alocação de recursos, a população e seu território e a presença de outros sistemas de saúde. Com relação aos elementos internos das redes de atenção à saúde destacam-se a governança da rede, a dimensão estratégica, a

estrutura da organização, a cultura organizacional e a liderança. Por fim, a análise de eficiência da rede de atenção à saúde pode fazer-se por meio de produtos intermediários como taxa média de permanência hospitalar ou consumo médio de medicamentos genéricos, ou com produtos finais, relacionando o consumo de insumos frente aos resultados sanitários alcançados.

3.3.2 A definição do modelo de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde devem funcionar de acordo com um sistema lógico singular que é o modelo de atenção à saúde. A escolha do modelo de atenção à saúde é um momento fundamental porque o modelo escolhido vai orientar todos os demais momentos de construção das redes de atenção à saúde.

Há uma variedade de modelos de atenção à saúde na literatura internacional, adotados em diferentes lugares, para dar conta das condições crônicas. Podem ser divididos em modelos amplos de atenção à saúde e em modelos restritos de atenção à saúde o modelo seminal do qual derivam quase todos os outros, é o modelo de atenção às condições crônicas (*Chronic care model*), proposto por Wagner (1998). Este se organiza em seis áreas: a organização do sistema de saúde, o autocuidado orientado, o sistema de prestação de serviços de saúde, o suporte das decisões, o sistema de informações clínicas e os recursos da comunidade. Este modelo tem sido avaliado constantemente (CRETIN; SHORTELL; KEELER, 2004) e há evidências de que este modelo de atenção, quando introduzido, produz efeitos sinérgicos positivos quando os diferentes componentes são combinados; produz maior satisfação dos usuários; produz maior satisfação nas equipes de saúde; produz melhores resultados clínicos; e quando aplicado como parte de um processo de gestão de patologia melhora a qualidade da atenção (SINGH; HAM, 2006).

A OMS (2003) propõe outra variante do modelo de atenção às condições crônicas é o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas, Este modelo é mais amplo porque envolvem os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades. Para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas há oito elementos essenciais: apoiar uma mudança de

paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento no usuário e na família; apoiar os pacientes em suas comunidades; e enfatizar promoção da saúde e a prevenção das doenças. Há evidências de que este modelo, quando adotado, produz impactos positivos em alguns processos e nos resultados sanitários (SINGH; HAM, 2006).

3.3.3 A construção dos territórios sanitários e os níveis de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde podem, ou não, exigir uma base territorial para operarem. As redes de atenção à saúde, ofertadas por sistemas privados e/ou por sistemas públicos organizados com base na competição gerenciada (*managed competition*), em geral, prescindem de uma base territorial; ao contrário, sistemas públicos articulados pela cooperação gerenciada, exigem a definição de espaços-população para desenvolverem-se com eficiência, efetividade e equidade.

De acordo com Mendes (2007) existem pelo menos, duas concepções de territórios sanitários aplicados à construção de redes de atenção à saúde. A primeira toma-os de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e está completo; nesta concepção são exclusivamente os critérios geográficos que definem este território-solo. A segunda, coerente com o conceito de espaço-população, vê o território como um processo em permanente construção, produto da dinâmica social onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Esta última concepção implica que o território sanitário, além de um território geográfico é, ademais, território cultural, social e político. Na dinâmica das redes de atenção à saúde, os territórios são, também, espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e serviços que a rede de atenção à saúde naquele território ofertará. Por outro lado, as redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, devem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de

processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, tendem a ser concentrados (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2000).

Um dos objetivos fundamentais das redes de atenção à saúde é prestar serviços de qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são focalizados nos usuários; são seguros para usuários e profissionais de saúde; são baseados em evidências; são ofertados em tempo oportuno; são prestados em consonância com padrões ótimos pré - definidos; são submetidos a medidas de desempenho nos níveis de estrutura, processos e resultados; faz-se de forma humanizada; são equitativos; e operam com escala adequada (DLUGACZ; RESTIFO; GREENWOOD, 2004). Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhores capacitados a realizar os serviços de saúde (BUNKER; LUFT; ENTHOVEN, 1982).

Os critérios principais para a territorialização sanitária são: proximidade territorial; pertencimento cultural regional; subsidiaridade econômica e social; fluxos assistenciais: devem ser analisados os fluxos assistenciais, especialmente através do estudo de origem e destino das internações hospitalares e dos atendimentos ambulatoriais secundários e terciários; fluxos viários: deve ser feito um estudo dos fluxos viários, especialmente rodoviários, através do uso de mapas com classificação das estradas e dimensionamento das distâncias e tempos relativos, o que leva a um mapa de fluxos que permite identificar o volume de tráfico entre os locais de residência e os pontos de atenção à saúde; e estabelecimento de redes e de seus nós, suas ligações e seus fluxos dominantes e definição de hierarquia da rede, permitindo definir os fluxos hierárquicos e transversais (NYSTUEN; DACEY, 1961).

Um ponto central no desenho dos territórios sanitários é a escala populacional por nível de atenção das redes de atenção à saúde. Para o território local, não há uma escala mínima determinada, já que os serviços de atenção primária à saúde

devem estar localizados na proximidade das pessoas. Ao contrário, para os territórios meso ou microrregionais, onde se ofertarão serviços de atenção secundária, a escala mínima pode estar entre 100 a 150 mil pessoas e para os territórios macrorregionais, onde se concentrarão os serviços de atenção terciária, a escala mínima pode estar em torno de 500 mil pessoas (BENGOA, 2001). Para cada território sanitário, se deve definir seus limites geográficos e sua população e estabelecer a carteira de serviços que será ofertada neste espaço-população.

