

ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima (org.)

Rio de Janeiro, 2005

 e-papers

© Clóvis Ricardo M. de Lima/E-papers Serviços Editoriais Ltda., 2005.
Todos os direitos reservados à Clóvis Ricardo M. de Lima/E-papers
Serviços Editoriais Ltda. É proibida a reprodução ou transmissão desta
obra, ou parte dela, por qualquer meio, sem a prévia autorização dos
editores.

Impresso no Brasil.

1ª edição em abril de 2005.

ISBN 85-7650-033-7

Projeto gráfico, diagramação e Capa

Livia Krykhtine

Revisão

Helô Castro

Elisa Sankuevitz

Esta publicação encontra-se à venda no *site* da
E-papers Serviços Editoriais.

<http://www.e-papers.com.br>

E-papers Serviços Editoriais Ltda.

Rua Mariz e Barros, 72, sala 202

Praça da Bandeira – Rio de Janeiro

CEP: 20.270-006

Rio de Janeiro – Brasil

Lima, Clóvis Ricardo Montenegro de
Administração da Assistência Suplementar à Saúde / Clóvis
Ricardo Montenegro de Lima (org.). Rio de Janeiro: E-Papers
Serviços Editoriais, 2005. 1ª edição.
166 pág.

CDD 650

SUMÁRIO

- 5 APRESENTAÇÃO
- 11 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL
Clóvis Ricardo Montenegro de Lima
18 Referências bibliográficas
- 21 PRESTADORES DE SERVIÇOS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL
Clóvis Ricardo M. de Lima e Rose Marie Santini de Oliveira
21 Introdução
23 As normas reguladoras da relação entre operadoras e prestadores de serviços
28 As discussões sobre a relação entre operadoras e prestadores de serviços na Câmara de Saúde Suplementar
49 As proposições para o Fórum de Saúde Suplementar
56 Uma agenda de avaliação da qualidade dos prestadores de serviços de saúde suplementar
64 Conclusão
67 Referências bibliográficas
- 69 GERENCIAMENTO DE RISCO EM OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE
Luiz Augusto Ferreira Carneiro
69 Introdução
69 Risco
69 Alguns mitos sobre o risco
71 Risco *versus* incerteza

73	Gerenciamento de risco
74	Gerenciamento de risco por seguradoras
78	Gestão de riscos corporativa e o ciclo de gestão de riscos
80	Etapas do ciclo de controle de riscos
83	Conclusão
84	Referências bibliográficas
85	A AVALIAÇÃO DA RENTABILIDADE ECONÔMICA EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE
	<i>Clóvis Ricardo M. de Lima e Carlos Rogério M. de Lima</i>
90	Avaliação da qualidade das organizações de saúde
95	Contabilidade Gerencial das Organizações de Saúde
102	Pesquisa de Avaliação Custo-eficácia
108	Referências bibliográficas
111	GESTÃO POR ATIVIDADES EM SERVIÇOS DE SAÚDE
	<i>Carlos Rogério Montenegro de Lima</i>
111	Introdução
112	Gestão de custos em serviços de saúde nos EUA e no Brasil
115	Gestão por atividades
119	Gestão por atividades em serviços de saúde
124	Implantação de um sistema ABC
125	Considerações finais
127	Referências bibliográficas
129	AVALIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE
	<i>Clóvis Ricardo Montenegro de Lima</i>
131	Aspectos culturais dos cuidados da saúde
134	Imagens das organizações, metáforas das avaliações
139	Conceitos básicos de avaliação
141	Avaliação econômica das intervenções
144	Avaliação dos clientes-usuários
146	Usos da avaliação e ética da discussão
149	Tópicos de avaliação das organizações de saúde
150	Pesquisa de avaliação
152	Avaliação de estrutura
154	Avaliação de processo
160	Avaliação de resultado
161	Referências bibliográficas
165	AUTOR E COLABORADORES

APRESENTAÇÃO

Este livro começou a ser pensado e elaborado enquanto ministrei aulas no curso de Atualização em Gestão Empresarial de operadoras de planos de saúde no Instituto Brasileiro de Economia (IBRE) na Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, em 2003.

Aquele curso organizado e executado por alguns ex-consultores e gerentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tinha especial interesse em resgatar e transmitir a experiência nos primeiros anos do processo de construção do órgão regulador do mercado. É de se destacar, o trabalho do economista e professor Luiz Augusto Carneiro neste processo.

Trabalhando com três disciplinas no curso: “Tendências e oportunidades no mercado de saúde suplementar”, “Sistemas de informações em saúde suplementar” e “Gerência da assistência suplementar à saúde”, contei com a colaboração do médico e professor Jorge Luiz Pinho e do administrador e professor Carlos Rogério Montenegro de Lima.

O presente trabalho reúne, principalmente, o material apresentado e discutido na disciplina “Gerência da assistência suplementar à saúde”. Nesta disciplina foram recuperados trabalhos realizados e publicados anteriormente, mas com aplicação efetiva nos processos de administração de operadoras.

A assistência suplementar à saúde é o núcleo do negócio das operadoras privadas de planos de saúde, e por isso

mesmo é fundamental que seus administradores tenham habilidades e competências para equacionar a oferta de serviços com as necessidades dos seus clientes, bem como gerenciar o acesso e a qualidade dos serviços.

Quando se fala em conceitos, estratégias e métodos de administração da assistência suplementar à saúde não se está pensando em determinado número de procedimentos invariáveis a serem utilizados. O uso que se faz da expressão *administração* deve ter a mobilidade de uma atividade que é sempre instruída pelas informações coletadas e pelo contexto histórico.

As organizações de saúde só podem ser administradas considerando-se as outras faces da sociedade, especialmente suas formações subjetivas e sua organização política e econômica. As organizações estão interligadas com tais aspectos e fundamentadas nas mesmas suposições, valores e visão de mundo, não apenas refletindo as formações subjetivas, mas contribuindo para formá-las e mantê-las.

O modo como se percebe e se pensa a organização interfere no modo como se percebe e se pensa a administração da organização. A administração pode ser, de um lado, o controle da execução das normas e dos padrões, e de outro, a crítica reflexiva dentro do processo de aprendizagem das organizações.

A administração inteligente requer que formas conflitantes de representação sejam exploradas e que se procure integrá-las. Em lugar de tentar enquadrar os fatos de determinada situação dentro de um esquema teórico específico, deve-se levar em conta a complexidade da situação, contrastando as interpretações, para fazer emergirem as definições dos problemas e suas possíveis soluções.

O mercado de saúde suplementar no Brasil atualmente compreende 2.200 operadoras privadas trabalhando para mais de 38 milhões de beneficiários, mobilizando mais de 25 bilhões de reais em 2003, milhares de prestadores de serviços e centenas de milhares de profissionais de saúde.

No primeiro capítulo deste livro são descritas as principais características do mercado de saúde suplementar no Bra-

sil, especialmente no que se refere ao volume de recursos financeiros mobilizados pelas operadoras, as qualidades dos diferentes segmentos de operadoras e as distribuições dos beneficiários de planos de saúde.

Essa descrição se beneficia do próprio processo de regulação desenvolvido pela ANS a partir da sua criação, pois antes não havia informações precisas e confiáveis sobre as principais características do mercado.

O chamado marco de regulação do mercado de saúde suplementar está bem delineado pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos de assistência suplementar à saúde. Nesta lei estão bem definidos os conceitos de operadoras e de produtos nesse mercado.

O marco de regulação é complementado pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a ANS. Cabe a esta agência reguladora, órgão autônomo vinculado ao Ministério da Saúde, a regulação, a regulamentação e a fiscalização do mercado de saúde suplementar.

O segundo capítulo, sobre a relação das operadoras e os prestadores de serviços, foi elaborado com a publicitária e professora Rose Marie Santini como artigo para o Fórum de Saúde Suplementar convocado pelo Ministério da Saúde e realizado no segundo semestre de 2003. Entende-se que os prestadores de serviços devem ter sua participação no setor regulada pela ANS.

A regulação e fiscalização da relação entre operadoras privadas e prestadores de serviços é fundamental para o equilíbrio do sistema, incluindo a satisfação dos beneficiários dos planos de assistência à saúde. É necessário ampliar a agenda da ANS, destacando que a Agência pode assumir a coordenação ativa, indutora e negociadora da inclusão da avaliação para melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços.

O terceiro capítulo foi elaborado especialmente para esta publicação pelo professor Luiz Augusto Carneiro. Este capítulo tem como objetivo apresentar uma metodologia de gestão dos riscos dentro do negócio de operadoras de planos de saúde. É apresentada uma definição de risco e se mostra

de que forma este pode ser identificado, mensurado e controlado. O Ciclo de Gestão de Risco é o conjunto de processos necessários para a gestão eficiente do risco dentro de uma empresa.

O capítulo seguinte, sobre a avaliação da rentabilidade econômica em organizações de saúde, foi elaborado com o professor Carlos Rogério Montenegro de Lima e publicado na *Revista de Administração de Empresas* da Fundação Getúlio Vargas, em 1998 (v. 38, n° 2, p. 62-73, abr./jun. 1998). O trabalho busca articular a avaliação da eficácia em função dos custos com o custeio baseado em atividades – ABC.

São considerados os principais problemas das organizações de saúde a má alocação de recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdades nas condições de acesso dos usuários. A rentabilidade expressa resultados por recursos aplicados. A avaliação custo-eficácia das intervenções das organizações de saúde busca soluções de menor dispêndio para obter o resultado esperado e de melhor resultado com determinada despesa.

O ABC – *Activity-Based Costing* – é o método de custeio que melhor subsidia a decisão sobre composição de atividades, custo de recursos e consumo de recursos. A avaliação custo-eficácia mostra-se, portanto, uma ferramenta útil para a melhoria da qualidade das organizações de saúde.

O capítulo sobre gestão por atividades em serviços de saúde, do professor Carlos Rogério Montenegro de Lima, foi publicado originalmente como artigo na *Revista Brasileira de Administração*, em 2001. Esse capítulo apresenta os métodos de custeio mais utilizados pelos serviços de saúde norte-americanos e brasileiros, incluindo a fundamentação teórica e o método de aplicação do Custeio Baseado em Atividades (ABC), concluindo com exemplo da aplicação do ABC na saúde.

A apuração e o controle dos custos compreende um fundamento da administração de organizações da saúde. A apuração de custos deve servir de instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços. O permanente acompanhamento dos custos de serviços de saúde permite a im-

plantação de medidas corretivas que visem um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição de prioridades assistenciais, aumento de produtividade e racionalização do uso de recursos.

O capítulo sobre avaliação das organizações de saúde é uma adaptação de partes da tese de doutorado, “A avaliação da qualidade das organizações de cuidados da saúde das pessoas com HIV/AIDS”, apresentada na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, em 2000. A administração em saúde apenas muito recentemente incorpora atividades de avaliação a suas rotinas.

A maior parte das atividades de avaliação em nosso meio ainda tem sido irregular e muitas vezes se baseia na opinião pessoal dos seus defensores ou dos seus detratores, expressas em impressões, referências e propaganda. A avaliação tem sido desviada de sua finalidade teórica e mais usada como instrumento para constatar algo que se deseja provar do que saber, de fato, o que aconteceu.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a avaliação como meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso e para o fomento de um planejamento mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre diferentes possibilidades de ação futura. É, pois, um processo permanente que busca aumentar pertinência e efetividade das intervenções de saúde.

Espera-se, com a publicação deste livro, contribuir para a melhoria da qualidade de administração da assistência suplementar à saúde. Aqui, estão reunidas e destacadas informações, discussões e reflexões sobre essa atividade, e também são sugeridas atitudes críticas, inovadoras, empreendedoras e éticas.

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima
Rio de Janeiro, abril de 2005.

O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima

As pesquisas e os estudos sobre o mercado de assistência suplementar à saúde sofrem os efeitos da escassez de informações públicas e publicadas. Começa no sigilo da ética médica uma política não formal de restrições na comunicação das atividades relacionadas aos cuidados da saúde em bases empresariais.

A precariedade das informações sobre o setor tem sido um obstáculo para todos os que buscam interpretá-lo. Esta precariedade impõe uma reiteração do uso de dados compartilhados pelo senso comum, especialmente em função da sua publicidade por operadoras privadas e pelos meios de comunicação.

A Lei Federal nº 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.

São consideradas 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 reabi-

litação 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 segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde foram regulamentadas pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 39 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 27 de outubro de 2000. O enquadramento das operadoras de planos dar-se-á exclusivamente em um único segmento.

As operadoras são classificadas nas seguintes modalidades: administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, autogestão, medicinas e odontologias de grupos, e filantropias. São classificadas na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos constituídas nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos de saúde.

São classificadas na modalidade de autogestão as entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, se responsabilizam pelo plano de saúde destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus grupos familiares, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

São classificadas na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam planos de saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas demais modalidades desta resolução.

A Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos de saúde, diz que as sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado na Lei nº 9.656/98, desde que estejam

constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

Quando foi publicada a Lei Federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a ANS, era estimado que as operadoras privadas de planos e de seguros de saúde movimentavam 22,8 bilhões de reais (Tabela 1).

Tabela 1. Recursos financeiros mobilizados pelas operadoras, classificados por segmento, 2000

Segmento	R\$ (em bilhões)	%
Autogestões	8,7	38
Medicinas de grupo	5,2	23
Cooperativas médicas	4	18
Seguradoras	4,9	21
<i>Total</i>	<i>22,8</i>	<i>100</i>

Fonte: ABRAMGE, 2000.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estimava em 2003 que operadoras privadas de planos e de seguros movimentavam 26,4 bilhões de reais, sendo que empresas de autogestão faturam 9,1 bilhões, as medicinas de grupos 6,2 bilhões, as cooperativas médicas 5 bilhões e as seguradoras 6,1 bilhões (*Folha de S. Paulo*, 3.2.2003, p. B.1).

No final de 2004 a ANS menciona a existência 2.226 operadoras privadas de planos de saúde em atividade (Tabela 2).

É importante observar duas características do mercado de operadoras de planos de saúde: o grande número de operadoras de pequeno porte e a concentração dos beneficiários em pequeno número de operadoras. Das operadoras 75% têm menos de 10 mil beneficiários. 3,1% das empresas com mais de 100 mil beneficiários têm 53,5% dos beneficiários (Tabela 3).

Em fevereiro de 2001 duas operadoras tinham 12% do total de 27,4 milhões de beneficiários; seis operadoras tinham 21%; 12 operadoras tinham 31%; 25 operadoras tinham 40%; 45 operadoras tinham 50%; 78 operadoras tinham 60%; 133

operadoras tinham 70%; 231 operadoras tinham 80%; e 435 operadoras tinham 90%.

Tabela 2. Número de operadoras no setor de saúde suplementar, classificadas por segmento, 2004

Segmento	Nº	%
Medicinas de grupo	748	33,6
Odontologia de grupo	457	20,5
Cooperativas médicas	370	16,6
Autogestão	328	14,7
Cooperativa odontológica	169	7,6
Filantropia	125	5,7
Seguradora	14	0,7
Administradora	12	0,6
<i>Total</i>	<i>2.226</i>	<i>100</i>

Fonte: ANS, 2004.

Tabela 3. Percentual de operadoras e clientes por faixa de beneficiários, 2003

Faixa de beneficiários	% operadoras	% de clientes
Até 2.000	42,7	1,6
2.001 a 10.000	31,7	8,3
10.001 a 20.000	10,8	8,4
20.001 a 50.000	8	13,6
50.001 a 100.000	4	15,6
100.001 a 500.000	2,7	29,7
Acima de 500.000	0,4	22,8
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Fonte: ANS.

A ANS menciona em junho de 2004 uma população de 33,6 milhões de beneficiários dos planos de saúde. O prin-

cipal segmento em termos de população beneficiária eram as operadoras de medicina de grupo (Tabela 4).

Tabela 4. Populações de beneficiários de planos, classificados por segmento, 2004

Segmento	Beneficiários(em milhões)	%
Medicinas de grupo	12,07	36
Cooperativa médica	9,2	27,5
Autogestão	5,5	16,5
Seguradora	5,3	16
Filantropia	1,4	4
Total	33,6	100

Fonte: ANS.

Os dados da pesquisa de amostra de domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2003, mencionam que 42 milhões de brasileiros (27% da população) são usuários da assistência médica suplementar, sendo 34 milhões (70%) de beneficiários de planos e de seguros coletivos vinculados aos seus empregadores, e 8 milhões como beneficiários opcionais de planos e de seguros individuais de operadoras privadas.

As informações da ANS de março de 2004 sobre a distribuição dos beneficiários por faixa etária mostram que 27,5% têm menos de 18 anos e 11,9% têm 59 anos ou mais (Tabela 5).

É relevante mencionar que 35% das famílias com renda mensal entre cinco e 10 salários mínimos possuem planos de saúde, do mesmo modo que 58% das famílias com renda mensal entre 10 e 20 salários mínimos e 76% das famílias acima de 20 salários mínimos (Tabela 6).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registrava em junho de 2004, 38,7 milhões de pessoas no cadastro de beneficiários de planos e de seguros privados, sendo 17,4 milhões no Estado de São Paulo, 4,8 milhões no Rio

de Janeiro, 3,8 milhões em Minas Gerais, 1,9 milhão no Paraná, 1,5 milhão no Rio Grande do Sul e 1,2 milhão na Bahia (Quadro 1).