3.3.4 O desenho das redes de atenção à saúde

Neste momento vão-se desenhar as redes de atenção à saúde ideais que servirão de referencial para a implantação, na prática social, das redes reais. O estado da arte não permite o desenho de uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde. Por isso, devem ser propostas redes temáticas: rede de atenção à mulher e à criança, rede de atenção às doenças cardiovasculares, redes de atenção às doenças oncológicas, rede de atenção às urgências e às emergências etc. A base para o desenho das redes de atenção à saúde está na gestão da clínica que é um conjunto de tecnologias de microgestão sanitária, destinado a prover a atenção à saúde focalizada nos usuários, efetiva, segura, humanizada, eficiente, contínua e coordenada, a fim de assegurar que padrões clínicos ótimos sejam alcançados e que sejam constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínicas (MENDES, 2006).

Para dar sustentação ao processo de desenho das redes de atenção à saúde a diretriz clínica fundamental é a linha-guia referente à área temática em consideração. A linha-guia é uma recomendação sistematicamente desenvolvida com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, realizada de modo a normalizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à saúde, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. A linha-guia, portanto, é mais ampla que o protocolo clínico que se fixa numa parte do processo da condição ou doença e, em geral, num único ponto de atenção à saúde. O desenho das redes de atenção à saúde inicia-se com a

elaboração das linhas-guia que deve ser feita através de um processo que envolve várias etapas. Tendo a linha-guia elaborada, dela saem, naturalmente, os pontos de atenção da rede de atenção à saúde. O desenho da rede temática de atenção à saúde articulará os níveis de atenção e os territórios sanitários (quando couber rede de base territorial), distribuindo, por eles, os pontos de atenção à saúde. É, assim, que se encontram os momentos 3 e 4 do processo de construção das redes de atenção à saúde.

3.3.5 A modelagem da atenção primária nas redes de atenção à saúde

A ideia de redes de atenção à saúde convoca outra interpretação, conceitual e operacional, da atenção primária à saúde como estratégia de organização dos sistemas de saúde, ou seja, com a capacidade de apropriar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades da população. Neste sentido, a atenção primária, deve organizar-se, nas redes de atenção à saúde, de acordo com seis atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação comunitária, a focalização na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 1992).

Além disso, deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função resolutiva, de dar respostas efetivas a, pelo menos, 80% dos problemas mais comuns de saúde; a função de coordenação, de ordenar os fluxos e contra-fluxos dos usuários por todos os níveis da rede de atenção à saúde; e a função de responsabilização, de responsabilizar - se pela saúde da população independentemente do ponto de atenção à saúde em que esteja. O papel coordenador da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde manifesta-se em três planos: funcional, organizacional e educacional (SALTMAN; FIGUERAS, 1997). A integração funcional implica a superação de uma visão estrita dos pacientes doentes por uma abordagem integrada das necessidades de saúde de populações e indivíduos, de suas famílias e da comunidade. A integração organizacional envolve a atenção primária como coordenadora da atenção à saúde em todos os pontos de atenção, a integração do cuidado por equipes multidisciplinares e a integração intersetorial, especialmente com os serviços de assistência social. A integração educacional visa a desenvolver atitudes,

conhecimentos e habilidades nos profissionais de saúde através de educação permanente e mudar comportamentos nos pacientes. Portanto, a modelagem da atenção primária à saúde deve levar em conta esta interpretação ampla, conceitual e operacional, de uma estratégia de ordenação de toda a rede de atenção à saúde.

O trabalho de modelagem da atenção primária à saúde se faz nas seguintes etapas:

- (i). A definição do escopo de serviços primários que devem ser prestados na rede de atenção à saúde; Isso se faz, inicialmente, examinando as linhas-guia construídas e as matrizes de desenho das redes temáticas;
- (ii). A definição da carteira de serviços da atenção primária à saúde: Definido o escopo geral, é necessário detalhá-lo, o que se faz especificando a carteira de serviços da atenção primária à saúde em cada rede temática de atenção à saúde;
- (iii). A elaboração dos protocolos clínicos da carteira de serviços: trata-se, aqui, da elaboração dos protocolos clínicos. Estes, diferentemente das linhas-guia, são diretrizes clínicas mais detalhadas que constituem recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou patologia de um a rede e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado ou reabilitação, onde os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade. Os protocolos clínicos cumprem, nas redes de atenção à saúde, três funções: gerencial, educacional e legal. A função gerencial consiste em reduzir a complexidade do sistema pela via da padronização e em reduzir a variabilidade da oferta de serviços, uma das características inerentes aos sistemas de saúde. A função educacional decorre da utilização das diretrizes clínicas como instrumentos dos processos de educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde para os usuários. A função educacional vem da utilização dos protocolos clínicos pelas Cortes Judiciárias em suas deliberações sobre os contenciosos dos serviços de saúde;
- (iv). A programação da atenção primária à saúde: os protocolos clínicos explicitam, detalhadamente, as atividades a serem realizadas e, por isso, servem de base para a definição da infraestrutura física necessária (prédios, equipamentos) e da planta

de pessoal. Além disso, os protocolos clínicos elaborados devem ser produzidos, em função dos parâmetros que preconizam uma planilha de programação das atividades definidas e, a partir desta planilha, será elaborada uma programação anual para as equipes de atenção primária à saúde. Esta programação envolverá a definição das atividades a realizar, quem as realiza, em que prazo e em que quantidade e qualidade. Os protocolos clínicos constituem, também, a base dos processos de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação em saúde dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde.