Tabela 5. Populações de beneficiários de planos, classificados por faixa etária, 2004

Faixa etária (em anos)	Beneficiários(em milhões)	%
0 a 18	9.245.608	27,5
19 a 23	2.993.465	8,9
24 a 28	3.113.151	9,2
29 a 33	2.954.173	8,7
34 a 38	2.859.271	8,5
39 a 43	2.745.632	8,1
44 a 48	2.403.064	7,0
49 a 53	1.973.914	5,8
54 a 58	1.499.451	4,4
59 anos	3.914.210	11,9
<i>Total</i>	<i>33.641.739</i>	<i>100</i>

Fonte: ANS.

Tabela 6. População por cobertura de plano de saúde e classe de rendimento mensal familiar, 1999

Classe de renda em Salários Mínimos	Proporção com plano
Até 1 SM	2,5
Mais de 1 a 2 SM	5
Mais de 2 a 3 SM	9,5
Mais de 3 a 5 SM	19
Mais de 5 a 10 SM	35
Mais de 10 a 20 SM	58
Mais de 20 SM	76

Fonte: IBGE/PNAD, 1999.

Quadro 1. Distribuição dos beneficiários de saúde suplementar por Estado de residência e estimativa de cobertura populacional, Brasil – Junho/2004

UF	Beneficiários de planos	População geral	% de cobertura
SP	17.423.488	39.825.226	43,7
RJ	4.852.665	15.203.750	31,9
MG	3.861.519	18.993.720	20,3
PR	1.939.421	10.135.388	19,1
RS	1.561.908	10.728.063	14,6
BA	1.276.391	13.682.074	9,3
PE	987.524	8.323.911	11,9
SC	966.499	5.774.178	16,7
CE	860.797	7.976.563	10,8
ES	761.370	3.352.024	22,7
DF	720.686	2.282.049	31,6
PA	552.156	6.850.181	8,1
GO	516.038	5.508.245	9,4
AM	385.813	3.148.420	12,3
PB	347.167	3.568.350	9,7
RN	327.243	2.962.107	11,0
MS	279.994	2.230.702	12,6
MT	239.142	2.749.145	8,7
MA	208.463	6.021.504	3,5
AL	210.360	2.980.910	7,1
SE	174.906	1.934.596	9,0
PI	122.744	2.977.259	4,1
RO	64.298	1.562.085	4,1
AP	46.365	547.400	8,5
TO	34.869	1.262.644	2,8
RR	17.190	381.896	4,5
AC	17.187	620.634	2,8
Brasil	38.756.203	174.632.932	22,19

Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS.
População estimada por Município em 2004, IBGE.

Cabe observar que, de acordo com o Quadro 1, apenas cinco unidades da Federação possuem mais do 20% da sua população com cobertura de planos de saúde: São Paulo (43,7%), Rio de Janeiro (31,7%), Distrito Federal (31,6%), Espírito Santo (22,7%) e Minas Gerais (30,3%).

As principais características observadas do mercado de saúde suplementar são:

- as operadoras de autogestão mobilizam o maior volume de recursos financeiros;
- o principal segmento em número de operadoras e de beneficiários são as medicinas de grupo;
- 74,4% das operadoras têm menos de 10 mil beneficiários;
- 45 operadoras possuem 50% dos beneficiários do mercado;
- 70% dos beneficiários possuem planos ou seguros coletivos vinculados aos empregadores;
- 27,5% dos beneficiários têm menos de 18 anos e 11,9% têm 59 anos ou mais;
- a proporção de cobertura por planos de saúde aumenta com a renda familiar mensal;
- três unidades da Federação (SP, RJ e MG) possuem 67% da população beneficiária de planos de saúde;
- cinco unidades da Federação possuem mais de 20% de cobertura populacional por planos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. “O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar”. In: *IPEA Textos para discussão*, n. 599. Brasília: IPEA, 1998.

ANDREAZZI, M.F.S. “Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena de regulação”. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 121-146.

BAHIA, L. “O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação”. In: *BRASIL. Radiografia da Saúde*. Organizado por Barjas Negri e Geraldo di Giovanni. Campinas: UNICAMP, 2001, p. 325-362.

COSTA, N.R. “O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil”. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum*

de Saúde Suplementar em 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 49-64.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Amostras de domicílios*: acesso e utilização de serviços 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

-. *Pesquisa de orçamentos familiares 2000/2003*: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

LIMA, C.R.M.; LIMA, C.R.M. *A regulação e a fiscalização do consumo de saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS, 2003 (Disponível em www.ans.gov.br)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Apresentação de 11 de março de 2003*. Brasília: ANS, 2003.

-. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A saúde suplementar no Brasil*: Apresentação no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

-. *Qualificação em saúde suplementar*: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004.

-. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação e saúde*: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

MONTONE, J. “Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar”. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 9-48.

PEREIRA, C. “O marco regulatório no Setor de Saúde Suplementar: contextualização e perspectivas”. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 93-120.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Lei Federal n. 9.656*, de 04 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

–. *Lei Federal n. 9.961*, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

PRESTADORES DE SERVIÇOS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

*Clóvis Ricardo Montenegro de Lima
Rose Marie Santini de Oliveira*

INTRODUÇÃO

Os prestadores de serviços devem ter sua participação no setor de saúde suplementar regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos termos das leis federais que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que cria a Agência. A regulação, regulamentação e fiscalização da relação entre operadoras privadas e prestadores de serviços é fundamental para o equilíbrio do sistema, incluindo a satisfação dos beneficiários dos planos de assistência à saúde.

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. A substituição do contratado ou credenciado por outro equivalente deve ser feita mediante comunicação aos consumidores com antecedência.

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 que o consumidor, 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 privada ou plano de saúde.

A ANS tem 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. A ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.

Atualmente, a ANS 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 pelo setor a partir de discussões na Câmara de Saúde Suplementar, de uma Câmara Técnica específica de contratualização e das contribuições de consulta pública.

Um primeiro e importante passo na regulação do setor de saúde suplementar é requerer que, com a maior brevidade, todo e qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde se incluam no Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde, criado pela portaria do Ministério da Saúde nº 376, de 3 de outubro de 2000. É necessário mencionar que a inclusão neste cadastro não implica em vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS).

É necessário ampliar a agenda da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre as possibilidades de regulação, regulamentação e fiscalização da relação entre operadoras e prestadores, destacamos a da ANS para assumir a coordenação ativa, indutora e negociadora da inclusão da avaliação para melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços.

O Ministério da Saúde quer que o Fórum de Saúde Suplementar seja o espaço de discussões e negociações, que são condições para que se possa fazer um pacto entre todos os atores do setor e que se possa ter tanto uma legislação quanto um instrumento de regulação que seja legitimado por todos.

É necessário ter parâmetros e padrões que sejam amplamente aceitos e legitimados, para que possa se estabelecer diálogo e entendimento entre consumidores, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e governo.

AS NORMAS REGULADORAS DA RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS

A Lei Federal nº 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 30 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 deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 65 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 de sejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

A Lei Federal nº 9.961, 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, de acordo com o art. 4º desta lei federal, tem as seguintes competências:

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

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

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

XV – 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;...

XXI – monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;...

XXIV – 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;

XXV – 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;

XXVI – fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII – 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;...

XXXVI – 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;

XXXVII – zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A Resolução Normativa 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. A ANS incorporou nesta resolução as diretrizes encaminhadas de uma Câmara Técnica específica de Contratualização e as contribuições da Consulta Pública nº 9, de 14 de março de 2003.

A resolução normativa estabelece em seu art. 1º 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-se-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 operadoras de planos:

I – qualificação específica: a) registro da operadora na ANS; 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) 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) atos ou eventos médico-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; 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; 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 inc. XXXI, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 2000;

VII – direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 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 65 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; 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 art. 3º da Resolução Normativa nº

42/2003, a fim de adaptá-los às suas disposições no prazo de 180 dias, contados da sua vigência.

AS DISCUSSÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS NA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar do dia 28 de junho de 2001 é discutida a questão do credenciamento e do descredenciamento de prestadores de serviços pelas operadoras privadas, bem como dos sistemas de gerenciamento dos mesmos. O Conselho Federal de Medicina (CFM) diz ser fundamental este tema para a relação médico-paciente, pois a própria Lei Federal nº 9.656/1998 garantia ao usuário o direito de acesso aos serviços de saúde que julgasse conveniente. O CFM é favorável ao credenciamento universal ou o mais universal possível. Em relação ao descredenciamento, o Conselho entende que esse poderia ser feito pelo profissional que prestou atendimento e pelo próprio usuário.

A Confederação Nacional de Saúde (CNS) afirma que os prestadores pessoas jurídicas tinham uma certa dificuldade no relacionamento com operadoras por falta de um instrumento legal que o disciplinasse. A CNS disse que deveria haver liberdade de negociação entre operadoras e prestadores de serviços, com a participação das entidades representativas dos dois intervenientes, bem como um contrato que formalizasse esse relacionamento, com cláusulas bem definidas sobre prazos de vencimento, validade, renovação, reajuste e outras de interesse bilateral. A Confederação considerou que a ANS, ao trazer o assunto à discussão, estava exercendo o seu papel de regular o sistema, o que não significava engessar esse relacionamento que, certamente, envolveria os profissionais médicos.

Os sindicatos de medicina de grupos disseram que o credenciamento era uma relação entre a operadora e o profissional, médico ou pessoa jurídica, normalmente regida por um contrato que deveria estabelecer sobre o descredenciamento. O SINAMGE disse saber que existiam queixas sobre o descredenciamento desmotivado, com o qual tam-

bém não concordava, mas que eram casos específicos, demandando a análise de cada caso.

A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados (FENASEG) explicou que as seguradoras adotavam o mecanismo de ressarcimento de despesas, mediante a indenização das ocorrências que o consumidor tivesse durante o contrato, independentemente do tipo de rede. Quanto à rede referenciada, esclareceu tratar-se de uma indicação feita ao segurado, cujo pagamento a seguradora efetuava por contra-ordem. Disse entender as colocações feitas sobre o tema, mas apelou para que o mesmo fosse visto também sob a ótica de uma relação econômica, que precisava ser preservada para o sistema. Quanto à proposta apresentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), questionou se a mesma era de que o credenciamento fosse regulado pela Agência e o descredenciamento pelo referido Conselho, pois, se assim fosse, considerava uma ambigüidade, argumentando que, na concepção da FENASEG, o assunto estava regulado na Lei Federal nº 9.656/98, inclusive quanto a questão do redimensionamento de prestadores de serviço.

A Confederação das cooperativas de trabalho médico do Brasil disse que em seu segmento não havia pessoa física credenciada, mas cooperados, sócios que dividiam sua quota de capital e que se submetiam ao Estatuto das mesmas. Portanto, explicou que adotavam a figura da eliminação quando havia alguma infração legal ou estatutária, casos extremamente raros que só se concretizavam após instauração de processo administrativo, com ampla possibilidade de defesa e de recursos para o sócio. Disse, ainda, entender a preocupação do CFM com a questão do mercado de trabalho, uma vez que os médicos passavam por uma difícil situação com a proliferação de escolas médicas e o conseqüente aumento do número de profissionais no mercado, argumentando que a proporção atual era de, aproximadamente, um médico para cada 600 habitantes, e no mercado supletivo essa proporção era de um médico para cada 100 clientes.

As autogestões disseram que o credenciamento existia porque as operadoras de planos privados de saúde se regiam

pelas leis normais de mercado, e, no caso do seu segmento, os trabalhadores se organizavam e credenciavam os médicos que aceitavam as condições colocadas, consignando que essa relação era consagrada em contratos juridicamente perfeitos. Explicou que eles buscavam possuir uma rede credenciada que fosse compatível com as necessidades e a faixa etária da respectiva população, ressaltando que em saúde, a oferta era que determinava a demanda e uma vez desorganizada certamente poderia inviabilizar o sistema. Dessa forma, disse ser necessário que se mantivesse o credenciamento e o descredenciamento de maneira natural, como era próprio de uma relação entre as partes, onde nenhum profissional era obrigado a se credenciar, assim como nenhuma operadora era obrigada a manter um profissional que não lhe atendesse. Destacando a importância da ANS, dada a sua competência regulatória de pautar essa questão, disse que, oportunamente, sua entidade faria sugestões específicas quanto aos prestadores pessoas jurídicas, tratados na lei.

O Conselho Federal de Medicina reafirmou sua posição contrária em relação ao descredenciamento imotivado, argumentando que o Conselho, que tinha a função legal de fiscalizar o exercício da medicina, bem como os profissionais de saúde, teria de conhecer os contratos que as empresas diziam existir e nos quais se baseavam para proceder o descredenciamento, a fim de garantir o princípio do livre acesso, o direito de todos de lutar no mercado e do usuário de escolher os profissionais que lhes inspirasse maior confiança ou segurança.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) solicitou que fossem definidas as expressões: contratado, credenciado, referenciado e associado, visando unificar o entendimento, porque poderiam estar usando diversas nomenclaturas para os mesmos conceitos, e, no seu entendimento, o referenciado era aquele que constava de uma lista indicada, sem nenhum vínculo com qualquer serviço.

O diretor de habilitação e normas de produtos da ANS esclareceu que a lei tratava da mesma maneira qualquer vínculo contratual que pudesse existir entre prestador e operadora. Portanto, mesmo diante de relações diferenciadas, acrescentou

que não havia distinção entre referenciados, conveniados, credenciados e cooperados, pois nenhum prestador poderia ser indicado sem algum acordo, mesmo que operacional, significando, na prática, um contrato.

O PROCON, considerou a resposta da ABRAMGE inconsistente, uma vez que o mínimo que se poderia exigir de uma relação com vínculo operacional seria um contrato de serviço entre o prestador e a operadora. Informou que, conforme levantamento feito pelo PROCON no período de junho de 2000 a maio de 2001, foram registradas 85 reclamações sobre descredenciamentos de prestadores de qualquer natureza, significando ser esse, depois de reajustes e negativas de cobertura, o terceiro principal assunto discutido na Fundação, sendo que o mais alarmante era o não-atendimento de 93% das reclamações pelas operadoras, onde apareciam empresas de Medicina de Grupo e principalmente Cooperativas.

O PROCON reafirmou alguns direitos dos consumidores que não eram respeitados pelas operadoras, tais como: o da livre escolha onde o usuário, ao fazer opção por um plano escolhe uma rede, sem diferenciação entre credenciada e referenciada, e, posteriormente, as empresas descredenciavam os prestadores daquela rede, sem qualquer critério, deixando o mesmo sem assistência; o do cumprimento da oferta, pois as empresas descumpriam a oferta estipulada no início da contratação; e, o da devolução do valor pago, significando uma alteração unilateral do contrato, com abatimento proporcional do preço pago. Por isso, reiterou que se esperava o estabelecimento de critérios mínimos para o descredenciamento, com a devida fiscalização da Agência.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) considerou ter ficado evidente nas discussões que a relação entre a operadora e os prestadores de serviço era objeto de um contrato, mas que o problema estava no fato da legislação não ser respeitada, possibilitando alteração unilateral de contratos “antigos”, prática essa totalmente ilegal e inadmissível tanto pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), como pela Lei nº 9.656/1998. O IDEC registrou o seu entendimento de que a

ANS estava falhando por não fiscalizar os casos de descredenciamento de todos os prestadores de serviço, reafirmando que concordava somente com aquele que fosse motivado – por problemas éticos, sanitários etc. – conforme havia sido colocado, mas que, ainda assim, precisava ser seguido de substituição, assunto que merecia uma melhor regulamentação.

A Associação Médica Brasileira (AMB) registrou o seu entendimento no sentido de que a relação prestador de serviço e operadora era bilateral e de interesses mútuos, tanto que quando um prestador se credenciava, ele passava a ter um contingente de demanda dirigido, mas, por outro lado, ele também poderia valorizar os serviços da operadora. Disse que não pretendia defender que essa relação fosse perene, até porque a mesma poderia tornar-se desinteressante para qualquer das partes. Porém, argumentou que o motivo da preocupação do CFM, da AMB e das entidades de defesa do consumidor, era o modo como acontecia o seu rompimento, quando as operadoras adotavam condutas que não tinham explicação no contrato, causando prejuízos e danos ao consumidor e ao médico. Apelou para a urgência de se regulamentar a matéria, onde estivessem previstas: a comunicação prévia, a cessão de dados clínicos ao paciente e a apreciação dos contratos pela ANS.

A ANS observou a proposta do CFM de credenciamento universal, que obrigava as operadoras que não trabalhavam com reembolso a fazê-lo, no intuito de acabar com as diferenças existentes entre as três formas de contrato: o de reembolso, o de rede e o que garante acesso. Dessa forma, consignou que a proposta impunha reembolso integral para qualquer contrato, de qualquer operadora, dentro da tabela por ela praticada internamente. Em relação ao credenciamento e descredenciamento, esse último motivado ou imotivado, achou que não havia consenso quanto a necessidade de se estabelecer regras para os mesmos, destacando que o importante era a qualidade da assistência.