3.3.6 A modelagem dos pontos de atenção à saúde secundária e terciária nas redes de atenção à saúde

Neste momento vão ser modelados os pontos de atenção à saúde referente aos níveis secundário e terciário. Esta modelagem envolve a integração horizontal e a diferenciação e expansão destes pontos de atenção à saúde que são movimentos prévios necessários à modelagem final. A modelagem dos pontos de atenção secundários e terciários começa com a integração horizontal destas unidades de saúde. A integração horizontal, juntamente com a integração vertical, é um movimento intrínseco às redes de atenção à saúde, já que a integração dos serviços é um elemento constitutivo destes arranjos dos sistemas de saúde. Este conceito vem do campo da economia, articulado com as cadeias de valores inerentes às cadeias produtivas. A integração horizontal ocorre quando duas ou mais unidades produtivas que produzem os mesmos serviços ou serviços substitutivos, se juntam para se transformarem numa única unidade ou numa aliança interorganizacional.

Os dois fatores motivadores da integração horizontal são busca de economia de escala e ganhos de fatias de mercado (TODD, 1996). Nos sistemas públicos de saúde prevalece o objetivo de ganhar escala e operar com maior eficiência e qualidade, dadas as relações entre escala e qualidade nos serviços de saúde. Existem dois mecanismos básicos de integração horizontal dos serviços de saúde: a fusão e a aliança estratégica. Portanto, a construção dos equipamentos de atenção secundária e terciária das redes de atenção à saúde deve passar por este momento de integração horizontal, seja através de fusões de dos pontos de atenção, seja através da conformação de alianças estratégicas. Este movimento de integração

horizontal tem sido feito em vários países, como nos Estados Unidos, onde, no campo da atenção hospitalar, deu-se uma grande concentração destes serviços (DOWLING, 1997). A integração horizontal é muito importante em países onde a escala dos equipamentos para as atenções, secundária e terciária, são baixas, determinando deseconomia de escala e serviços de baixa qualidade. A integração horizontal é seguida de um movimento de diferenciação e expansão dos pontos de atenção secundários e terciários das redes de atenção à saúde, com o objetivo de prestar a atenção certa, no lugar certo. Neste momento dá-se uma aparente contradição no processo de construção das redes de atenção à saúde, porque se aumentam e se diversificam os pontos de atenção à saúde, o que poderia apontar no sentido de uma maior fragmentação do sistema, exatamente o que se quer superar com a integração em redes.

A modelagem dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde. O *framework* operacional das redes de atenção à saúde tem, como componentes transversais destas redes, dois sistemas de apoio: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e o sistema de assistência farmacêutica. Neste momento vão ser modelados estes dois sistemas de apoio. O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de patologia clínica e de imagem e o de apoio para as decisões terapêuticas. O sistema de assistência farmacêutica engloba os ciclos logísticos de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e as ações assistenciais como elaboração do memento terapêutico, dispensação, seguimento terapêutico, atendimento farmacêutico, facilitação da adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e fármaco-vigilância. A modelagem dos sistemas de apoio pode ser realizada, obedecendo-se aos seguintes passos:

- i. A integração horizontal do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico;
- ii. A definição da carteira dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e da assistência farmacêutica
- iii. A elaboração dos protocolos clínicos das carteiras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica
- iv. A programação dos sistemas de apoio.

Young e McCarthy (1999) descrevem a integração de laboratórios de patologia clínica no *Legacy Health System*, em Portland, nos Estados Unidos. Ali, um conjunto desarticulado de vários laboratórios, dispersos por vários hospitais e sem comunicação entre si, foram integrados como apoio às redes de atenção à saúde. Em Curitiba, capital do estado do Paraná, no Brasil, vários laboratórios de patologia clínica foram substituídos por uma única central de processamento, o que permitiu aumentar a escala de exames, automatizar os procedimentos, operá-los *online* e implantar sistemas de controle de qualidade interno e externo. Outro movimento importante foi descentralizar a coleta de exames para todas as unidades de saúde do sistema municipal. Para unir as duas pontas deste sistema, coleta descentralizada e processamento centralizado, introduziu-se um sistema logístico que recolhe as amostras nas unidades de saúde e as leva, prontamente, à central de processamento. Este sistema foi terceirizado para a Empresa Brasileira de Correios e funciona com muita eficiência. Os resultados do sistema de apoio diagnóstico de Curitiba são exames de menores custos, de maior qualidade e realizados em tempo oportuno (SANTOS *et al*, 1998).

A integração vertical dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde. O *framework* operacional das redes de atenção à saúde apresenta, como componentes transversais destas redes, os sistemas logísticos. Os sistemas logísticos, nas redes de atenção à saúde, estão ligados ao conceito de integração vertical. A integração vertical - conceito também advindo das cadeias produtivas da economia - refere-se à combinação, numa mesma organização ou numa aliança interorganizacional, de diferentes unidades produtivas que eram previamente autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra (DOWLING, 1997). Os fatores motivadores da integração vertical são a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, a obtenção de menores custos de transação no sistema e o aumento a produtividade pela otimização de recursos comuns. Ligado à integração vertical está o conceito de cadeia de valor que representa a sequência de processos de produção inter-relacionados, dos mais básicos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de serviços, até a distribuição dos serviços ao consumidor final. Os sistemas logísticos organizam os fluxos e contra -fluxos das pessoas e das coisas nas redes de atenção

à saúde através de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação eficazes.

Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são: o cartão dos usuários, o prontuário eletrônico único, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transportes sanitários. Um segundo sistema logístico fundamental é constituído por prontuários eletrônicos únicos. Os prontuários eletrônicos melhoram a divisão de trabalho entre diferentes prestadores, reduzem a duplicação, melhoram o diagnóstico e o plano de tratamento (WHO, 2001). Os elementos fundamentais de um prontuário eletrônico único são: o seu escopo, definido pela identificação do usuário, pela anamnese, pelo exame físico, pelos exames complementares, pelo diagnóstico ou hipótese diagnóstica, pelo plano de cuidados, pelas intervenções promocionais, preventivas e curativas realizadas, pelas receitas eletrônicas e pelo registro da evolução clínica; a integração comunicacional de todos os pontos de atenção à saúde das redes e, deles, com os recursos comunitários; o empoderamento dos usuários para as ações de autocuidado; a viabilização de uma atenção à saúde mais segura, reduzindo os erros médicos e as reações adversas de medicamentos; a maior eficiência da atenção à saúde pela redução da duplicação de procedimentos em vários pontos de atenção à saúde; o manejo mais efetivo de portadores de condições crônicas persistentes; a incorporação dos requisitos de auditabilidade e segurança; a incorporação do requisito de padronização, ou seja, que os dados possam ser codificados, classificados e analisados; a incorporação de instrumentos de apoio às decisões clínicas como algoritmos decisórios provindos de diretrizes clínicas baseadas em evidências, formulários terapêuticos, lembretes e alertas para os profissionais de saúde; o módulo gerencial composto por controle de estoque, compras, faturamento e controle patrimonial; a formatação de relatórios clínicos e gerenciais a serem periodicamente emitidos; e em redes de atenção à saúde territorializadas, o geoprocessamento dos dados.

Outro sistema logístico fundamental nas redes de atenção à saúde são os sistemas de acesso regulado aos serviços de saúde e constituem-se de estruturas operacionais que mediam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas

definidas em protocolos de atenção à saúde. Os sistemas de acesso regulado têm os seguintes objetivos: organizar a demanda de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar a demanda com foco no usuário; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; programar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados.

Outro sistema das redes de atenção à saúde é o sistema de transporte sanitário. O objetivo deste sistema é organizar os fluxos de pessoas em busca da atenção à saúde e estruturar o transporte de amostras de exames complementares. O transporte sanitário de pessoas destina - se aos usuários com incapacidade física ou econômica de deslocarem-se por meios ordinários de transporte e está restrito aos deslocamentos por causas exclusivamente clínicas. Este transporte pode ser primário e secundário. O transporte sanitário primário faz-se da residência ou do local de adoecimento ou lesão até uma unidade de saúde; o transporte secundário faz-se entre duas unidades de saúde distintas. O transporte sanitário de pessoas pode ser dividido em transporte de urgência e emergência e transporte eletivo.

3.3.7 A modelagem do sistema de governança das redes de atenção à saúde

A modelagem do sistema de governança das redes de atenção à saúde faz-se por meio da modelagem institucional, da modelagem do sistema gerencial e da modelagem do sistema de financiamento. A modelagem institucional pode fazer-se de várias formas, desde um contínuo que vai da integração vertical de diferentes organizações conformando um único ente gestor até uma estrutura virtual instituída por alianças estratégicas entre diferentes organizações que se associam para gerir as redes de atenção à saúde. Ainda que não exista evidência empírica sobre que modelo permite alcançar um maior grau de integração das redes de atenção à saúde, são propostos três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema (VÁZQUEZ *et. al.*, 2005): a responsabilidade de governança de toda a rede, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; a responsabilidade

com a população adstrita à rede de atenção à saúde; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a rede de atenção à saúde para assegurar a consistência na visão e nos objetivos estratégicos.

Qualquer que seja a forma adotada há que se elaborar o desenho organizacional das redes de atenção à saúde, o que pode ser feito de diferentes modos. Lega (2007) propõe três diferentes desenhos. O desenho P, onde P significa produtos e se refere a estruturas e responsabilidades centradas em dois tipos de produtos: patologias como diabetes, câncer e clientes, como mulheres, idosos e portadores de distúrbios mentais etc. Este desenho P busca uma integração multiprofissional em diferentes pontos de atenção à saúde. O desenho G, onde G significa área geográfica, busca uma integração com base em uma população num determinado espaço geográfico (áreas, distritos), ou seja, em territórios sanitários. Final mente, o desenho matricial envolve uma estrutura com um sistema de autoridade dual em que se combinam os produtos e as áreas geográficas. A governança da rede de atenção à saúde deve atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes como o sistema de acreditação, o planejamento estratégico, os contratos de gestão e o sistema de avaliação.

O planejamento estratégico das redes de atenção à saúde pode ser realizado num processo que envolve a formulação estratégica, a definição dos projetos estratégicos e o plano operativo anual. A formulação estratégica levará à construção dos projetos estratégicos de médio e longo prazo que implicam os objetivos por áreas de desenvolvimento estratégico, as medidas estratégicas que se vão adotar e os recursos que serão investidos. Estes projetos estratégicos, assim como os planos operativos dele derivados, podem ser feitos estabelecendo ações e objetivos para estrutura, processos e resultados, segundo o clássico modelo de Donabedian (2003), por meio de um modelo lógico representado por uma hierarquia dos componentes de um programa. Estes componentes, organizados numa cadeia, são: insumos, atividades, produtos e resultados, onde os insumos levam às atividades que levam aos produtos que podem levar aos resultados. A análise de consistência deste plano pode ser feita adotando-se a metodologia do marco lógico. É desejável que a abertura programática do plano se faça pelas redes temáticas de atenção à saúde, consideradas prioritárias no projeto estratégico.

O sistema de planejamento estratégico exigirá, para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre o ente gestor das redes de atenção à saúde e os diferentes prestadores de serviços de saúde envolvidos nestas redes. Se o ente gestor integrar verticalmente todos os serviços e colocá-los sob sua propriedade, ele se relacionará com estes prestadores próprios através de contratos internos; se os prestadores forem externos ao ente gestor, a relação far-se-á através de contratos externos. Portanto, uma capacidade institucional fundamental do ente de governança das redes de atenção à saúde é de exercitar a função de compra de serviços de saúde por meio do gerenciamento de contratos. As redes de atenção à saúde são sistemas complexos compostos por diferentes atores sociais em situação, onde a cooperação entre eles não é automática. Por isso, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam, segundo a teoria dos jogos, gerar um excedente cooperativo (COOTER; ULEN, 1988). Quando aplicados nas instituições públicas, a relação contratual permite superar a lógica hierárquica de comando e controle e instituir uma relação dialógica e horizontal entre contratantes e contratados que se apresentam, nesta relação, como parceiros. A lógica contratual é, portanto, da cooperação e não da competição.