As autogestões fizeram as seguintes considerações sobre credenciamento universal ou acesso universal: a primeira, que as pessoas que quisessem ter acesso a qualquer médi-

co, poderiam optar pelo seguro; a segunda, que era falsa a afirmativa de que se estava defendendo o direito do usuário, porque, nesse mercado de saúde, o poder de discernimento dos pacientes era menor do que o dos prestadores de serviço de saúde, não sendo garantido àqueles que todos os médicos os atenderiam. Disse ser essa uma forma inadequada de resolver o desequilíbrio do mercado, que estaria relacionado à questões como: proliferação das escolas de Medicina, qualidade da formação do médico, tecnologia, excesso ou concentração desigual de profissionais etc. Assim, considerou inoportuna a proposta de credenciamento universal feita pelo CFM, que, na sua opinião, dava tratamento igual aos desiguais, porque os profissionais médicos não tinham a mesma formação, nem a mesma condição de atendimento, e que, para as autogestões, a rede credenciada era um bem estratégico. Disseram que as regras para credenciamento e descredenciamento teriam de observar: as garantias previstas na legislação brasileira, o funcionamento do sistema e o direito do usuário. Finalizando, registrou a necessidade de se disciplinar os casos em que a operadora ficasse impedida de dar o atendimento por culpa dos prestadores, sugerindo às entidades de defesa do consumidor que apoiassem essa proposta.

A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados (FENASEG), entendendo que na proposta apresentada a Agência faria o credenciamento e o CFM o descredenciamento, reafirmou sua posição contrária à mesma, até porque o referido Conselho não teria competência para legislar sobre as operadoras de saúde. Considerou prematuro fechar uma posição sobre o assunto, naquela reunião, pois o debate estava apenas começando, e que a exceção não poderia ser tratada como a causa principal. Além disso, lembrou que questões como a proliferação dos cursos de Medicina, a gama de especialidades e a concentração de profissionais especialistas nos grandes centros, não poderiam deixar de ser tratadas, e que, dada a complexidade do processo de prestação de serviço de assistência à saúde, tinha a preocupação de que não se conseguiria resumir todo esse processo em apenas uma discussão.

A ABRAMGE reafirmou a posição contrária em relação ao credenciamento universal, argumentando que qualquer operadora sabia que, com o aumento da procura, as despesas ficariam incontrolláveis. Disse que o aumento do custo com esse credenciamento poderia não ser absorvido pelas empresas que ofereciam convênio e beneficiavam, atualmente, cerca de 80% do total dos usuários do sistema. Ressaltou que, para as operadoras que possuíam rede própria, era impossível a adoção desse mecanismo, pois essas tinham de analisar a capacidade de utilização e o custo de cada prestador, e que esse credenciamento, utilizado pelos seguros, era proibido para as cooperativas médicas. Quanto às relações entre operadoras e prestadores, considerou que o que constava da lei era suficiente para a regulamentação das mesmas.

O PROCON-SP disse ser favorável ao credenciamento universal, pois a possibilidade do livre acesso era mais benéfica ao consumidor. Com referência ao desc credenciamento, considerou que o tema deveria ser discutido de imediato, porque as empresas de planos de saúde estavam sempre entre o primeiro e o terceiro lugar no *ranking* de reclamações recebidas no PROCON, e isso refletia a prestação de serviço ao consumidor. Reiterou sua manifestação feita em outra oportunidade de que a ANS teria de conhecer a rede credenciada das empresas, para fazer uma fiscalização preventiva.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) concordou com o entendimento de que o credenciado, o referenciado etc., exceto o cooperado, tinham o mesmo significado e que todos os termos representavam uma relação formal entre as partes. Acrescentou que a FBH era contrária à proposta de credenciamento universal, por entender que as partes deveriam ter liberdade para estabelecerem seus contratos formais, dentro dos limites permitidos em lei, instrumento esse fundamental, inclusive, para ação de fiscalização da Agência. Relembrou que um dos objetivos da regulamentação era o de garantir o direito do consumidor, fazendo com que ele retomasse a confiança no sistema, aumentando o número de seus participantes e diminuindo a demanda do SUS, mas que esse objetivo não estava sendo alcançado em razão da

instabilidade colocada pela regulamentação, que precisaria ser mais cautelosa.

As cooperativas médicas registraram sua satisfação com o entendimento manifestado de que eram efetivamente diferentes das demais operadoras. Com relação ao descredenciamento, reafirmaram que esse não atingia as cooperativas, porque elas tinham regras próprias. Quanto à questão do credenciamento universal, reforçaram sua posição de que a cooperativa não teria condições de adotá-lo, apesar de absorverem grande parte dos médicos, e, que, muito embora entendessem a posição das entidades que o defendiam, essa não seria a maneira para se resolver o grave problema do desequilíbrio no mercado de trabalho do médico.

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar (CSS), do dia 30 de agosto de 2001, o IDEC considerou que a questão do credenciamento e do descredenciamento era parte da regulamentação da relação entre operadoras e profissionais, e ponderou que os dois assuntos deveriam ser tratados na mesma pauta de discussão, sendo que o primeiro deveria ter prioridade. Considerou também de que a instância para o debate do referido tema, por tratar-se de uma regulamentação técnica, era a Câmara de Saúde Suplementar, e que outras instâncias deveriam ser buscadas na medida em que esse trabalho encontrasse limitações na legislação ou fosse identificada alguma necessidade de mudança no marco da lei.

As autogestões disseram, em relação a regulamentação da relação entre operadoras e profissionais prestadores de serviço, que essa relação abrangia aspectos econômicos, éticos, jurídicos, contratuais, os direitos e deveres de cada um dos atores, e que o impasse era quanto à metodologia de encaminhamento da questão. Considerando que a regulação da relação entre operadoras e prestadores estava parcialmente contemplada na norma que disciplina o descredenciamento de hospitais, reiterou sua posição de que a mesma era falha porque não previa nenhuma proteção para usuários e operadoras quando da interrupção do atendimento por parte dos prestadores – pessoas jurídicas. Dada a necessidade de regulamentação do credenciamento e descredenciamento, pessoa

jurídica e física, entendeu que o processo deveria ser conduzido pela Agência no formato de encaminhamento de uma câmara técnica, cuja conclusão seria submetida àquele fórum.

A Confederação Nacional de Saúde (CNS) manifestou sua concordância quanto à necessidade de uma discussão prévia dos assuntos polêmicos numa câmara técnica, até para dirimir dúvidas e quebrar algumas arestas. Em relação à regulamentação dos prestadores, reiterou que era preciso ter um instrumento contratual que regulasse o relacionamento entre esses, pessoas jurídicas e físicas, e as operadoras, para não penalizar o usuário e nem deixar os prestadores sem a estabilidade econômica necessária à realização de serviço com qualidade, o que os levava a tomar decisões drásticas com as operadoras.

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar (CSS), de 27 de setembro de 2001, a ANS apresentou uma “agenda da regulamentação”. Os temas foram agrupados em três blocos: modelo de regulação, sua transição e evolução; modelo assistencial; e, processo de regulamentação em si, englobando as questões previstas em lei mas ainda não regulamentadas e as que merecessem revisão.

O bloco “modelo de regulação” continha o seguinte: adaptação dos contratos, com todas as suas decorrências, o processo de migração, o de estabilização dos contratos antigos e novos; mobilidade dos usuários e portabilidade de carência; ressarcimento ao SUS; reajuste por faixa etária; e, abrangência da regulamentação, a fim de melhor especificar as modalidades correlatas de prestação de assistência à saúde diretamente ao usuário, como o cartão de desconto, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel etc. No bloco “modelo assistencial” estavam as questões relativas: à assistência farmacêutica; à promoção e prevenção à saúde; aos mecanismos de regulação de uso, incluindo as modalidades de rede, objeto da Resolução CONSU nº 8; e, às modalidades de segmentação e subsegmentação.

No bloco “regulamentação”, foram identificados: as relações entre operadoras e prestadores; os atendimentos de urgência e emergência da Resolução CONSU nº 13; a assistên-

cia ao recém-nascido da Resolução CONSU nº 2; o reajuste por faixa etária da Resolução CONSU nº 11 – sendo que esses já estavam no calendário desse ano da Câmara; a política de reajuste e revisão técnica; e, as doenças ou lesões preexistentes, com os seus sistemas decorrentes, cobertura parcial temporária, agravo e rol de procedimentos de alta complexidade.

A CNS insistiu que se mantivesse como prioridade a regulamentação das relações entre operadoras e prestadores de serviço, porque sua ausência invalidava qualquer definição de modelo e que a falta de um instrumento com regras claras entre as partes, além de deixar os usuários desprotegidos, possibilitava situações onde os prestadores poderiam ser penalizados. O Conselho Federal de Medicina ressaltou que a regulamentação das relações entre operadoras e prestadores era absolutamente fundamental para que ficasse claro o que competia a cada um dos envolvidos.

Na reunião da Câmara Técnica, do dia 21 de março de 2002, a ANS registrou que, sobre a regulamentação da relação entre operadoras e prestadores, foram recebidas e distribuídas as propostas: do CIEFAS, da FENASEG, do SINAMGE/SINOG, da AMB e CFM, do CFO, da FBH, da CNS e da Fundação PROCON de São Paulo.

A CNS defendeu que a ANS determinasse a obrigatoriedade de contrato entre as operadoras e prestadores, abrangendo o objeto pactuado, a periodicidade e forma de reajuste, os prazos de faturamento e pagamento, a metodologia de auditoria médica e revisão de contas, a descrição dos serviços e a impossibilidade de rescisões unilaterais; que esses contratos fossem levados ao seu conhecimento, para que pudesse monitorá-los e fiscalizá-los; e que, as operadoras negociassem com os prestadores antes de alterar as regras do jogo.

O CFM constatou que: primeiro, não eram as operadoras, mas sim os seus prestadores, em especial os médicos, que davam a assistência ao consumidor, sendo a figura central do atendimento e o referencial para população; segundo, em consequência disso, o CFM recebia um grande volume de reclamações de descredenciamento, que tinha de enviar para o PROCON e o Ministério Público, por não ter competência

específica para analisá-las; terceiro, os prestadores não podiam mais conviver com a incessante interferência das operadoras na relação médico-paciente, o que repercutia na qualidade da assistência, nem com a pressão que lhes faziam as empresas usando o descredenciamento, diuturnamente, como o seu o maior trunfo; e, quarto, os consumidores tinham de ser protegidos e ter a segurança de que estavam comprando o mesmo produto que lhes fora ofertado.

O CFM afirmou ser imprescindível a regulamentação da relação entre prestadores e operadoras. A representante do Conselho relatou os principais pontos da proposta do CFM e da AMB: a criação de uma Câmara Técnica permanente de assuntos médicos, a livre escolha com o reembolso de despesas, o não descredenciamento aleatório e unilateral, uma política de reajustes de honorários transparente e apropriada, o cuidado com o sigilo médico no fluxo de informações relativas à assistência, uma sistemática de auditoria médica e glosa, e a limitação de medidas coercitivas que interferissem na autonomia profissional. Dando ênfase à criação da câmara, explicou que essa teria uma composição paritária com representação de cada um dos segmentos do mercado, uma constante e periódica reavaliação da sua utilidade e do seu desempenho, e uma pauta inicial com o que foi proposto pelo CFM/AMB e o que pudesse ser adicionado pelos demais atores.

Acrescentou que ela perseguiria os propósitos: de suprir a dificuldade enfrentada na Câmara de Saúde Suplementar de examinar minuciosamente alguns problemas, devido à extensa pauta que tinha de percorrer; de ser um espaço de aprofundamento de todos os pontos, inclusive os mais conflituosos, que fossem ligados à relação médico-operadora, desde protocolos de qualidade, lembrados pelo IDEC e PROCON, até outros como auditorias, credenciamento e descredenciamento etc.; e de pactuar sobre eles por meio de acordos, assinados e divulgados, que fossem fiscalizados pelos interessados e pela Agência, a qual também faria o papel de arbitragem e decidiria quando não se chegasse a uma conclusão.

A AMB endossou a extrema relevância de regular essa relação para que sérios embates fossem solucionados, tais como:

o do uso indevido do mecanismo da glosa que algumas operadoras praticavam de forma sistemática, chegando a ser de até 25%, como se isso estivesse definido para um ajuste de caixa; o dos médicos que investiam em seu trabalho, servindo como referência para os usuários na escolha de um plano e, posteriormente, não passavam de um elemento de *marketing* para as empresas que de maneira abrupta, inexplicável e aleatória, descredenciavam esses profissionais causando-lhes imensas dificuldades e prejuízos; e, o do *managed care*, um instrumento antiético, lesivo ao médico e ao usuário, que limitava a autonomia profissional e restringia a assistência, o qual mudou para pior a medicina americana e era uma chaga que se insinuava crescer no Brasil e tinha de ser sepultada. Por isso, considerou a criação da Câmara Técnica de assuntos médicos absolutamente oportuna e essencial, reforçando que sua pauta preliminar seria composta pelos itens da proposta do CFM e AMB e dos que fossem assinalados pelos outros setores.

O SINAMGE/SINOG alertou para o fato de que as operadoras tinham de conviver com as características diferenciadas de seus prestadores e podiam: trabalhar com meios de atendimento exclusivamente próprios, terceirizados, ou ambos; ofertar o plano referência e, de forma isolada, o plano ambulatorial ou hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica; ter em sua rede credenciada prestadores que fossem cooperativas, empresas de planos por administração, e entidades de autogestão privadas ou estatais. Expôs que os vários tipos de relacionamento teriam de ser devidamente formalizados num instrumento contratual, com o seu objeto, a forma de pagamento ou de remuneração, o prazo de duração, condições de rescisão, enfim tudo que espelhasse o que as partes realmente haviam pactuado. Advertiu, também, que, apesar de aceitar que a ANS pudesse ter acesso a todas essas informações, a contratação tinha de continuar sendo direta entre as operadoras e seus prestadores, sem participação de terceiros, e regulada nos termos da lei civil, do Código de Defesa do Consumidor, das normas próprias do exercício profissional, e, em se tratando de prestador com vínculo de emprego, da legislação trabalhista. Colocou ser

fundamental para as operadoras que trabalhavam com rede fechada de credenciamento a manutenção desse mecanismo, sem o qual seria inviável, nos planos ofertados, o controle do orçamento, do equilíbrio econômico-financeiro e da qualidade dos serviços assistenciais prestados. Pelas razões acima, discordou da proposta do CFM e da AMB da criação de mais um Fórum, acreditando ser equivocado instituir uma regulação única ou novas regras para essas relações, sob pena de subverter, por inteiro, a estrutura organizacional e de custeio do mercado operador de planos.

A Federação Brasileira de Hospitais propôs que o relacionamento entre operadoras e prestadores pautado num instrumento formal, contendo as bases do mesmo, conforme as normas da legislação civil, e que a ANS assumisse três posicionamentos. Um, o de determinar que as operadoras comprovassem a existência da relação formal, não com a apresentação do contrato, mas por carta assinada por ambas as partes, a exemplo do que era feito pelo extinto INPS. Outro, o de determinar para qual setor da ANS poderiam os prestadores informar o rompimento de um contrato, deixando de ficar na dependência exclusiva de denúncia pela operadora. E ainda, o de requerer que as operadoras informassem o percentual médio de reajuste concedido ou a conceder aos seus prestadores de serviço, concordando com a FENASEG, que a participação desse em seus custos fosse considerado como fator de reajuste adicional às mensalidades dos planos.

A FBH insistiu para que a FENASEG admitisse que o acordo firmado entre as partes fosse formalizado num instrumento legal, até porque ela própria, ao conceituar o seguro saúde, assumia a seguinte expressão: "...reembolso direto ao segurado, ou mediante convênio com uma rede médica ou hospitalar...", e, no seu entendimento, a palavra convênio tinha o mesmo significado de contrato. Avaliou que poderia ser positivo o aprofundamento dessa matéria num fórum específico, porém ponderou que ele deveria ser composto por menos da metade do número de participantes da Câmara de Saúde Suplementar e não ser permanente, a fim de se obter melhores resultados.

O PROCON-SP salientou ser imprescindível e urgente estabelecer normas para a relação entre operadoras e prestadores, que perseguissem o comprometimento das partes com o aspecto ético e, principalmente, com a qualidade da assistência à saúde prestada e ofertada, em virtude dos prejuízos concretos e diretos causados ao consumidor. Destacou que seria preciso exigir a formalização de um instrumento contratual, que prescrevesse minuciosamente direitos e obrigações, inclusive quanto aos valores da prestação dos serviços e seus reajustes.

No descredenciamento de qualquer prestador, queria o PROCON-SP, era imperioso que estivesse previsto: a proibição de alterações da rede originalmente contratada, salvo nos casos previstos na lei; a sua ocorrência apenas por motivo justificável; o imediato restabelecimento da rede, aliado a prévia informação à ANS e ao consumidor; o abatimento proporcional do preço da mensalidade, que os usuários, segundo os arts. 20 e 35 do Código de Defesa do Consumidor, podiam pleitear por vício de qualidade na prestação de serviço e por descumprimento à oferta; que, na substituição do prestador descredenciado por outro de mesmo nível, a Agência se manifestasse baseada em parecer de instituição capacitada para tal. O PROCON-SP enfatizou ser indispensável que as operadoras dessem conhecimento dos contratos firmados com os seus prestadores à Agência, que faria o acompanhamento dos mesmos, verificando os possíveis desequilíbrios que afetassem o consumidor.

O IDEC defendeu acerca da avaliação e certificação de qualidade da assistência à saúde no Brasil, para a qual a experiência internacional mostrava ser importante um determinado nível de exigência, que a acreditação hospitalar, desde 1992, tinha um modelo preliminar que apontava o início de um trabalho, e, compreendendo que aquele momento seria propício para o aprimoramento desse aspecto. No caso de hospitais, haveria a obrigatoriedade de apresentação do certificado de qualidade, porém qualquer contratação de prestadores de serviço estaria sujeita às condições básicas, ligadas especificamente à qualidade técnica do estabelecimen-

to que incluísse o atendimento ao consumidor, abrangendo acreditação hospitalar e certificação de qualidade, devidamente expedidos pelos órgãos competentes. A ANS faria o seu monitoramento, disponibilizaria ao mercado as informações captadas e, em conjunto com sociedades científicas ou técnicas, trabalharia para a ampliação dessa oferta. Adotado por todas as operadoras privadas, esse procedimento traria um impacto muito positivo na qualidade da promoção e da assistência à saúde.

As autogestões consideram que na regulamentação entre prestadores e operadoras devem ser asseguradas: a assistência ao menos de urgência e emergência, coibindo a suspensão do atendimento e a rescisão unilateral dos contratos durante o processo de negociação; a não imposição unilateral de tabelas de preços, o que provocava instabilidade na relação comercial e comprometia a continuidade do atendimento; a proibição da exigência do cheque-caução na vigência do instrumento contratual, por ser esse um ato excessivo, servindo até para compensar a ineficiência operacional, inclusive das operadoras. Em virtude de muitas vezes o atendimento ser suspenso por iniciativa dos prestadores e não das operadoras, fez um apelo para que a ANS auxiliasse o seu segmento na articulação com a Secretaria de Direito Econômico e o CADE, a fim de que agilizassem as soluções nos casos de denúncia por prática de *lock-out* e cartelização de preços.

As autogestões gostariam que a regulamentação da relação entre operadoras e prestadores contemplasse alguns pontos. Manter a definição dos interesses no âmbito das partes, respeitando-se os direitos dos consumidores, sem a participação da ANS. Obrigar a existência de contrato formal, discriminando todas as condições da contratação, tais como: objeto; composição dos serviços; aspectos do atendimento aos usuários; condições éticas, legais e de qualidade; direitos e obrigações de cada um, incluindo as responsabilidades sobre as informações técnicas, as pleiteadas pela ANS e as relativas à reclamações de usuários. Proibir o credenciamento universal, que iria interferir no equilíbrio do plano, o qual já poderia conter reembolso livre no limite do contrato. Permitir à ope-

radadora a utilização dos critérios técnicos e de qualidade que achasse mais convenientes para o credenciamento e sua manutenção. Atribuir à ANS, além de ser uma fonte de referência de certificações técnicas dos prestadores e das condições de operação das empresas do mercado, o papel de monitorar esse relacionamento, sendo intermediária no caso de dificuldades entre as partes e na implantação e absorção de novas tecnologias, e de desenvolver indicadores referentes a materiais e medicamentos, que equívalem cerca de 25% dos custos de um plano.

A Confederação das UNIMED esclareceu que não havia encaminhado proposta em função de que os médicos das cooperativas não eram contratados ou credenciados, e, sim, cooperados, participando do resultado da operação do plano. Enfatizou ser adequada a proposta do SINAMGE/SINOG, para os prestadores não-cooperados, de haver uma formalização contratual prevendo todos os elementos pactuados, procedimento esse já adotado pela maioria das UNIMED's. Concordando com a proposta do CFM e da AMB de criação de uma câmara técnica, alertou para que o seu papel e a sua composição estivessem claramente definidos antes de ser instalada.

A Confederação das Santas Casas de Misericórdia (CSCM), defendeu que o relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços deveria respeitar: as condições comerciais negociadas ao longo do tempo; as diversidades operacionais e jurídicas existentes no mercado; os contratos já firmados entre as operadoras e seus beneficiários; e que o modelo desenvolvido direcionava os recursos para rede própria e/ou credenciada, sendo incompatível com os baseados na livre escolha dos recursos. Além disso, a relação teria de estar formalizada em um instrumento contratual, dentro das disposições dos artigos da Lei Federal nº 9.656/98, estabelecendo direitos e deveres entre as partes e prevendo, no mínimo: objeto da contratação, preço e condições de pagamento dos serviços, auditoria médica e glosas, política de reajuste, condições para a suspensão contratual, e o vínculo econômico-financeiro entre eles.

A Confederação das Santas Casas advogou em relação às regras para a renegociação dos contratos, que fossem fixados prazos claros para seu início e final, sugerindo que esse início se desse 60 ou 90 dias antes do término do contrato em vigor, prolongando-se, no máximo, por igual período, quando seriam mantidas as regras pactuadas naquele contrato que se expirava. Por fim, para que o mercado não passasse por uma completa descaracterização na forma como operava, reforçou que aquele relacionamento teria de estar apoiado em regras simples que considerassem a diversidade do mercado e as condições comerciais negociadas entre as partes, tendo sempre em vista a busca do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e a questão decorrente de incorporação tecnológica absolutamente indispensável para a negociação dos novos preços.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) resumiu as discussões acontecidas nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar sobre a relação entre as operadoras privadas e os prestadores de serviços. A nota técnica com o sumário das discussões da diretoria de produtos da ANS inclui os seguintes tópicos: critérios técnicos de atendimento; pagamento; quantificação; qualificação; rescisão; conseqüências; motivos para descredenciamento; e cláusulas contratuais.

A nota técnica da diretoria de produtos da ANS apresenta os critérios técnicos e de atendimento que devem ser explicitados nos contratos, entre as operadoras privadas e os prestadores de serviços – pessoas físicas e pessoas jurídicas. Os critérios técnicos para pessoas jurídicas incluem as especialidades e os serviços que são objeto do credenciamento, especialmente, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; indicação do responsável técnico pelos serviços; definição se o corpo clínico faz parte do atendimento estabelecido contratualmente; obrigatoriedade de disponibilizar dados da assistência para apresentar a ANS, quando solicitado; atuação de comissões de controle de infecção hospitalar; e referências à utilização de materiais e medicamentos.

A nota técnica define também os critérios de pagamento que devem estar explicitados nos contratos entre operado-

ras e prestadores: especificar a forma e o prazo de pagamento; especificar a existência e o tipo de auditoria técnica, suportada por protocolos clínicos e atenção para exames e procedimentos autogerados; vedar a utilização de glosa linear ou o não pagamento de faturas devidamente auditadas no prazo acordado; e o não pagamento de serviços prestados poderá ser objeto de denúncia na ANS, conforme decisão dos prestadores de serviços.

Os critérios de credenciamento quanto à quantificação de prestadores de serviços, de acordo com a nota técnica da ANS, são os seguintes: garantir ao beneficiário o direito de escolher outro prestador de serviço para opinar tecnicamente sempre que necessário; facilidade de acesso conforme dispersão geográfica da massa assistida; e garantir ao profissional médico a repetição do exame em prestador alternativo, nos casos de dúvida quanto ao diagnóstico.

Os critérios de credenciamento quanto à qualificação dos prestadores de serviços devem observar as seguintes comprovações de habilitação das pessoas físicas e das pessoas jurídicas. Os contratos devem possuir cláusulas contratuais que estabeleçam as condições para sua rescisão nos descredenciamentos sem motivos, decorrentes de solicitação do prestador; nos descredenciamentos motivados, decorrentes de solicitação do prestador; e nos descredenciamentos motivados, decorrentes de solicitação da operadora. A nota técnica apresenta também motivos para descredenciamentos.

A nota técnica da ANS afirma que problemas relativos ao constrangimento no acesso a assistência à saúde contratada pelos beneficiários das operadoras privadas, decorrentes de sua relação com os prestadores, poderão ser analisados e gerar penalidades. O processo será direcionado à operadora privada. Se comprovada a responsabilidade do prestador pelo ato indevido, poderá haver descredenciamento do prestador e até sua inabilitação pela atuação no setor de saúde suplementar.

As cláusulas que deverão constar nos contratos entre as operadoras privadas e os prestadores de serviços, de acordo com aquela nota da ANS, são as seguintes: objeto e natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

prazos e condições para faturamento e recebimento dos serviços executados; vigência do contrato; normatização para auditoria médica; revisão e discussão das faturas; condição de rescisão; e critério de prestação de informação assistencial. A nota técnica da diretoria de produtos da ANS conclui sugerindo “prazo de um ano após a publicação da normatização para que sejam implementadas as medidas administrativas e adequações contratuais”, visando o pleno atendimento às disposições reguladoras apresentadas.

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar, de 20 de março de 2003, o diretor de produtos da ANS discorreu sobre a minuta da RN de contratualização entre as operadoras e prestadores-hospitais e o funcionamento da respectiva Câmara Técnica. O amparo legal da minuta encontrava-se na Lei Federal nº 9.961/2001, que destinou à ANS, no art. 3º, a finalidade de promover a defesa do interesse público no setor regulando as relações entre as operadoras e seus prestadores de serviços e, no inc. II do art. 4º, a competência de estabelecer as características gerais dos contratos entre os mesmos.

A Câmara Técnica de Contratualização (CTC) fora instalada em 10 de julho de 2002, e teve seis reuniões até novembro, com uma maciça presença do segmento dos prestadores e das operadoras e uma vasta discussão do assunto por quase seis meses.

O texto da minuta de RN em discussão foi apreciado pela diretoria colegiada após a aprovação das 15 entidades presentes na reunião da Câmara Técnica, no dia 6 de novembro de 2002, de uma proposta elaborada a partir dos posicionamentos majoritários. A minuta de RN sugere que teriam de estar obrigatoriamente no contrato: prazo de faturamento e pagamento dos serviços prestados pelo hospital, a rotina de conferência e certificação das faturas recebidas pela operadora, prazo para revisão periódica de preços, fixação de multas entre as partes aplicáveis na hipótese de descumprimento de suas cláusulas e as rotinas de garantia do atendimento a ser prestado pela operadora ao consumidor, sem obstáculos criados pelo hospital.

A minuta da norma previa ainda que fizesse parte do instrumento contratual: o registro da operadora na Agência e o da entidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do MS para a garantia da qualidade; seu objeto e natureza jurídica; o perfil assistencial e especialidades; os procedimentos que estavam sendo contratados quando a prestação não fosse integral; o regime de atendimento e o padrão de acomodação; os valores dos serviços, prazos e formas de faturamento e pagamento; rotina de auditoria técnica e administrativa; rotina de habilitação do beneficiado junto à prestadora; os procedimentos dependentes de prévia autorização; o prazo de vigência e as regras para renovação e/ou rescisão do contrato, essa condicionada a uma notificação com 60 dias de antecedência da data do seu término e a obrigação do prestador de identificar os pacientes que a operadora teria de dar a continuidade ao tratamento.

Outros pontos discriminados na minuta de RN foram: o da obrigatoriedade do prestador disponibilizar à operadora os dados assistenciais dos atendimentos requisitados pela ANS, observando-se a ética e o sigilo profissional; os direitos e obrigações das partes observados o pleno atendimento do art. 18 da Lei Federal nº 9.656/1998, a não discriminação de pacientes e priorização de ocorrências de urgência e emergência, de gestantes, de lactantes e lactentes e de pacientes com até cinco anos e mais de 65 anos de idade; regras de reajuste de preços, contendo forma e periodicidade; e autorização expressa para a operadora poder divulgar o nome do prestador na lista de sua rede de assistência.

A ANS fez ressalvas das principais discordâncias: pela FENASEG, quanto a obrigatoriedade de definição prévia de um contrato; pela FENASEG e CNI, quanto as regras de reajuste, forma e periodicidade do mesmo; e pela Confederação Nacional das Indústrias (CNI) e UNIMED quanto a divulgação do nome do prestador. Foi definido na minuta que num prazo de 180 dias após a publicação da RN, o mercado repectuaria ou ajustaria os contratos existentes. A Agência optou por submeter aquela minuta de RN à consulta pública até o dia 17 de abril, pela importância da mesma e em função dos

conflitos entre operadoras e prestadores trazerem impactos negativos aos consumidores de planos, provocando um crescimento de reclamações de 15,5% para 24,4% entre 2001 e 2002, enquanto que as de aumento de mensalidade diminuíram de 39,9% para 28,7%, conforme aferido pelos números do Disque ANS.

A CNS alegou ter sido negativo o longo período transcorrido antes que fosse elaborado algum formato na contratualização de operadoras e prestadores, tempo em que os prestadores continuaram penalizados com o congelamento dos preços que lhes eram pagos pelas operadoras, fazendo com que esse segmento ficasse numa situação impossível de ser sustentada. Além disso, afirmou que a Agência estava demorando muito para intervir na regulação dos contratos entre operadoras e prestadores, o que já deveria ter feito de modo a preservar o equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores, e propôs que o excessivo prazo de 180 dias, após a publicação da minuta da RN, fosse reduzido para 30 dias, obrigando urgentemente às operadoras a repactuarem os preços com seus prestadores por estarem absolutamente incompatíveis com os custos de mercado, senão eles precisariam de outras alternativas para se reequilibrarem.

O PROCON-SP indicou dois aspectos que deveriam ser adicionados às obrigações previstas na minuta de Resolução Normativa da ANS de contratualização: que o consumidor, valendo-se de um de seus direitos básicos, fosse informado da vigência do contrato entre a operadora e seus prestadores de serviços; e que os prestadores fossem proibidos de exigirem dos consumidores garantias absurdas, principalmente, a do “cheque caução”, para se utilizarem dos serviços aos quais tinham direito.

A FENASEG explicou que as suas ressalvas retratavam a sua discordância pelo fato da RN impor, obrigatoriamente, às seguradoras a adoção de um instrumento contratual e que o mesmo fosse formalizado, desconsiderando duas de suas características: uma, de que seus produtos eram comercializados na modalidade de reembolso ao usuário, que podia ter acesso a uma lista de prestadores de serviços apenas como uma referência, bem diferente da prática de credenciamento; e outra,

de que toda a sua relação com o comprador de serviço, pessoa física ou jurídica, já era regulada pelo próprio mercado que, independente de dispositivo legal, adequava produtos, qualidade, preços e reajustes, buscando inclusive alternativas de compra desses serviços, sem gerar nenhum tipo de conflito.

O diretor de produtos da ANS esclareceu a minuta de RN de contratualização que definia que: as penalidades teriam de integrar o contrato pactuado entre as partes envolvidas dentro das suas conveniências, as quais não seriam aplicadas pela Agência; e que vigoraria imediatamente depois da sua publicação para os novos contratos, sendo que o prazo do seu art. 3º era para a revisão dos que estavam em curso, que foi pensado devido ao volume de operadoras e de estabelecimentos hospitalares existentes no Brasil, que poderia gerar uma grande quantidade de repactuações a serem processadas e que deveria ser considerado antes de se estipular um prazo inexequível.

O representante do Ministério da Justiça considerou ser essencial uma intervenção do Estado, no caso da Agência, para assegurar um equilíbrio mínimo nas relações entre seus componentes, porque nesses momentos parecia ser óbvio que houvesse uma grande propensão de se sacrificar a parte mais vulnerável da cadeia econômica – o consumidor, expressão da própria realidade social. Nesse sentido, consignou que os órgãos de defesa do consumidor participantes daquela Câmara encaminhariam por escrito os seus posicionamentos, convictos de que providências de natureza estrutural poderiam se traduzir, a médio e longo prazo, senão na absoluta tranquilidade, ao menos em mecanismos de maior proteção para o consumidor.

AS PROPOSIÇÕES PARA O FÓRUM DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O Ministério da Saúde quer que o Fórum de Saúde Suplementar de 2003 seja, nas palavras do ministro da Saúde Humberto Costa,

um momento de diálogo entre todos os setores, para que se chegue a uma situação que seja boa para todos. Todos os segmentos não ter que perder um pouco para ganhar um pouco, quem esti-

ver imaginando que vai chegar ao Fórum para defender posições imodificáveis, não vai estar contribuindo para o processo de solução dos problemas que o setor tem, e pode ter certeza que o Ministério da Saúde e o governo federal em nenhum momento vão vacilar, se for preciso tomar posições em torno dos temas que forem criados aqui, certamente tomará... Por isso, é que o espírito que deve presidir todos os participantes desse segmento, é o espírito do debate e da negociação, do perder e do ganhar, para que o sistema como um todo possa ganhar (ANS, 2003).

O Ministério da Saúde, diz o ministro, quer que o Fórum de Saúde Suplementar seja um espaço para que se possa fazer um novo pacto, um pacto entre todos os atores e que se possa ter, tanto uma legislação quanto um instrumento de regulação que seja legitimado por todos. É necessário, de uma vez por todas, ter um parâmetro que todos aceitem, para que não se tenha permanentemente a disputa que se estabeleceu entre consumidores, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e governo.

As autogestões apresentaram propostas sobre o objeto da regulação da saúde suplementar, afirmando a necessidade de “estender para a área da regulação e fiscalização os prestadores de assistência à saúde”. O segmento considera que atualmente há uma concentração regulatória e fiscalizatória nas operadoras, desprezando-se os prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios e médicos). A legislação que disciplina a assistência suplementar à saúde deve trazer para o terreno da regulação e fiscalização os agentes prestadores de serviços, avançando, na medida do possível, para o terreno contratual a fim de dar tratamento a essa relação seguindo os novos postulados trazidos pela legislação civil, especialmente, aqueles atinentes à função social do contrato (conforme art. 421 do novo Código Civil).

A Federação de Seguros Privados (FENASEG) também apresentou uma proposta de mudanças na Lei Federal nº 9.656/1998. A FENASEG propõe que, na substituição da entidade hospitalar por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 dias de antecedência, seja feita a ressalva para a decisão unilateral da enti-

dade hospitalar credenciada ou referenciada. Argumenta que a operadora não tem controle ou ingerência sobre as decisões das entidades hospitalares credenciadas e referenciadas com as quais mantém qualquer vínculo.