Os contratos devem conter uma série de cláusulas essenciais que envolvem a definição quantitativa e qualitativa dos produtos, a escolha e a organização dos recursos, a coordenação no tempo e no espaço, o sistema de garantias, o sistema de monitoramento, o sistema de pagamento e o sistema de incentivos (BROUSSEAU, 1993). Um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança das redes de atenção à saúde para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção é o sistema de incentivos financeiros aos prestadores, aos serviços e aos profissionais. Somente se logrará enfrentar os problemas sanitários no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - a essência das redes de atenção à saúde -, se alinharem os incentivos econômicos com os objetivos destas redes. De nada adiantará fazer um discurso sobre a importância das medidas de promoção da saúde e da prevenção das doenças, se os incentivos econômicos estão dirigidos a remunerar os serviços por procedimentos, segundo suas respectivas densidades tecnológicas.

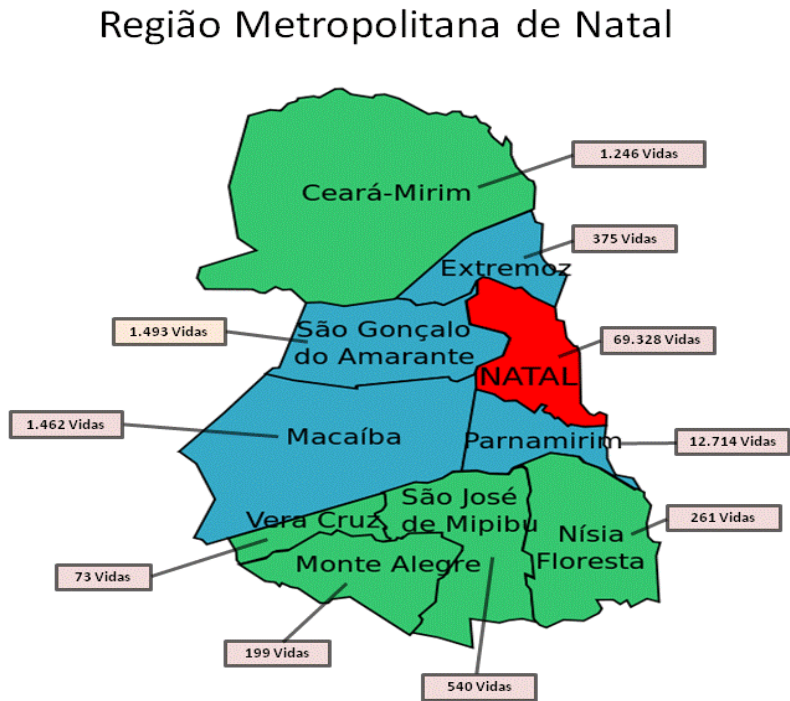
O sistema de pagamento materializa-se através de formas de pagamento distintas, expressas nos seguintes tipos ideais: unidade de serviço, procedimentos definidos por grupos afins de diagnóstico, diária, capitação, salário, elemento de despesa orçamentário ou orçamento global. Diante das vários métodos alternativos de pagamento, havia, até bem pouco tempo, uma tendência a propor a adoção de sistemas mistos por uma série de razões: são os mais encontrados; dariam mais flexibilidade aos gestores para compor suas relações com os prestadores de serviços; e permitiriam relativizar os incentivos adversos contidos num sistema puro (KUTZIN,1995). Contudo, mais recentemente, manifesta-se uma tendência para a forma de pagamento por capitação em função de seus efeitos sistêmicos positivos como o incremento de atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença; o efeito indutor sobre a organização de um sistema baseado na atenção contínua em vários pontos de atenção à saúde; o fortalecimento d a atenção primária à saúde; a capacidade de contenção de custos; e a indução do rateio dos riscos financeiros e sanitários (*World Health Organization*, 2000; TELYUKOV, 2001).

Por tudo isto não parece haver dúvidas de que o pagamento por capitação parece ser a forma mais adequada para alinhar o sistema de pagamento com os objetivos das redes de atenção à saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere a análise de situação das redes de atenção à saúde, a OPS em questão possui 96.457 beneficiários em sua carteira de clientes, onde 90,81% residem na região metropolitana de Natal, RN (Figura 1) e 9,19% estão distribuídos em 151 municípios do Estado. A Tabela 4 apresenta o número de vidas por localidade.

Figura 1: Número de vidas da operadora em estudo por município da região metropolitana de Natal, RN.



Fonte: Pesquisa

Tabela 4: Número de vidas, por localidade no RN, das dez regiões onde há maior concentração de usuários do Plano.

Localidade	Número de vidas
CURRAIS NOVOS	703
MOSSORO	671
MACAU	668
ASSU	467
TIBAU DO SUL	410
GOIANINHA	407
JOAO CAMARA	394
CANGUARETAMA	322
SANTA CRUZ	297
NOVA CRUZ	236

Fonte: Pesquisa.

A Figura 2 esboça os dez municípios onde há maior concentração no número de beneficiários.

Figura 2: Os 10 municípios do RN com o maior número de vidas.



Fonte: Pesquisa

No que diz respeito às variáveis sociais, seguem os dados obtidos com a Operadora (Tabela 5).

Quanto à definição do modelo de atenção à saúde a OPS desenvolveu um sistema de gestão que tem como objetivo não somente tratar as doenças, mas também utilizar todos os recursos possíveis humanos, materiais e tecnológicos para preveni-las.