A Federação de Seguros Privados propõe criar as condições de prestador de serviço ou profissional de saúde “referenciado”, ao lado dos contratados, credenciados ou cooperados. Argumenta que o texto deve manter coerência com os termos usados em vários outros dispositivos da lei. A FENASEG propõe também que o não cumprimento das obrigações da Lei seja de exclusiva responsabilidade do prestador de serviços referenciado ou credenciado. Alega que, nestes casos, não há qualquer vínculo entre as operadoras privadas e prestadores de serviços, limitando-se estas últimas a aceitar receber das operadoras o pagamento pelos serviços prestados aos consumidores por conta e ordem dos mesmos.

A Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED) do Brasil encaminhou sua contribuição para o Fórum do Setor de Saúde Suplementar, advertindo sobre as obrigações e os direitos dos prestadores ou profissionais de saúde. A UNIMED recorda que a Medida Provisória nº 1.908-20/99 incluiu no *caput* do art. 18 da Lei nº 9.656/1998 a palavra “cooperado”. Ocorre que um inciso do referido artigo dispõe que é vedado às operadoras a imposição de contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional, que não se aplica às cooperativas, haja vista que, quando a operadora for constituída sob a forma de cooperativa, qualquer disposição estatutária decorre da vontade dos próprios cooperados, como aliás tem reconhecido o Superior Tribunal de Justiça em inúmeros julgados.

A UNIMED defende que a liberdade dos cooperados, aprovarem o estatuto da cooperativa com direitos e obrigações inerentes ao seu objeto social, é um direito constitucionalmente assegurado (art. 5º, XVIII) que não pode ser subtraído nem mesmo por Emenda à Constituição (art. 60, §4º, inc. IV da CF). Assim, defende a Confederação das Cooperativas, a redação do art. 18 originariamente aprovada pelo Congresso Nacional e que deve ser mantida.

A Confederação Nacional de Saúde também encaminhou suas sugestões para o Fórum. A Confederação defende a reavaliação da Lei Federal nº 9.656/1998 sobre a regulamentação de Planos de Saúde, no que concerne a preservação do equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores de serviços na relação com as operadoras, para a manutenção do Sistema Complementar de Saúde. A CNS defende também a implantação da Contratualização com os itens discutidos na Câmara Técnica da ANS, no prazo máximo de 90 (noventa) dias.

A CNS quer a reavaliação urgente dos valores de remuneração dos prestadores de serviços, hospitais, clínicas, laboratórios e médicos. A Confederação requer a ação rigorosa e constante da ANS, frente às operadoras privadas inadimplentes, com os seus prestadores de serviços. A CNS observa que

são inúmeros os casos de prestadores de serviço que reclamam das constantes glosas efetuadas em seus pagamentos, a maioria delas sem justificativas plausíveis e a critério exclusivo das operadoras. Esta atitude tem provocado uma situação de vantagem para as operadoras, pois recebem a prestação de serviços da melhor maneira possível por preços inferiores aos do mercado, restando o dinheiro alheio ao seu próprio caixa e ocasionando desvantagens aos hospitais, clínicas e laboratórios que investem em novas tecnologias e prestam todo tipo de serviço médico às custas de seu capital de giro. Se tal situação não for devidamente corrigida, implicará num enriquecimento ilícito, sem causa, por parte das operadoras e num conseqüente empobrecimento indevido por parte dos prestadores de serviços.

A Federação Brasileira de Hospitais afirma que a Lei Federal nº 9.656/1998 e toda a regulação antes e depois da ANS tiveram o foco voltado para a área econômico-financeira e, algumas vezes, ouvindo usuários e órgãos de defesa do consumidor, sem a preocupação da qualidade com que se atende e trata os pacientes; basta verificar toda escrita existente para certificação do fato. O foco deve ser mudado para o da “Qualidade da Assistência”, até porque qualidades dife-

rentes têm custos e preços diferentes. A partir desta observação, a FBH advoga que são necessárias a construção e eleição de alguns indicadores para enxergarmos o setor sob a ótica da qualidade. Por fim, a Federação de Hospitais diz estar de acordo com o modelo de contrato-padrão determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A Confederação Médica Brasileira (CMB) apresentou as seguintes propostas para o Ministério da Saúde em relação ao Fórum de Saúde Suplementar: implantar data-base anual de negociação entre entidades médicas e operadoras quanto à remuneração/reajuste tendo como intermediador a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); implementação via ANS das diretrizes e protocolos da AMB e sociedades de especialidades inclusive com protocolos de prevenção de doenças e promoção de saúde para a medicina suplementar; implementação da livre escolha do médico pelos usuários, com o fim do referenciamento/credenciamento; implementação da auditoria mista (técnico dos usuários, prestadores, médicos, hospitais e operadores) para efetivar a avaliação e o desempenho do setor; normatizar via ANS o fim das glosas injustificadas e atrasos de pagamentos da remuneração da produção médica fixando multas; normatizar o não cerceamento da autonomia do médico; controle social do sistema nos moldes do SUS com conselhos gestores; reposição das perdas por meio da implementação do rol de procedimentos AMB e viabilização da discussão de mecanismo de reajuste vinculado aos reajustes dos segurados.

O departamento de saúde pública da AMB apresentou proposições e argumentações ao Fórum de Saúde Suplementar. A adoção das Diretrizes de Procedimentos Médicos AMB/CFM no sistema de saúde suplementar como parâmetro de orientação de conduta médica, de acordo com a AMB, permite estabelecer parâmetros mais homogêneos de conduta médica, com redução das indicações que não atendam aos mais recentes e adequados preceitos de conduta médica, assim como racionaliza a indicação de procedimentos com redução dos custos além de atuar como instrumento de atualização profissional.

A adoção no sistema de saúde suplementar do rol hierarquizado de procedimentos médicos AMB/CFM, de acordo com a AMB, é produto do exaustivo trabalho profissional da FIPE e da diretoria da AMB por mais de três anos, estabelecendo de modo inovador e hierarquizado os milhares de procedimentos realizados hoje na medicina brasileira. A adoção do rol permite homogeneização da linguagem no que se refere aos procedimentos, corrigindo as distorções das inúmeras tabelas próprias existentes, tais como tabelas antigas que não contemplem procedimentos, hoje, universalmente praticados e a possibilidade de se aplicar aos procedimentos, de modo mais eficaz, os necessários estudos estatísticos.

A AMB afirma que a adoção de mecanismos que assegurem à ANS sua atuação, no sentido de se cumprir dever legal de garantir o equilíbrio entre os setores que compõem o sistema de saúde suplementar, equilíbrio esse fundamental para o devido atendimento à população de usuários. O longo período (oito anos) sem reajuste de honorários médicos, culminando com a defasagem salarial que nos últimos 12 anos remonta perda estimada em 300%, trouxe graves danos à qualidade do exercício profissional no país, com severos limites à capacidade financeira dos profissionais para atualizar-se e modernizar seus equipamentos, além de ter, há muito, perdido a compatibilidade entre a responsabilidade do ato profissional e a remuneração efetivamente percebida. Tal empobrecimento, sem precedentes na história da categoria médica brasileira, trará em breve graves conseqüências à qualidade da medicina exercida no País, com danos internos à população e internacionais à imagem do padrão de assistência à saúde praticada no Brasil.

A Associação Médica quer mais celeridade nos trabalhos da Câmara Técnica de Assuntos Médicos, pois diversos e graves temas referentes à relação médicos e operadoras necessitam prioridade em sua regulação, dentre estes as inaceitáveis glosas sem justificativas, por vezes denotando mecanismo de ajuste de caixa; as constantes interferências das operadoras na liberdade de exercício profissional do médico e os descredenciamentos imotivados, que tem na verdade moti-

vações de natureza econômica, causando enorme e inesperada perda ao profissional que tem investimentos e responsabilidades assumidas em função desse contingente de pacientes, com danos também extensivos aos pacientes que perdem a oportunidade de seguir em tratamento com o profissional eleito para tal.

O credenciamento dos médicos por meio de suas centrais de convênios é defendido pela AMB, que considera que isto dá garantia aos usuários de uma rede referencial de qualidade, impedindo que as operadoras credenciassem e descredenciassem livremente os profissionais, prejudicando os usuários e os médicos. Atualmente algumas operadoras pressionam profissionais credenciados, diz a Associação, levando a riscos na qualidade da atenção a saúde do usuário. Atualmente os médicos, individualmente, não têm poder de negociação com as operadoras e nos últimos anos os reajustes autorizados pela ANS às operadoras, não forma repassados aos médicos.

A Central Única dos Trabalhadores (CUT) também apresentou propostas para Agência Nacional de Saúde Suplementar, visando contribuir para a formulação de uma política adequada para o setor de Saúde Suplementar no sentido de estabelecer parâmetros desejados pela população de usuários dos planos de saúde, buscando um ponto de equilíbrio entre os diversos segmentos que envolvem esta área. A CUT propõe: que a assistência no setor de saúde suplementar tenha uma perspectiva de atenção integral à saúde; que se construa um novo modelo assistencial que garanta a eficácia, combinada com a integralidade da atenção à saúde, privilegiando a atenção primária e as ações de prevenção; a implementação via ANS das diretrizes e protocolos da AMB e Sociedades de Especialidades, inclusive com protocolos de prevenção de doenças e promoção de saúde para a medicina suplementar; a implementação da livre escolha do médico pelos usuários com o fim do referenciamento e credenciamento; a implementação da auditoria mista (técnico dos usuários, prestadores, médicos, hospitais e operadores) para efetivar avaliação de desempenho do setor.

UMA AGENDA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A ANS tem 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. A ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.

Entre as atribuições da ANS que se referem a qualidade da assistência à saúde, definidas em lei, destacamos:

- 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;
- 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;
- 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;
- Zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A ANS pode e deve coordenar a inclusão da avaliação

e da melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços. A maior parte das atividades de avaliação em nosso meio tem sido irregular e muitas vezes se baseiam na opinião pessoal dos seus defensores ou dos seus detratores, expressas em impressões, anedotas, referências e propaganda.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a avaliação como meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso e para o fomento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre diferentes possibilidades de ação futura. É, pois, um processo permanente que busca aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das intervenções de saúde.

A avaliação pode ser classificada de acordo com a procedência dos avaliadores: externo, interno, misto ou auto-avaliação. Todas as modalidades tem as suas vantagens e as suas desvantagens. O primeiro passo no processo de tomada de decisão sobre a procedência dos avaliadores é eliminar o mito de que avaliar é atividade para criaturas especiais e dotadas de saber extraordinário. A avaliação externa é aquela que recorre a avaliadores que não pertencem as organizações em avaliação. A avaliação interna é aquela que recorre a avaliadores que pertencem aos prestadores de serviços em avaliação, mas não estão diretamente vinculadas a execução das intervenções. A auto-avaliação significa que as pessoas implicadas na execução das intervenções de saúde são encarregadas das atividades de avaliação.

A auto-avaliação tem a vantagem de fortalecer a posição dos trabalhadores e clientes internos dos prestadores de serviços, a partir da valorização do seu saber sobre o seu trabalho, do seu papel na produção dos resultados e das suas opiniões. A participação dos trabalhadores nos processos de avaliação é uma face das estratégias de administração da qualidade. A avaliação mista com avaliadores internos e externos parece ser a melhor forma de avaliar. Esta modalidade compõe o saber e a familiaridade do que precisa ser avaliado por seus executores, com uma maior objetividade na avaliação das pessoas que não estão envolvidas com a execução das intervenções.

Os indicadores são os meios para estabelecer o alcance dos objetivos das organizações de saúde. Os indicadores são os que estão estreitamente associados com outras certas condições, que a presença ou variação dos primeiros indica a presença ou variação das segundas. Os indicadores demonstram resultados. A organização deve definir os meios de verificar e mensurar os seus indicadores. O valor de um indicador é limitado pelos meios que se dispõe para verificá-lo. As verificações de alguns indicadores podem exigir a revisão de registros simples e rápida, enquanto que as de outros podem exigir pesquisa especial.

Os sete pilares da qualidade, sugeridos por Donabedian, podem ser usados na avaliação da qualidade dos prestadores de serviços de assistência no setor de saúde suplementar, funcionam como metáforas, demarcando territórios temáticos ou espaços de comunicação, onde são produzidas, disseminadas e usadas informações. Cabe destacar a interdependência entre os pilares da qualidade para a avaliação (DONABEDIAN, 1993).

Donabedian identifica sete atributos como pilares da qualidade em saúde: 1) Eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde; 2) Efetividade – o quanto que melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas; 3) Eficiência – a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível; 4) Otimização – a mais favorável relação entre custos e benefícios; 5) Aceitabilidade – conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente, as amenidades, os efeitos e o custo do cuidado prestado; 6) Legitimidade – conformidade com preferências sociais em relação a tudo mencionado acima; 7) Equidade – igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Os prestadores de serviços podem usar a avaliação da rentabilidade econômica para estabelecer metas que garantam sua sobrevivência, para manter a qualidade a partir da definição de procedimentos operacionais padronizados, para controle de processos e dos resultados e para gerenciar

melhoria da qualidade. A avaliação econômica dos prestadores de serviços de saúde pode ser diferenciada em dois tipos: a que relaciona os processos com os recursos aplicados e a que relaciona os efeitos, resultados e conseqüências com os recursos aplicados ou com as atividades executadas.

A avaliação da rentabilidade econômica das intervenções pode ter múltiplos usos: a) por governos para definir planos de saúde de referência e para controlar as condições de concorrência entre organizações de saúde; b) por organizações de saúde para subsidiar decisões sobre estratégia e posição no mercado e sobre composto e preço de produtos; c) por organizações de saúde para mensurar o grau de eficiência e para subsidiar programas de melhoria da qualidade; d) por operadoras privadas para avaliar a qualidade dos produtos das organizações de saúde quando determinam o elenco de fornecedores; e) por clientes usuários para decidir a aquisição de seguros e planos ou de produtos (LIMA e LIMA, 1998:71-73).

A qualidade dos prestadores de serviços de saúde pode ter várias faces, como a decisão da administração sobre as especificações das características de qualidade – do produto final, do desempenho, dos serviços – a serem oferecidos, a decisão da administração de planejar ou não um produto ou serviço futuro, e o julgamento do consumidor ou cliente usuário sobre o produto ou serviço que lhe é oferecido.

Deming afirma que a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia e que, a principal dificuldade de definir qualidade de praticamente qualquer produto está na conversão das necessidades futuras dos clientes usuários em características mensuráveis, de forma que o produto possa ser projetado e modificado para dar satisfação por um preço que o cliente usuário pague. O cliente usuário é a parte mais importante da linha de produção. Sem alguém para comprar os produtos, as fábricas podem fechar. Mas o que é que o cliente necessita? O quanto se pode ser útil a ele? O que ele pensa que necessita? Ele pode pagar por isto? Ninguém tem todas as respostas. Felizmente, não é necessário ter todas as respostas para administrar bem (DEMING, 1990:125-129).

Uma característica do setor saúde que deve ser considerada na avaliação é que os clientes usuários ou pacientes são parte integrante do processo de produção, e deles também dependem o sucesso das intervenções. A técnica e a infra-estrutura, embora muito importantes, não serão as únicas determinantes dos resultados: o processo interpessoal de relacionamento tem fundamental importância. Nogueira observa que o senso comum em organizações de saúde expressa restrições à participação dos clientes usuários nas atividades de avaliação. A não aceitação do usuário na avaliação, ocorre a partir do entendimento de que o usuário de saúde não é um consumidor comum diante das mercadorias e está desprovido de conhecimentos técnicos que lhe permitam avaliar a adequação do serviço às suas necessidades. Ademais, não tem controle ou consciência sobre a forma como se dá o consumo desses serviços (NOGUEIRA, 1994:32-36).

Os prestadores de serviços podem usar a avaliação como uma ferramenta para melhoria da sua qualidade, no sentido de procurar aumentar o grau de satisfação dos seus clientes usuários. A avaliação pode verificar e medir os atributos das intervenções das organizações que vão garantir este maior grau de satisfação. A avaliação é uma forma de produzir, disseminar e usar informações dentro das organizações, contribuindo para que as pessoas elaborem coletivamente as suas interrogações e busquem as suas respostas, o que pode contribuir nos seus processos de aprendizagem e de tomada de decisões. A avaliação pode, assim, conferir maior legitimidade para a ação das pessoas e das organizações.

A estrutura é o conjunto de recursos necessários para se executar determinada atividade, dos recursos financeiros, materiais, pessoais e tecnológicos às condições políticas e organizacionais. O processo vincula-se à adequação aos padrões técnicos estabelecidos e aceitos na comunidade com relevância sobre determinado programa ou atividade, incluindo os profissionais responsáveis por sua execução. O resultado se refere à satisfação dos clientes internos e dos usuários ou beneficiários das intervenções.

Os prestadores de serviços de saúde podem proceder a avaliação técnica, inspecionando os meios físicos e os recur-

tos necessários para a intervenção, verificando as suas disponibilidades, distribuição e condições de manutenção. Podem também verificar a estrutura organizacional e os canais de comunicação formal e informal entre os executores das intervenções. A implementação da avaliação focada na estrutura dos prestadores de serviços de saúde pode usar diferentes procedimentos: habilitação, classificação e acreditação. A habilitação é o procedimento executado usualmente, pela autoridade sanitária, para verificar as condições estruturais mínimas. A classificação é feita de acordo com as suas características e com os níveis de complexidade das suas intervenções (OPS, 1994).

A acreditação é um procedimento de avaliação que busca verificar a presença ou a ausência de padrões discursivamente estabelecidos e aceitos para diferentes níveis de satisfação dos clientes internos e usuários. O termo acreditação é inspirado na Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations dos EUA. A acreditação deve ser entendida em duas dimensões. A primeira delas, como processo de aprendizagem das organizações, onde se introduz os conceitos e a cultura da qualidade. A segunda, como processo de avaliação da qualidade das organizações, nas quais se analisa e atesta o grau de qualidade obtido, em face de padrões previamente definidos.

A administração da qualidade está baseada no controle de processos. O processo é o conjunto de causas que gera determinado efeito, ou o conjunto de meios para chegar a determinado fim. Controlar é detectar problemas, analisar estes problemas, buscando suas causas, e agir sobre elas, para modificar resultados, do modo que eles se tornem aqueles que desejamos e planejamos.

A administração da qualidade pode estar orientada para a manutenção ou melhoria da qualidade de processos existentes ou para a construção de novos processos dentro das organizações. Estas três atividades básicas de controle de processos constituem a denominada “trilogia de Juran”. A manutenção da qualidade busca garantir o cumprimento de padrões de trabalho para manter estáveis as características do

produto, garantindo assim a satisfação das pessoas. A melhoria da qualidade busca melhoria contínua dos padrões de trabalho para satisfazer, cada vez mais, pessoas. A construção de novos processos busca estabelecer padrões de trabalho baseados nas necessidades das pessoas (incluindo os clientes internos e externos) (NOGUEIRA, 1996:16-23).

Um sistema de melhoria da qualidade é útil a qualquer um que lance um produto ou esteja comprometido com um serviço e deseje melhorar a qualidade de seu trabalho e, ao mesmo tempo, aumentar sua produção, tudo com menos mão-de-obra e a custos reduzidos. Os princípios e os métodos de melhoria são iguais para a fabricação de bens e para a prestação de serviços. A aplicação real difere de um produto para outro, e de um tipo de serviço para outro, assim como todos os problemas de produção diferem uns dos outros (DEMING, 1990:136).

Deming afirma que o que a existência ou não do que se convencionou chamar de “erro médico” só pode ser compreendida com a ajuda da teoria estatística. O resultado de uma intervenção médica é a interação entre médico, tratamento e paciente. Dois bilhões de intervenções médicas são realizadas, todos os anos, nos Estados Unidos. Cem mil casos desfavoráveis pode ser um número grande, e este número representa a confiabilidade de um caso desfavorável para 20.000 intervenções. Seria difícil encontrar um sistema mecânico ou elétrico com maior confiabilidade, afirma Deming. A maioria dos 100 mil resultados desfavoráveis (se este for o número) pertence ao sistema e uma pequena fração pode ser causada por descuido, incluindo incompetência. Entretanto, 1% de 100 mil é mil, ainda é um número grande. Qualquer número é muito grande (DEMING, 1990:349).

A avaliação dos processos compreende diferentes componentes e dimensões: a cobertura do programa, os aspectos técnicos da implantação, os aspectos estruturais e funcionais da organização e o rendimento do pessoal que executa as intervenções. A avaliação da cobertura das intervenções trata de estabelecer até que ponto se atinge a população-alvo (o conhecimento do programa pela população-alvo; as condições de acesso ao programa; a aceitabilidade do programa

pela população-alvo) e até que ponto é coberta de modo eficiente a área de intervenção.

Os prestadores de serviços podem avaliar o uso de suas intervenções, isto é, o processo de interação entre profissionais de saúde e clientes usuários. Este uso pode ser influenciado por diferentes fatores socioculturais, organizacionais e da interação prestador-cliente usuário. Os fatores socioculturais incluem a tecnologia e os valores sociais. Os fatores organizacionais incluem as estruturas e os processos que constituem a organização dos cuidados e que circundam e influenciam intimamente o processo de intervenção. Estes fatores incluem: a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social, a estrutura formal e o processo de intervenção. A acessibilidade social das organizações inclui a aceitabilidade. A aceitabilidade é a relação entre as atitudes dos clientes usuários sobre as características pessoais e profissionais dos prestadores, com as características reais dos prestadores existentes, bem como as atitudes dos prestadores sobre as características aceitáveis dos clientes (DEVER, 1988).

A avaliação do rendimento do pessoal consiste em medir a capacidade, a competência e a habilidade das pessoas para executar determinadas atividades que lhes são atribuídas como próprias do seu trabalho dentro das organizações de saúde. A avaliação do pessoal inclui: habilidades e aptidões necessárias à atividade, atitude face ao trabalho e motivações para realizá-lo responsavelmente, capacidade de aplicar conhecimentos e sistematizar a própria experiência, e forma e capacidade de organizar o trabalho e de solucionar problemas reais.

A avaliação de resultados se estabelece em relação aos usuários e beneficiários das intervenções. A avaliação de resultados toma por referência o problema que o origina. O substancial é saber se a organização de saúde que está intervindo responde ou não às necessidades e problemas reais da sociedade. A avaliação de resultados (sobre a população destinatária) ou de impacto (sobre o conjunto da população ou meio) é feita em função dos objetivos e dos resultados esperados. Ela deve incluir também a produção de resultados e impactos não esperados.

Os indicadores de resultados e de impacto das intervenções devem possibilitar a avaliação dos seguintes tópicos: 1) o grau de conquista dos objetivos propostos e de obtenção dos resultados esperados; 2) a eficácia dos resultados obtidos, com base em informações pertinentes sobre a resolução de problemas e o nível de saúde; 3) o grau de impacto e de satisfação das necessidades dos beneficiários e destinatários potenciais e efetivos dos serviços de assistência à saúde.

CONCLUSÃO

O Ministério da Saúde quer que o Fórum de Saúde Suplementar seja espaço de discussões e negociações, que são condições necessárias para que se possa fazer um pacto entre os atores do setor e que se possa ter tanto uma legislação quanto um instrumento de regulação, que seja legitimado por todos. É necessário ter parâmetros e padrões que sejam amplamente aceitos e legitimados, para que possa se estabelecer diálogo e entendimento entre consumidores, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e governo.

A assistência à saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos das leis federais e dos contratos firmados entre as partes. As operadoras de planos privados de assistência à saúde podem 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 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 que o consumidor, 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 privada ou plano de saúde.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvi-

mento das ações de saúde. A ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.

A Resolução Normativa nº 42, de 4 de julho de 2003, estabelece em seu art. 1º 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 contratos de que trata esta resolução devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

É necessário ampliar a agenda da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre as possibilidades de regulação, regulamentação e fiscalização da relação entre operadoras e prestadores, destacamos a da ANS por assumir a coordenação ativa, indutora e negociadora da inclusão da avaliação para melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços.

Entre as atribuições da ANS que se referem a qualidade da assistência à saúde, definidas em lei, destacamos:

- 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;
- 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;
- 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;
- Zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IBDC), defende acerca da avaliação e certificação de qualidade da assistência à saúde no Brasil. No caso de hospitais, haveria a obrigatoriedade de apresentação do certificado de qualidade, porém qualquer contratação de prestadores de serviço estaria sujeita à condições básicas, ligadas especificamente à qualidade técnica do estabelecimento que incluísse o atendimento ao consumidor. A ANS faria o monitoramento, disponibilizaria ao mercado as informações captadas e, em conjunto com sociedades científicas ou técnicas, trabalharia para a ampliação dessa oferta. Adotado por todas as operadoras privadas, esse procedimento traria um impacto muito positivo na qualidade da promoção e da assistência à saúde.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) afirma que a Lei Federal nº 9.656/1998 e toda a regulação da ANS tiveram o foco voltado para a área econômico-financeira e algumas vezes ouvindo usuários e órgãos de defesa do consumidor, sem a preocupação da qualidade com que se atende e trata os pacientes. A FBH defende que o foco deve ser mudado para o da “Qualidade da Assistência”, até porque qualidades diferentes têm custos e preços diferentes. A partir desta observação a FBH advoga que são necessárias a construção e eleição de alguns indicadores para enxergarmos o setor sob a ótica da qualidade.

A Associação Médica Brasileira (AMB) apresentou proposições ao Fórum de Saúde Suplementar de adoção das Di-

retrizes de Procedimentos Médicos AMB/CFM no sistema de saúde suplementar, como parâmetro de orientação de conduta médica. A AMB entende que isto permite estabelecer parâmetros mais homogêneos de conduta médica, com redução das indicações que não atendam aos mais recentes e adequados preceitos de conduta médica, assim como racionaliza a indicação de procedimentos com redução dos custos, além de atuar como instrumento de atualização profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. “Câmara de Saúde Suplementar – Atas de 31 reuniões.” Rio de Janeiro: ANS, 2003. www.ans.gov.br. Acesso em: 22.7.2003.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993 – Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

CARAP, L. J. *Acreditação de operadoras de planos de saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2000 (oficina de trabalho).

DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DEVER, G. E. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira/PROAHSA, 1988.

DONABEDIAN, A. *Seminar on quality assessment and assurance*. São Paulo: EAESP/FGV, 1993.

FENASEG. *Cadernos FENASEG – discussão dos temas do Fórum de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: FENASEG, 2003.

LIMA, C. R. M. *A avaliação das organizações de cuidados da saúde das pessoas com HIV/AIDS*. São Paulo: EAESP/Fundação Getúlio Vargas, 2003 (tese de doutorado).

–. *Oportunidades estratégicas para operadoras de planos de saúde*. Rio de Janeiro: IBRE/Fundação Getúlio Vargas, 2003.

LIMA, C. R. M.; LIMA, C. R. M. “Avaliação custo-eficácia das intervenções de organizações de Saúde.” São Paulo:

EAESP/FGV, *Revista de Administração de Empresas*, v. 38, n. 2, p. 62-73, abr./jun. 1998.

MALIK, A. M. *Avaliação, qualidade, gestão: para trabalhadores da área da saúde e outros interessados*. São Paulo: SENAC, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Apresentação de 11 de março de 2003*. Brasília: ANS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A saúde suplementar no Brasil: Apresentação no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Padrões e Indicadores de qualidade para hospitais*. Brasil: Washington, 1994.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Lei Federal nº 9.656, de 4 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

–. Lei Federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

SANTINI, L. A. *Avaliação tecnológica em saúde*. Rio de Janeiro, Rev. Bras. Educ. Méd. v. 17, n. 2, p. 1-44, 1993.

UGA, M. A. *Novas formas de contratação e compartilhamento de risco com provedores de serviços*. Rio de Janeiro: ANS, s.d. (resumo executivo).

GERENCIAMENTO DE RISCO EM OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

Luiz Augusto Ferreira Carneiro

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma metodologia eficiente para a gestão dos riscos dentro do negócio de operadoras de planos de saúde.¹ Para isto, é necessário apresentar uma definição de risco e mostrar de que forma este pode ser identificado, mensurado e controlado. Será apresentado o Ciclo de Gestão de Risco como sendo o conjunto de processos necessários, para a gestão eficiente do risco dentro de uma empresa.

RISCO

Risco é amplamente definido como sendo o potencial para que eventos inesperados venham a acontecer ou para que eventos esperados não venham a acontecer, nos quais ambos podem culminar em resultados adversos.

ALGUNS MITOS SOBRE O RISCO

Mito 1: Todo risco é ruim

Grande parte dos riscos são simétricos no sentido de que envolvem a transferência de riqueza de uma parte para outra.

1. Será utilizado de forma genérica neste texto tanto o jargão próprio das seguradoras como o das demais operadoras de plano de saúde. Todos exemplo dados para seguradoras cabem também para as demais operadoras de plano de saúde e vice-versa.

Alguns riscos afetam todos de forma adversa, como o risco de catástrofe. Porém, de forma geral e é difícil de identificar riscos dos quais ninguém se beneficie. Por exemplo, do ponto de vista do beneficiário de plano de saúde o risco de internação é ruim, porém este mesmo risco não é ruim para os hospitais privados, cujo negócio exige a geração de receitas financeiras a partir de eventos como este.

Mito 2: Alguns riscos são tão ruins que nunca devem ser tolerados e devem ser eliminados a qualquer custo

A eliminação do risco é cara, de forma que os custos de se eliminar riscos devem ser comparados com os respectivos benefícios.

Por exemplo, zero de poluição parece desejável. Porém, isto requer um nível de despesa inviável.

Mito 3: Agir da forma mais conservadora possível em relação aos riscos é o melhor a se fazer

Imagine a situação em que o governo deve definir os níveis de controle para aprovação ou não de um medicamento a ser colocado no mercado. Para qualquer nível de controle escolhido existem dois tipos de erros possíveis:

- a) Erro tipo I: ocorre quando um medicamento nocivo ou ineficaz não consegue ser detectado pelo sistema de controle implementado pelo governo;
- b) Erro tipo II: ocorre quando uma droga segura e eficaz é reprovada por este sistema de controle e é impedida de ser comercializada.

Agir da forma conservadora pode evitar mais a comercialização de medicamentos nocivos ou ineficazes, mas por outro lado também aumenta a chance de medicamentos seguros e eficazes não serem comercializados.

Desta forma, os erros do tipo I e do tipo II devem ser ponderados um com o outro. Nem sempre a atitude mais conservadora em relação ao risco é a melhor. No exemplo acima, a atitude mais conservadora possível faria com que o sistema de controle viesse a rejeitar um grande número de medicamentos seguros e eficazes.

RISCO VERSUS INCERTEZA

Risco e incerteza muitas vezes são citados como sinônimos. Porém, distinguir um do outro é importante para uma gestão efetiva do risco.

Frank Knight, o primeiro chefe do departamento de Economia da Universidade de Chicago, criou a distinção entre *risco* e *incerteza*, os quais chamaremos aqui de risco knightiano e de incerteza knightiana. Em *Risco, Incerteza e Lucro*, Knight (1921) diz que:

Incerteza deve ser entendida num sentido radicalmente distinto da familiar noção de risco, da qual nunca foi apropriadamente separada. A incerteza mensurável, ou 'risco' é tão diferente da incerteza imensurável que de fato não é de forma alguma incerteza.²

De fato, o risco knightiano é a aleatoriedade mensurável dos eventos futuros. Isto quer dizer que pode ser usada alguma função de distribuição de probabilidade capaz de descrever o valor dos eventos futuros, apesar de nem todos concordarem quanto a qual distribuição deve ser usada e quais os seus parâmetros. Por exemplo, quando se joga um dado honesto, sabe-se que os valores possíveis são 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. Além disso, sabe-se que a probabilidade de sair qualquer um destes valores é de $1/6$, pois o dado é honesto. Neste sentido, não existe incerteza no sentido de Knight.

Por outro lado, a incerteza knightiana é a aleatoriedade não mensurável dos eventos futuros. Segundo Basili (2000), um tomador de decisão enfrenta a incerteza knightiana: a) se ele tem uma idéia deturpada dos possíveis estados futuros da natureza; b) se ele não é capaz de atribuir uma única distribuição de probabilidade aos possíveis estados da natureza que ele venha a ter identificado; ou c) se ele é ignorante quanto ao mundo em que atua e é capaz apenas de atribuir intervalos de probabilidade a cada um dos eventos.

Kenneth Arrow (1992), Prêmio Nobel de Economia em 1972, comentou sobre a incerteza, no sentido de Knight:

2. Todas as citações deste capítulo foram traduzidas pelo autor de suas versões originais em inglês.

A minha opinião é a de que a maioria dos indivíduos subestima a incerteza no mundo. Isto é tão verdade para leigos quanto para economistas e outros especialistas.

O extremo oposto da incerteza knightiana são os eventos determinísticos, que são definidos como sendo determinados por alguma regra exata e livre de aleatoriedade. O matemático francês Jule-Henri Poincaré³ (1854-1912) fez a seguinte constatação:

Muitas pessoas podem achar natural rezar para fazer sol ou para chover, mas ao mesmo tempo achariam ridículo rezar para acontecer um eclipse... Com um desvio de um décimo de grau um ciclone vai para um lado e não para o outro e espalha destruição em lugares que, caso contrário, seriam poupados. Tudo isto poderia ser previsto se pudéssemos saber deste desvio de um décimo de grau, mas... tudo parece ser devido ao simples acaso.⁴

A citação acima chama a atenção para alguns pontos importantes. Primeiro, no caso do eclipse, este pode ser considerado um evento praticamente certo ou determinístico, que pode ser exatamente calculado e que não aconteceria apenas no caso de hipóteses extremamente remotas, como o fim do mundo, por exemplo. Por outro lado, os eventos de previsão meteorológica são um misto de risco e incerteza. No entanto, prever se vai fazer sol daqui a um mês tem muito mais incerteza do que prever se vai fazer sol amanhã. Por quê? Porque atualmente é muito mais viável se mensurar com mais exatidão como vão se comportar os eventos aleatórios dentro de 24 horas do que dentro de um mês. Na verdade, a incerteza é uma medida para a nossa ignorância sobre as leis que regem os eventos futuros. O segundo ponto importante da citação é exatamente sobre isto. No exemplo do ciclone, caso não fôssemos ignorantes quanto ao desvio de um décimo de grau, poderíamos prever com exatidão a sua trajetória.

Ou seja, os eventos futuros podem ser classificados como sendo: a) determinísticos, b) sob risco, ou c) sob incerteza,

3. Em Bernstein (1998).

4. Em Newman (1988).

dependendo do nível de ignorância ou conhecimento de quem os percebe.