Tabela 5: Situação da rede de assistencial da OPS em estudo.

Item	Característica	Descrição
1	Número de vidas	✓ 96.457
2	Usuários por faixas etárias	✓ De 0 a 18 anos: 31.275 vidas ✓ De 19 a 23 anos: 7.337 vidas ✓ De 24 a 28 anos: 11.321 vidas ✓ De 29 a 33 anos: 11.361 vidas ✓ De 39 a 43 anos: 7.197 vidas ✓ De 44 a 48 anos: 5.972 vidas ✓ De 54 a 58 anos: 3.742 vidas ✓ Acima de 59 anos: 4.763 vidas
3	Usuários por sexo	✓ Sexo masculino: 39.153 vidas ✓ Sexo feminino: 57.304 vidas
4	Estado civil	✓ Não informado
5	Situação socioeconômica	✓ Sem registro
6	Tempo médio de internação	✓ 3,2
7	Taxa de prevalência	✓ Não informado
8	Número de serviços ofertados pela rede assistencial	✓ 2.078 Credenciados
9	Consumo médio de medicamentos genéricos	✓ Não Informado
10	Número de unidades que prestam um mesmo serviço	✓ 10 hospitais ✓ 768 Clínicas Especializadas ✓ 383 Serviços de Apoio e Diagnósticos ✓ 917 médicos (corpo clínico)
11	Relação entre os serviços próprios da rede e serviços terceirizados	✓ Serviços Próprios: 04 Clínicas Especializadas ✓ Demais Serviços Contratados

Fonte: Pesquisa.

Abaixo os quatro pilares de gestão aplicados:

Saber: o conhecimento é um fator primordial para levar adiante o objetivo de propiciar uma medicina com padrão de excelência. Por isso, mantemos um foco permanente no aprendizado, investindo em congressos médicos, participando de eventos, desenvolvendo ações de apoio científico e promovendo a integração com universidades e grandes centros médicos do mundo. Dessa forma, os profissionais e credenciados estão sempre atualizados com o que existe de mais moderno na medicina.

Prever: prever significa antecipar-se aos problemas. Significa estar preparado para agir de forma proativa, evitando que situações médicas aparentemente simples tornem-se casos crônicos e fatais. Para isso, a operadora nos mais avançados recursos da tecnologia da informação, o que nos possibilita cruzar, comparar e analisar dados estatísticos nunca antes imaginados. O resultado disso é um sistema de gestão único, capaz de definir padrões de risco e de detectar problemas de saúde antes mesmo que eles se manifestem.

Prevenir: Está provada que o constante monitoramento da saúde, combinado a um estilo de vida saudável, é uma ferramenta poderosa contra a grande maioria das doenças. A Gestão de Saúde engloba uma série de programas e ações que tem como objetivo promover mais qualidade na vida dos seus clientes, conscientizando-os da importância da adoção de hábitos saudáveis e dos cuidados preventivos com a saúde.

Tratar: Ao longo de toda a sua história, a operadora I investiu para oferecer aos seus clientes uma das maiores e melhores estruturas médicas no Brasil., a Gestão de Saúde oferece um conjunto de serviços completo, que garante uma medicina ágil, precisa e resolutiva.

Apesar da relevância dos elementos delineados nos modelos de atenção à saúde, a OPS em questão aplica apenas dois dos oito elementos que definem o modelo de atenção à saúde: promoção à saúde e prevenção de doenças, com o desenvolvimento dos seguintes programas:

- ✓ Programa de Educação ao Diabetes;
- ✓ Programa de Atividade Física ao Ar Livre;
- ✓ Programa Peso Saudável;
- ✓ Programa de Atividade Física para Idosos;
- ✓ Programa de Mudança de Estilo de Vida;
- ✓ Programa de Educação contra a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e apoio ao hipertenso crônico;
- ✓ Programa de Preparação para cirurgia Bariátrica;
- ✓ Programa de *Home Care*;
- ✓ Programa de Assistência Domiciliar.

É sabido que o constante monitoramento da saúde, combinado a um estilo de vida saudável, é uma ferramenta poderosa de prevenção contra a grande maioria das enfermidades. A Gestão de Saúde da OPS engloba uma série de programas e ações que tem como objetivo promover mais qualidade na vida dos seus clientes, conscientizando-os da importância da adoção de hábitos saudáveis e dos cuidados preventivos com a saúde. Outro ponto é o das redes temáticas. A operadora em estudo não realiza o desenho das redes de atenção à saúde, desta forma, torna-se mais difícil a implantação de redes reais, distintas no sentido temático. Na OPS em questão, os serviços de maior densidade tecnológica estão concentrados na região metropolitana, onde também se concentram o maior número de vidas conforme Tabela 6

Tabela 6: Concentração regional: beneficiários x rede assistencial

%	Região Metropolitana	Interior
Beneficiários	90,81%	9,19%
Rede Assistencial	82,68%	17,32%

Fonte: Pesquisa.

Na Tabela 7 está descrito um comparativo entre o número de vidas e a rede credenciada da OPS em estudo.

Sobre a modelagem dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários nas redes de atenção à saúde, verifica-se que a operadora não realiza nenhuma etapa da atenção primária impossibilitando a integração horizontal e vertical das redes de atenção.

Tabela 7: Comparativo entre o número de vidas e a rede credenciada da OPS em estudo.

Localidade	Número de vidas	Rede Credenciada
NATAL	69.238	1605
PARNAMIRIM	12.714	49
SAO GONCALO DO AMARANTE	1.483	7
MACAIBA	1.462	32
CEARA MIRIM	1.246	21
CURRAIS NOVOS	703	58
MOSSORO	671	151
MACAU	668	25
SAO JOSE DE MIPIBU	540	7
ASSU	467	17
TIBAU DO SUL	410	0

Fonte: Pesquisa.

A Tabela 8 apresenta as principais etapas da modelagem de atenção primária à saúde e a situação atual da OPS em estudo.

Tabela 8: Etapas da modelagem de atenção primária e a situação da OPS.

ETAPAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	REALIDADE DA OPS
Definição do escopo de serviços primários	Não realiza
Definição da carteira de serviços	Não realiza
Elaboração dos protocolos clínicos da carteira de serviços	Não realiza
Programação da atenção primária à saúde	Não realiza

Fonte: elaboração própria.

A OPS em questão não atende aos requisitos de modelagem dos sistemas de atenção à saúde em sua íntegra. A integração horizontal do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e a definição da carteira dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico da operadora são serviços com administração independente, mas garantindo o acesso aos serviços nos vários níveis de atenção. A elaboração dos

protocolos clínicos das carteiras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica e a programação dos sistemas de apoio não são praticados pela operadora. No que se refere ao transporte sanitário de pessoas, a OPS possui dois serviços *Home Care* credenciados que realizam o transporte secundário de seus beneficiários de urgência e emergência. O transporte secundário e eletivo é realizado apenas para os pacientes que estão em Serviço de Monitoramento Domiciliar ou *Home Care* incluídos no programa de paciente de alto risco ou atendimento domiciliar.

Os contratos da OPS com sua rede assistencial estão em conformidade com as exigências da ANS. As Resoluções Normativas da ANS, de números 42, 54 e 71, editadas em 04/07, 28/11/03 e 17/03/2004, respectivamente que regulamentam as normas para os contratos de prestação de serviços. O Modo de pagamento mais utilizado na OPS é o pagamento por produção de serviços (*fee for service*), em alguns casos esquemas mistos em que, a partir de uma lógica de base, introduzem-se elementos das outras formas para corrigir ou promover determinados objetivos gerenciais.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Quanto as variáveis sociais, a OPS em estudo não possui registro da Taxa de Prevalência caracterizando a ausência da análise de situação de saúde da população que deve utilizar as medidas de morbidade. As propriedades chaves para descrever uma rede são: amplitude, profundidade, nível de produção interna e liderança. Com relação aos elementos internos das redes de atenção à saúde destacam-se a governança da rede, a dimensão estratégica, a estrutura da organização, a cultura organizacional e a liderança. A análise de eficiência da rede de atenção à saúde pode fazer-se por meio de produtos intermediários como taxa média de permanência hospitalar ou consumo médio de medicamentos genéricos, ou com produtos finais, relacionando o consumo de insumos frente aos resultados sanitários alcançados. A operadora possui o registro de tempo médio de internação hospitalar, mas não apresenta registros sobre o consumo médio de medicamentos genéricos impossibilitando desta forma a correlação entre o consumo de insumos e os resultados.

Um ponto relevante se refere ao modelo de atenção à saúde desenhada pela operadora em estudo; a nível nacional, Dos 8 (oito) elementos tidos como fundamentais para compor o modelo de atenção à saúde, a OPS possui apenas dois deles implantados – promoção da saúde e prevenção de doenças – por intermédio da prática de nove programas desenvolvidos. Outro ponto é o das redes temáticas. A operadora em estudo não realiza o desenho das redes de atenção à saúde, desta forma, torna-se mais difícil a implantação de redes reais, distintas no sentido temático.

Sobre a modelagem dos pontos de atenção à saúde, é sabido da importância de definir o escopo de serviços primários, definir a carteira de serviços, elaborar os produtos clínicos da carteira de serviços e programar a atenção primária à saúde. Verifica-se que a operadora não realiza nenhuma etapa da atenção primária impossibilitando a integração horizontal e vertical das redes de atenção.

A OPS em questão não atende aos requisitos de modelagem dos sistemas de atenção à saúde em sua íntegra. A integração horizontal do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e a definição da carteira dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico da operadora, são serviços com administração independente, mas garantindo o acesso aos serviços nos vários níveis de atenção. A elaboração dos protocolos clínicos das carteiras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica e a programação dos sistemas de apoio não são praticadas pela operadora. No que se refere ao transporte sanitário de pessoas, a OPS possui dois serviços *Home Care* credenciados que realizam o transporte secundário de seus beneficiários de urgência e emergência. O transporte secundário e eletivo é realizado apenas para os pacientes que estão em Serviço de Monitoramento Domiciliar ou *Home Care* incluídos no programa de paciente de alto risco ou atendimento domiciliar.

Em suma, as redes de atenção à saúde são sistemas complexos compostos por diferentes atores sociais em situação, onde a cooperação entre eles não é automática. A partir deste estudo, se verifica que várias oportunidades de melhorias podem ser planejada e alcançadas onde o sistema gerencial deve prever, inclusive, um sistema de avaliação das redes de saúde contratadas.

Recomenda-se a formulação estratégica levará à construção dos projetos estratégicos de médio e longo prazo que implicam os objetivos por áreas de desenvolvimento estratégico, as medidas estratégicas que se vão adotar e os recursos que serão investidos. Estes projetos estratégicos, assim como os planos operativos dele derivados, podem ser feitos estabelecendo ações e objetivos para estrutura, processos e resultados, segundo o clássico modelo de Donabedian (2003).

REFERÊNCIAS

ARROW, W. J. ***Uncertain and the welfare economics of medical care***. American Economic Review (53) 1963.

BAHIA, L. Planos Privados de Saúde: Luzes e Sombras no Debate Setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BAHIA, L.; COSTA, A. J. L.; FERNANDES, C.; LUIZ, R. R.; CAVALCANTI, M. L. T.; **Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 7, n. 4, p. 671 – 686, 2002.