No limite, o evento gerado por um jogo de dado seria determinístico se pudéssemos calcular exatamente a força e direção do dado jogado e também levar em conta os efeitos da superfície em que este iria se deslocar. Porém, na prática isto seria extremamente difícil ou caro de se fazer. Felizmente, nesse caso, temos o conhecimento das leis da probabilidade. Sabemos que se jogarmos um dado justo por infinitas vezes, cada lado tenderá a sair o mesmo número de vezes. O evento de jogarmos um dado por infinitas vezes e sair sempre o mesmo número é possível, mas sua probabilidade de acontecimento é praticamente zero. O mais provável de acontecer é termos cada um dos lados do dado tendendo a sair o mesmo número de vezes, mesmo dentro de um número pequeno de lançamentos. Desta forma, a probabilidade nos oferece uma forma mais viável de mensurarmos os eventos futuros da natureza, mediante padrões de comportamento descritos por funções de probabilidade. Porém, no limite, sempre haverá alguma incerteza, no sentido de Knight, em todos os eventos práticos, pois seremos sempre incapazes de mensurar precisamente todos os efeitos que afetam os eventos futuros.

Gerenciar risco é justamente sobre minimizar a incerteza, no sentido de Knight.

GERENCIAMENTO DE RISCO

Segundo Benstein (1998), o gerenciamento de risco é definido como sendo o processo pelo qual indivíduos e organizações tentam assegurar que os riscos aos quais eles *estão realmente expostos* são os riscos aos quais elas *precisam estar expostos* para atingir os seus objetivos e maximizar sua felicidade (indivíduos) ou seu valor (empresas).

Minimizar a incerteza é uma condição necessária para o gerenciamento do risco. Porém, isto não é suficiente. De fato, gerenciar risco eficientemente numa empresa exige que os riscos aos quais ela está exposta sejam os riscos que fazem parte do seu negócio e que estes riscos sejam gerenciados de forma mais barata por ela do que por terceiros. Caso contrá-

rio, os riscos para os quais a empresa não tem uma vantagem comparativa para gerenciar devem ser transferidos para outros detentores desta vantagem e que possam gerenciar estes riscos a um custo mais baixo. As instituições financeiras, como bancos e seguradoras, são entidades com maior vantagem comparativa na gestão de riscos financeiros e riscos seguráveis.

Porém, gerenciar riscos não é sinônimo de absorver quaisquer riscos, mesmo que seja possível mensurar todos eles. Por exemplo, na hipótese de um indivíduo ser capaz de mensurar precisamente o seu risco de saúde, este provavelmente chegaria à conclusão de que é mais economicamente viável repassar o seu risco de saúde para um plano de saúde do que gerenciar sozinho este risco.

GERENCIAMENTO DE RISCO POR SEGURADORAS

Porém, mesmo seguradoras não são capazes de gerenciar quaisquer riscos em suas carteiras de apólices, pois, há riscos que não são seguráveis, como será visto a seguir.

Uma exigência fundamental para a existência de contratos de seguro é a existência de um grande número de exposições ao risco homogêneas. No caso de seguro saúde, por exemplo, os beneficiários dentro de uma mesma faixa etária podem ser considerados como tendo exposições ao risco homogêneas, no sentido de que a probabilidade de cada um deles vir a requisitar os serviços de saúde é muito próxima. Inclusive, as faixas etárias existem para classificar os beneficiários de um plano dentro de subgrupos mais homogêneos do que o grupo de beneficiários do plano como um todo.

O que torna o seguro viável do ponto de vista do segurador é o *pool* de várias exposições ao risco homogêneas e independentes. Duas exposições ao risco são independentes, quando os eventos de perda ocorridos com uma delas não estão de forma alguma relacionados aos eventos de perda da outra. Por exemplo, para ser independente, um evento de internação de um beneficiário de plano de saúde não pode estar relacionado a qualquer evento de saúde de qualquer outro beneficiário.

Homogeneidade e independência das exposições ao risco são necessárias para que se aplique a Lei dos Grandes Números. Esta lei estatística garante que o valor médio dos eventos torna-se mais previsível (menor variância) quanto maior o número de expostos dentro de um mesmo grupo. Por exemplo, sabemos que o valor esperado do evento resultante de jogarmos um dado honesto é igual a $(1 \times 1/6) + (2 \times 1/6) + (3 \times 1/6) + (4 \times 1/6) + (5 \times 1/6) + (6 \times 1/6) = 3,5$. No entanto, a Lei dos Grandes Números não diz que a média do valor dos lançamentos tende a 3,5 quanto mais aumentarmos o número de lançamentos do dado em questão. Isto pode ser provado por um simples cálculo algébrico. Em vez disso, esta lei diz que quanto maior o número de lançamentos do dado, maior será a probabilidade de que o valor esperado dos lançamentos esteja dentro de um determinado intervalo, não importa quão pequeno, por exemplo, entre 3,25 e 3,75.

No caso de seguro saúde, a Lei dos Grandes Números garante que a despesa com sinistros por exposto (ou a despesa assistencial por exposto) terá uma probabilidade maior de estar num intervalo em torno do seu “verdadeiro valor teórico” quanto maior o número de expostos. Na prática, quanto maior o número de expostos menor a chance de que o valor médio dos eventos de saúde difira muito do valor médio esperado, pois a variância em torno deste valor tende a diminuir.

Mesmo que a probabilidade de um evento seja conhecida, esta lei não pode ser aplicada a um único exposto ou mesmo a um pequeno grupo de expostos. Igualmente, é difícil que uma empresa seguradora venha a cobrir riscos catastróficos, como danos provocados por terremotos, enchentes e guerras, pois estes danos podem atingir um grande número de segurados ao mesmo tempo, de forma que os eventos não seriam independentes.⁵

O *pool* de exposições ao risco e a redução do risco de variação em torno do valor esperado é a razão pela qual as

5. Os riscos catastróficos às vezes podem ser cobertos por produtos de resseguro. Porém, a inviabilidade de muitos destes produtos veio recentemente a criar o surgimento dos “catastrophic bonds” ou “CAT bonds”, que são títulos comercializados no mercado financeiro de forma a diluir riscos de catástrofes.

companhias de seguro podem emitir contratos de seguro a indivíduos e empresas incapazes de diversificar os seus riscos por si mesmos de maneira viável. Adicionalmente, as empresas de seguro são capazes de diversificar ainda mais os seus riscos devido à existência de vários ramos de negócio.

Uma característica que distingue as seguradoras das demais empresas da economia é o fato do seu produto comercializado, a apólice de seguro, se tornar uma dívida com terceiros a partir do momento da venda. Por exemplo, se uma empresa que fabrica caminhões vende um de seus produtos, temos que o caminhão é entregue e pronto. No entanto, no caso do seguro, a entrega do serviço de saúde é um direito futuro do segurado, o qual pode ser exercido ou não, conforme a necessidade deste. As seguradoras tem então um “passivo contingente”, ou seja, obrigações com terceiros que são contingentes a eventos futuros. É justamente por causa deste “passivo contingente” que as seguradoras devem ter garantias financeiras ou reservas, necessárias para assegurar o pagamento dos prováveis eventos futuros.

No entanto, a Lei dos Grandes Números, apesar de necessária para viabilizar o seguro, não é suficiente. Uma condição adicional é a de que a possibilidade de se determinar exatamente a natureza da exposição ao risco e de calcular a frequência é a severidade dos eventos. Em seguro saúde, por exemplo, é necessário saber: a) com que frequência os beneficiários consomem em média um determinado procedimento de saúde (por exemplo, número de consultas exposto por ano); b) o valor médio deste procedimento (por exemplo, valor médio da consulta neste ano).

Adicionalmente, mesmo que o custo do seguro possa ser calculado, o seguro não é viável na prática se este valor não pode ser pago pelos consumidores ou se outra empresa é capaz de vender o mesmo seguro por um valor mais baixo.

Além disso, para serem seguráveis, os eventos devem ser acidentais, aleatórios. É apenas possível de se segurar eventos certos se existe aleatoriedade quanto ao tempo em que estes eventos devem acontecer, como é no caso do seguro de vida (a morte é certa mas não o seu momento de ocorrência).

Por exemplo, para que sejam aleatórios, os eventos em seguro saúde não devem ser afetados pela ação intencional dos beneficiários. Desta forma, o consumo de procedimentos de saúde pelos beneficiários de um plano deve resultar, exclusivamente, da necessidade aleatória de se restabelecer a sua saúde.

Assim, cada grupo homogêneo de apólices de seguro tem o seu prêmio calculado com base no valor médio da despesa esperada do grupo e variância em torno deste valor médio.⁶ No entanto, na prática há dois efeitos que podem diminuir a homogeneidade dos expostos e a aleatoriedade dos eventos gerados.

O primeiro efeito é conhecido como *moral hazard*, ou risco moral, que em seguro saúde é o caso em que o beneficiário tem um comportamento em relação ao cuidado com sua saúde e em relação à utilização de procedimentos de saúde diferente do comportamento que teria, se não tivesse cobertura de seguro saúde. Desta forma, pode haver um “desperdício” na utilização de procedimentos de saúde por parte do segurado. Desta maneira, as franquias e as co-participações são uma forma de se minimizar este efeito, pois o segurado deve arcar com parte da despesa dos procedimentos.

Outro efeito é a “seleção adversa”, que decorre do fato de muitas vezes as pessoas que contratam seguro saúde serem as mesmas que, provavelmente, mais precisem futuramente de procedimentos de saúde. Esse efeito é ainda mais acentuado no caso dos planos de contratação individual, pois, no caso dos planos de contratação coletiva os indivíduos ingressam no plano de forma mais aleatória como, por exemplo, após conseguir um novo emprego e ingressar no plano de saúde da empresa. As formas de se impedir a seleção adversa são: a) a negação da cobertura de seguro saúde, a qual é atualmente

6. A parte do prêmio de seguro correspondente ao valor esperado (médio) dos eventos é chamado “prêmio de risco” (ou despesa assistencial por exposto). A este é adicionado o carregamento de oscilação de risco (ou margem de segurança estatística) para que se tenha o “prêmio puro”, que deve gerar a receita destinada a arcar com possíveis oscilações acima do valor médio com uma probabilidade suficientemente grande. Finalmente, o prêmio chega ao seu valor de venda (prêmio comercial) após a adição do carregamento comercial, correspondente a demais despesas e lucro.

proibida pela legislação brasileira;⁷ b) as carências, que são períodos de espera até que o segurado possa usufruir os procedimentos de saúde.

O risco de cobertura de saúde pode se tornar não segurável caso as seguradoras sejam impedidas de mitigar adequadamente os efeitos de risco moral e seleção adversa por meio dos mecanismos citados acima. Neste caso, duas possibilidades podem acontecer. Primeiro, por exemplo, uma seguradora poderia ter calculado o prêmio de um seguro em R\$ 250,00 (prêmio puro), para uma determinada faixa etária. Porém, a impossibilidade de aplicar mecanismos para mitigar os efeitos de “risco moral” e “seleção adversa” poderiam fazer com que o valor médio da despesa com eventos de saúde deste plano viesse a superar este valor. O resultado disso seria o encarecimento do plano para todos os segurados deste plano ou então, na impossibilidade de se adequar o valor do prêmio, o desequilíbrio econômico-financeiro do plano, sendo o prejuízo arcado pela seguradora.

GESTÃO DE RISCOS CORPORATIVA E O CICLO DE GESTÃO DE RISCOS

Vimos anteriormente que as seguradoras são instituições especializadas na gestão dos riscos seguráveis e que têm uma maior vantagem comparativa na gestão destes, devido ao *pool* de riscos homogêneos e independentes. Porém, assim como quaisquer outras empresas, as seguradoras estão sujeitas a diversos riscos presentes na execução das suas atividades e no ambiente econômico em que operam.

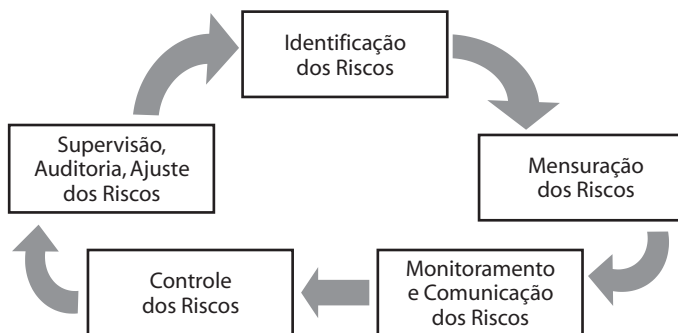
Desta forma, é necessário uma metodologia que possibilite o mapeamento e mensuração de todos os riscos presentes no negócio. Posteriormente, deve ser feita a avaliação de quais riscos devem ser gerenciados dentro da empresa ou repassados para terceiros.

7. Mesmo na condição de apresentarem doença ou lesão pré-existente a legislação brasileira garante aos consumidores que a oferta de seguro saúde não seja negada. Ao ingressar num plano de saúde, um beneficiário com doença e lesão pré-existente poderá ter que cumprir um período de “Cobertura Parcial Temporária (CPT)” de até 24 meses, que corresponde a um período em que terá direito somente a procedimentos de saúde não diretamente relacionados à doença ou lesão pré-existente em questão.

Atualmente, uma metodologia internacionalmente aplicada é chamada de “Enterprise-wide Risk Management (ERM)”, “Processo Interno de Gerenciamento de Riscos” (Culp, 2002), ou “Ciclo de Controle Atuarial” (IAAust, 2003). Para que se considere a natureza periódica desta metodologia, chamaremos de Ciclo de Gestão de Riscos (CGR).

O Ciclo de Gestão de Riscos (CGR) é o conjunto de processos e rotinas necessários para *identificar, mensurar, classificar, monitorar* e *controlar* riscos dentro de uma empresa. O CGR tem sido considerado como uma metodologia eficaz na gestão de risco em vários tipos de empresas, inclusive naquelas em que a gestão de risco financeiro e atuarial é parte intrínseca do negócio, como é o caso de bancos, seguradoras e operadoras de planos de saúde.

Figura 1. O Ciclo de Gestão de Riscos (CGR)



Em cada etapa do CGR deve ser feita uma análise dos riscos *ex ante* (ou *a priori*) e dos riscos *ex post* (ou *a posteriori*). Um risco *ex ante* é aquele que ainda não foi absorvido pela empresa como, por exemplo, o risco de saúde de uma carteira de plano de saúde que ainda não foi comercializado, mas que faz parte dos planos futuros da empresa. Um risco *ex post* é um risco já absorvido pela empresa, como o risco de saúde de uma carteira de planos já comercializada. É importante não confundir o risco *ex post* com um evento que já aconteceu, como uma internação que tenha acontecido, por exemplo. O risco está associado a eventos que podem ou não aconte-

tecer no futuro. Quando o evento acontece, deixa então de ser risco e passa a ser apenas um evento passado.

Dentro de uma empresa de planos de saúde, vários riscos diferentes devem ser gerenciados, tais como:

- Risco atuarial
- Risco de liquidez
- Risco de insolvência
- Risco operacional
- Risco concorrencial
- Risco regulatório
- Risco de custo
- Risco jurídico
- Risco de mercado
- Risco de investimento

Para cada um destes riscos, por exemplo, deve ser aplicado o Ciclo de Controle de Riscos, conforme as etapas descritas abaixo.

ETAPAS DO CICLO DE CONTROLE DE RISCOS

1) Identificação dos Riscos

A *identificação* dos riscos compreende a etapa de mapeamento de todos os tipos de riscos existentes no negócio.

- a) Identificação de riscos *ex ante*:
 - Definir exposições ao risco inerentes à natureza do negócio da empresa.
 - Separar os riscos para os quais a empresa tem uma vantagem comparativa no gerenciamento dos demais riscos.
 - Definir mapa de riscos com base nas informações acima.
 - Definir tolerâncias para cada um dos riscos.
 - Atribuir responsáveis para cada um dos riscos.
- b) Identificação de riscos *ex post*:
 - Avaliar o mapa de riscos.
 - Procurar por riscos que não tenham sido identificados antes.
 - Ajustar a tolerância aos riscos.

2) Mensuração dos Riscos

É nesta etapa que a empresa pode ter noção de quanto de *risco* e *incerteza* existe em seu negócio. A etapa de *mensuração* dos riscos supõe que estes possam ser *quantificados* em termos de impacto financeiro no resultado da empresa. Todos os riscos devem ser quantificados não apenas quanto ao impacto financeiro esperado, mas também quanto à sua probabilidade de ocorrência.⁸

Cabe à própria empresa avaliar seus níveis de tolerância quanto aos diversos riscos, de forma que se possa classificá-los em quatro níveis: baixo, médio, alto ou extremo. Após a etapa de quantificação dos riscos, pode-se produzir a matriz de classificação de risco apresentada na Figura 2.

Figura 2. Tabela de Classificação de Riscos

Impacto ↑	Alto	Alto	Extremo	Extremo
	Médio	Alto	Alto	Extremo
	Baixo	Médio	Médio	Alto
	Baixo	Baixo	Médio	Médio
	Probabilidade →			

Normalmente, a etapa de mensuração de riscos é feita por uma unidade de gerenciamento independente das unidades responsáveis pela gestão dos riscos. As principais etapas da mensuração dos riscos da empresa são:

- a) Mensuração de riscos *ex ante*
 - Mensurar as exposições ao risco da forma como estas deverão se constituir caso o risco em questão seja absorvido;
 - Comparar os riscos mensurados com os seus respectivos níveis de tolerância;

8. Alguns riscos difíceis ou até mesmo impossíveis de se mensurar. Por exemplo, os riscos regulatório e jurídico. No entanto, é importante que estes tipos de riscos sejam reconhecidos e mensurados mesmo que por meio de uma metodologia de cenários. Neste caso, cabe uma análise subjetiva para classificá-los dentro da matriz de classificação de riscos.

b) Mensuração de riscos *ex post*

- Avaliação de performance da gestão dos riscos absorvidos.
- Atribuir crédito/responsabilidade a lucros/perdas.
- Revalidação do modelo utilizado na mensuração dos riscos.