BENGOA, R. - **Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE /BANCO MUNDIAL - Seminário sobre a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei 9656 de 03 de junho de 1998*. Brasília, 1998. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

_____. Lei n.º 9.961, de 28 de fevereiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 jan. 2000.

_____. Resolução Normativa - RN nº 42 de 4 de julho de 2003. Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 jul. 2003.

_____. *Câmara de Saúde Suplementar – Atas de 31 reuniões*. Rio de Janeiro: ANS, 2003. <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 22 jun. 2012.

BROUSSEAU, E. ***L'économie des contrats: technologies de l'information et coordination interentreprises***. Paris: PUF, 1993.

BUNKER, J. P.; LUFT, H. S.; ENTHOVEN, A. ***Should surgery be regionalised?*** Surgical Clinics of North America, v. 62, p. 657-668, 1982.

COOTER, R. D.; ULEN, T. S. ***Law and economics***. London, Scott: Foreman and Co, 1988.

COSTA, N. R.; CASTRO A J. **O regime Regulatório e a Estrutura do Mercado de Planos e Assistência à Saúde no Brasil**. *Regulação & Saúde*. Tomo 1, vol. 3: Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003.

CRETIN, S.; SHORTELL, S. M.; KEELER, E. B. ***An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care: framework and study design.*** Evaluation Review, v. 28, p. 28-51, 2004.

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

DLUGACZ, Y. D.; RESTIFO, A.; GREENWOOD, A. ***The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs.*** San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.

DONABEDIAN, A. - ***An introduction to quality assurance in health care.*** Oxford, Oxford University Press, 2003.

DOWLING, W. L. Strategic alliances as a structure for integrated delivery systems. In: CONRAD, D. A. ***Integrated delivery systems: creation, management, and governance.*** Chicago, Health Administration Press, 1997.

DUARTE, E. R. M. **Avaliação e custeio de processos hospitalares: um estudo de caso no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** 1995. 358 p. Dissertação (Mestrado em Administração)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. **Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585 – 598, 2003.

FOS, P. J.; FINE, D. J. ***Managerial epidemiology for health care organizations.*** San Francisco, Jossey-Bass, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

IGLEHART, J. K. ***Will reference pricing address the health cost conundrum?*** Health Affairs, v. 22, n. 3, p. 7, 2003.

KORNIS, G. E.; CAETANO, R. **Dimensão e estrutura econômica da saúde suplementar no Brasil.** Rio de Janeiro: Regulação & Saúde, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar ANS/MS, p. 35, 2002.

KUTZIN, J. ***Experience with organizational and financing reform of the health sector.*** Geneva, WHO/SHS Paper, v. 8, 1995.

LEGA, F. ***Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice.*** Health Policy, v. 81, p. 258-279, 2007.

MATUS, C. ***Política, planificación y gobierno.*** Caracas, Miguel Anjel Garcia. 1987.

MENDES, E. V. **A gestão da clínica.** Belo Horizonte, 2007.

MESOJEDOVAS, A. K.; PEREIRA, E.R.; ANTUNES, G.A.; BARBOSA, M.E.; COUTO, N.; FERREIRA, S.; VALLE, W.L.; **Rotinas para Gestão da Rede Credenciada no Âmbito da Autogestão**. São Paulo: Unidas, 2006

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MIRANDA, C. R. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: ANS / PNDU, 2003.

MONTONE, J. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2003.

NICZ, L. F. **Manage Care**. Revista Médicos HC/FMUSP. São Paulo, ano 1, n. 2, p.96-105, maio-junho 1998.

NYSTUEN, J. D.; DACEY, M. F. **A graph theory interpretation of nodals regions**. Papers and proceedings of the regional science association, v. 7, p. 29-42, 1961.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

PARMENTER, E. M. **Controlling health care costs: components of a new paradigm**. Journal of Financial Service Professionals. U.S., v. 57, n. 4, p.59, 2003.

ROCHA, A.; MELLO, R. C. **Marketing de serviços: casos brasileiros**. São Paulo: Atlas, 2000.

SALAZAR, A. L.; GROU, K. **Planos de saúde: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor**. São Paulo: Globo, 2002

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. **European health care reform: analysis of current strategies**. Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organization, 1997.

SANTOS, C. A.; **O sistema de apoio diagnóstico terapêutico no nível local**. In: MENDES, E.V. (Organizador) - A organização da saúde no nível local. São Paulo, ed. Hucitec, 1998.

SENINGER, S. **Health care spending and costs**. Montana Business Quarterly, U. S. v. 41, n. 1, p. 26, 2003.

SILVA, A. S. **Regulação & Saúde**. Tomo 2 vol. 3: Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. Rio de Janeiro, ed. Hucitec, 1998.

SINGH, D.; HAM, C. ***Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks***. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement/University of Birmingham, 2006.

_____. ***The world health report 2000: health systems, improving performance***. Geneva, WHO, 2000.

TELYUKOV, A. ***Guía para la capacitación prospectiva con ejemplos de América Latina***. Washington, La Iniciativa Regional de Reforma del sector de la Salud en América Latina y el Caribe, Cuadernos Especiales, nº 5, 2001.

TODD, W. E. ***Strategic alliances***. In: TODD, W.E. & NASH, D. (Editors) – Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

VÁZQUEZ, M. L. N.; LORENZO, I.V.; CALPE, J.F.; NÚÑEZ, R.T.;. ***Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis***. Rev. Esp. Salud Pública, v. 79, p. 633-643, 2005.

WAGNER, E. H. ***Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?*** Eff .Clin.Pract., v. 1, p. 2-4, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ***The world health report 2000: health systems, improving performance***. Geneva, WHO, 2000.

_____. ***European Office For Integrated Health Care Services*** – Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

_____. EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES – ***Workshop on Integrated Care***. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

YOUNG, D. W.; MCCARTHY, S. M. ***Managing integrated delivery systems: a framework for action***. Chicago, Health Administration Press, 1999.