3) Monitoramento e Comunicação dos Riscos

Esta é a etapa em que o quadro de diretores e gerentes toma ciência da avaliação da gestão dos riscos absorvidos pela empresa. Os meios para comunicação devem ser automatizados e capazes de disseminar a informação de forma relevante, clara e concisa.

a) Monitoramento e comunicação dos riscos *ex ante*:

- Análise das perspectivas para riscos;
- Sumário dos riscos atualmente absorvidos pela empresa e dos riscos a serem absorvidos no futuro;
- Implementação de sistemas de alerta;

b) Monitoramento e comunicação dos riscos *ex post*:

- Comunicação da avaliação de performance de gerenciamento de risco de cada uma das unidades da empresa.
- Avaliação de alocação de capital entre as diversas unidades gestoras de risco.

4) Controle dos Riscos

Esta é a etapa principal do Ciclo de Gerenciamento de Riscos. Aqui são tratadas as diferenças entre os riscos esperados e os riscos realmente absorvidos.

a) Controle de riscos *ex ante*

Esta etapa é responsável por evitar que as tolerâncias aos riscos sejam ultrapassadas.

- Definição de controles internos;
- Alocação de capital de risco;
- Utilização de certos instrumentos de controle de risco;

b) Controle de riscos *ex post*

Esta etapa é responsável por buscas de instrumentos de gerenciamento de risco, caso as tolerâncias tenham sido ultrapassadas.

- Contratação de resseguro.
- Contratação de derivativos para riscos financeiros.

5) Supervisão, Auditoria e Ajuste dos Riscos

Esta etapa deve envolver todos os níveis de pessoal das áreas de negócio da empresa. Os benefícios do gerenciamento devem ser comparados a seus respectivos custos.

- a) Supervisão, auditoria e ajuste dos riscos *ex ante*
 - Aprovar políticas/medidas a serem tomadas;
 - Aprovar controles internos.
 - Revisar relatórios.
 - Revisar tolerâncias.
- b) Supervisão, auditoria e ajuste dos riscos *ex ante*:
 - Ajustar o processo à mudanças, nos objetivos estratégicos da empresa.
 - Alinhar interesses entre as diversas áreas de negócio.
 - Revisar riscos e suas atuais tolerâncias.
 - Revisar performance das unidades gerenciadoras de risco.

CONCLUSÃO

Todas as operadoras de plano de saúde, sejam elas seguradoras, medicinas de grupo, cooperativas médicas, autogestões, filantrópicas e operadoras de planos odontológicos, têm como foco do seu negócio a administração do risco de saúde por parte de seus beneficiários. Isto é verdade inclusive para os seguros de saúde que funcionam apenas sob a forma de reembolso de despesas com assistência à saúde de seu segurados.

Os indivíduos decidem repassar os seus riscos de saúde para operadoras de plano de saúde pelo fato destas poderem gerenciar o risco de saúde, de forma mais barata. Isto ocorre porque as operadoras conseguem reduzir a incerteza quanto aos eventos de saúde futuros de sua carteira de beneficiários por meio do *pool* de riscos *homogêneos* e *independentes*.

No entanto, o negócio das operadoras de plano de saúde está sujeito a diversos outros riscos também comuns a outras empresas da economia. Neste sentido, o Ciclo de Gestão de Risco (CGR) é considerado como uma ferramenta capaz de buscar uma gestão eficiente de todos os riscos enfrentados. Porém, o CGR não é uma fórmula única e deve ser adaptado aos casos específicos de cada empresa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARROW, K. J. *I know a hawk from a handsaw*. Em: M. Szenberg. *Eminent Economists: their Life and Philosophies*. Cambridge University Press, Cambridge, U.K, 1992, p. 42-50.

BASILI, M. *Knightian Uncertainty in Financial Markets: an Assessment*. Working paper n. 281, Departamento di Economia Politica, Università degli Studi di Siena, 2000

BERNSTEIN, P. L. *Against the Gods. The Remarkable Story of Risk*. John Wiley and Sons, New York, 1998.

CULP, C. *The Art of Risk Management*. John Wiley & Sons, New York, 2002.

INSTITUTE OF ACTUARIES OF AUSTRALIA. *Understanding Actuarial Management: The Actuarial Control Cycle*, IAAust, Sydney, 2003.

KNIGHT, F.H. *Risk, Uncertainty and Profit*. Century Press, New York, 1921.

NEWMAN, J. *The World of Mathematics: A Small Library of the Literature of Mathematics from A'h-mosé the Scribe to Albert Einstein*. Redmond, Washington: Tempus Press, 1988.

A AVALIAÇÃO DA RENTABILIDADE ECONÔMICA EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima
Carlos Rogério Montenegro de Lima

A melhoria das condições de saúde de grupos sociais ou de uma população pode contribuir para o crescimento econômico de muitas maneiras: reduz as perdas de produção causadas por doenças do trabalhador, permite o uso de recursos naturais que estiveram total ou parcialmente não-acessíveis por motivo de doença, aumenta o número de crianças matriculadas em escolas e as torna mais aptas a estudar, e libera recursos que, não sendo aplicados em organização de saúde, podem ter outro destino.¹

A aplicação global dos recursos nas organizações de saúde é vultosa. Em 1990, em nível mundial, a despesa pública e privada com organizações de saúde foi de aproximadamente US\$ 1,7 trilhão, ou 8% do produto mundial total. O grupo de países de alta renda consumiu 90% da despesa mundial (os EUA consumiram 41%), com despesa média *per capita* de US\$ 1.500. Em 1990, os EUA consumiram 12,7% do seu produto nacional bruto com despesas com organizações de saúde e o Brasil, 4,2%. O Brasil teve despesa média *per capita* de US\$ 132.

A avaliação é uma forma de pesquisa sistemática para obter e proporcionar informação e para aprender empiricamente sobre o mérito e o valor das atividades sociais, usando as lições aprendidas para a tomada de decisão racional e inteligente, que contribua para a melhoria das atividades em curso e para o fomento de administração mais satisfatória mediante o

entendimento dos fatores associados com os bons e os maus resultados e a solução de problemas. A avaliação pode e deve ser processo permanente de busca para aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das intervenções das organizações de saúde.²

As organizações são o tipo de sistema social que caracteriza as sociedades modernas e ao mesmo tempo, a forma pela qual determinada coisa se estrutura. As organizações são fenômenos complexos, ambíguos e paradoxais, podendo ser compreendidas de maneiras diferentes. Morgan, usando imagens e metáforas, como modos de ver e de pensar que permeiam o entendimento do mundo e da vida, representa e interpreta as organizações. Morgan pensa as organizações como máquinas, organismos, cérebros, conjuntos de interesses, prisões psíquicas, fluxos, instrumento de dominação etc. Cada modo de ver e de pensar cria suas próprias possibilidades de vasculhar e de lidar com o caráter multifacetado da vida das organizações.³

As organizações de saúde são aquelas que executam intervenções de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. A intervenção é qualquer atividade específica que vise a reduzir os riscos de adquirir agravos ou dano à saúde, garantir o cuidado terapêutico e o controle de doenças e atenuar as seqüelas da doença ou a incapacidade. A administração das organizações de saúde pode ser otimizada se for baseada nas necessidades e problemas de grupos sociais e subpopulações. A adoção da medida de indicadores do processo social de saúde-doença facilita a determinação das intervenções, para obter a redução do impacto dos principais agentes causadores de agravos, de danos e de morte.⁴

Cada sociedade tem suas próprias maneiras de explicar e de tratar as doenças, e seus curandeiros estão organizados em associações profissionais, com regras de admissão, códigos de conduta e formas de relação com o doente. Cada sociedade tem sistemas médicos que são a expressão dos valores e da estrutura social em que surgiram. Os sistemas médicos refletem não só os valores e as formações subjetivas, mas contribuem para formá-los e mantê-los. Cabe mencionar

que, na maioria dos países, a Medicina Clínica nos padrões ocidentais representa uma fração pequena das maneiras de cuidar da saúde. Em muitos deles, os médicos clínicos constituem o único grupo de curandeiros cuja atividade é assegurada por lei.⁵

Quadro 1 – Gastos globais com saúde e gastos por regiões demográficas com saúde (1990)

Região demográfica	População (em milhões)	% população global	Gastos com saúde (bilhões de US\$)	% dos gastos globais com saúde (US\$)	Gastos per capita com saúde (US\$)
África Subsaariana	510	10	12	1	24
Índia	850	16	18	1	21
China	1.134	22	13	1	11
Ásia e Ilhas	683	13	42	2	61
América Latina e Caribe	444	8	47	3	105
Oriente Médio crescente	503	10	39	2	77
Ex-economias socialistas europeias	346	7	49	3	142
Economias de mercado consolidadas	798	15	1.483	87	1.860
Mundo	5.267	100	1.702	100	329

Fonte: Banco Mundial (1993).

O olhar clínico nasce, na Modernidade como método científico, com a propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que se percebe um espetáculo. A percepção só pode apreender a vida e a doença em uma unidade, na medida em que investe a morte em seu próprio olhar. O filósofo francês Foucault afirma que, a Medicina Clínica é mais uma tecnologia do olhar do que uma ciência, não só porque não responde aos critérios formais e não atinge o nível de rigor que se pode esperar da física, da química, ou mesmo da fisiologia, mas, também, porque comporta um acúmulo, apenas organizado, de observações empíricas, de tentativas e de resultados brutos, de receitas, de prescrições terapêuticas e de regulamentações institucionais.⁶

A Medicina é uma “estratégia biopolítica” e o corpo é uma “realidade biopolítica”. O controle sobre os indivíduos e as populações não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Em 1990, o National Health Service (NHS) da Grã-Bretanha tinha mais funcionários do que o Exército Vermelho da Rússia tinha soldados. O modelo do NHS é o herdeiro da assistência controlada, que era tanto a maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, pois sua pobreza não os permitia que o fizessem por si mesmos, quanto o controle disciplinar dos ricos sobre os pobres.⁷

Foucault afirma que a Medicina Social que nasce com a Modernidade no modelo da Lei dos Pobres da Grã-Bretanha de 1870, região em que o capital prospera de modo acelerado a partir da Revolução Industrial, tem futuro porque articula três processos: a assistência médica ao pobre, o controle da saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública, que permite aos ricos se protegerem dos perigos. Esse modelo permite a superposição e a coexistência de três sistemas médicos: a assistência médica destinada aos pobres, a administração médica encarregada dos problemas como imunização obrigatória e controle de epidemias e a organização privada dos médicos clínicos que beneficia quem tem meios para pagar.

Os custos crescentes dos insumos e as condições de racionamento de capital ante as múltiplas necessidades requerem maior discussão do valor social das intervenções das organizações de saúde. É necessário encontrar soluções para uma menor despesa na obtenção de determinado resultado e soluções para obter o melhor resultado com determinada despesa. A avaliação econômica pode ser diferenciada em dois tipos: a que relaciona os processos com os recursos aplicados e a que relaciona os resultados com os recursos aplicados ou com as atividades executadas. A produtividade expressa medidas como o número de atividades por volume de recursos aplicados. A rentabilidade econômica ou rendimento expressa produtos, resultados e benefícios em função de recursos monetários aplicados.⁸

As principais modalidades de avaliação do rendimento das intervenções das organizações de saúde, são a análise do custo-eficácia e a análise do custo-utilidade. A análise do custo-benefício compara custos e resultados expressos em unidades monetárias e, quando o segundo é maior do que o primeiro, dispõe-se de indicador para a aceitabilidade da aplicação de recursos. A análise do custo-eficácia compara custos e resultados em termos do valor dos efeitos nos indivíduos ou na população-alvo.⁹

O conceito de eficácia funciona como medida da qualidade das intervenções das organizações de saúde. A eficácia da intervenção pode significar que ela traz mais benefício do que prejuízo para quem a recebe. A eficácia pode ser a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde. A eficácia pode ser também a relação entre as intervenções úteis e totais, de maneira que crescerá à medida que as intervenções úteis se aproximem o máximo possível das totais.

O método prospectivo de avaliação da eficácia em função dos custos para avaliar as intervenções em saúde tem sido usado e recomendado por organizações internacionais, incluindo o Banco Mundial. O método possibilita avaliar o potencial de diferentes intervenções com base no quanto cada uma requer de recursos para obter mais um ano de vida saudável. O custo unitário de mais um ano de vida saudável é a eficácia em função dos custos de uma intervenção: quanto menor for o coeficiente, maior será o rendimento da intervenção.

O controle de custos responde à necessidade das organizações de saúde de possuírem ferramentas para subsidiar a tomada de decisão. Essa necessidade específica resulta do aumento crescente dos custos dos insumos e da maior competição. O controle de custos possibilita medidas de ajuste e de correção para a melhoria da qualidade, aumento dos níveis de produção e otimização do uso dos recursos. É possível perceber que na esfera pública perde força o senso comum que sugere que as condições de acesso e a melhoria da qualidade das organizações de saúde dependem apenas do aumento do volume de recursos disponíveis.¹⁰

A avaliação do custo-eficácia mede a eficiência das organizações de saúde. Essa avaliação possibilita a mensuração dos resultados em relação aos insumos. A avaliação do custo-eficácia pode ser usada como critério para selecionar intervenções e para concentrar a aplicação de recursos, podendo também ser usada com o propósito de maximizar a rentabilidade das intervenções e de incrementar conseqüentemente a disponibilidade financeira para outras intervenções.

AValiação DA QUALIDADE DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

O processo de intervenção das organizações de saúde consiste em submeter o campo de transformação – em geral as pessoas que possuem alguma necessidade – a uma série de atividades concatenadas que podem ser especificadas com diferentes graus de agregação. Cada atividade possui características quanto às tarefas executadas e requer insumos, bens de capital e força de trabalho. Cada atividade gera formas de organização que são a condição necessária para a eficácia e a eficiência do processo de intervenção. As patologias das formas de organização são a não-adequação entre a organização de uma atividade com o seu campo de transformação e o seu sucesso de trabalho – que é fonte de ineficácia – e o conflito entre formas de organização adequadas diferentes entre si – que é fonte de ineficiência.¹¹

O tempo é a variável que ordena todos os componentes das atividades. A fragmentação do processo de trabalho, guiada pela necessidade de minimizar o tempo requerido para a execução das tarefas, é o eixo de organização das atividades de produção. A organização racional do capital busca lucro e rentabilidade. Se não se orientasse por esse princípio estaria condenada a desaparecer. Weber, o sociólogo das organizações, afirma que o impulso para o ganho existiu e existe em todas as pessoas, em todas as épocas de todos os países, onde quer que, de alguma forma, se apresentou ou se apresente a possibilidade para o ganho. Weber afirma também existir relação entre a ética da vida econômica no capitalismo e as idéias do protestantismo ascético: “*A perda de tempo é o primeiro e o principal de todos os pecados.*”¹²

O tempo da atividade da organização de saúde difere das formas do tempo das atividades em geral em função da relevância da noção de eficácia. O grau de produtividade das organizações de saúde é a composição entre eficácia e eficiência. A eficácia como relação entre atividades úteis e totais se encontra em boa medida determinada pelo tempo destinado a sua execução e pode ser maior com o aumento desse tempo. A eficiência como relação entre atividades e custos pode entrar em contradição com a eficácia. A eficiência da organização de saúde com o seu grau de uso pode ser medida pela relação entre o tempo total das atividades e o tempo disponível da organização. A avaliação do custo-eficácia mede a relação entre as intervenções úteis e os seus custos para organização de saúde.¹³

A qualidade das organizações pode ser interpretada e representada como a expressão de certas formas subjetivas: a) preocupação constante em criar e manter entre todos os que estão ocupados nas organizações de saúde, administradores e funcionários, o entendimento quanto à estrutura e ao processo de intervenções; b) preocupação quanto aos resultados para satisfazer as necessidades emergentes e as demandas explícitas dos clientes usuários.¹⁴

Donnabedian define sete atributos como os pilares da qualidade das organizações de saúde: 1) *Eficácia*: a capacidade do cuidado, assumindo a sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde; 2) *Efetividade*: quanto das melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas; 3) *Eficiência*: a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível; 4) *Otimização*: a mais favorável relação entre custos e benefícios; 5) *Aceitabilidade*: conformidade com as preferências do paciente no que concerne à acessibilidade, à relação médico-paciente, às amenidades, aos efeitos e ao custo do cuidado da saúde; 6) *Legitimidade*: conformidade com preferências sociais em relação a tudo acima mencionado; 7) *Equidade*: igualdade na distribuição do cuidado e dos seus efeitos sobre a saúde.¹⁵

A avaliação da qualidade das organizações de saúde significa a multiplicidade de juízos sobre cada qualidade da

intervenção individualmente ou na relação entre si. A avaliação da qualidade tem três perspectivas mais relevantes: a) a dos clientes internos; b) a dos clientes usuários; c) a da sociedade em geral. A qualidade pode ser uma quase-síntese dos diferentes juízos sobre as qualidades da intervenção.

As organizações de saúde têm como atributo ideal de intervenção aquele que reforça os mecanismos inerentes às normas do ser vivo e que tem máxima eficácia comprovada com o mínimo de risco. Entretanto, o processo social de determinação das propriedades e de eficácia da intervenção tem sido marcado pela soberania dos interesses dos médicos clínicos autorizados pela lei. Essa marca sugere aos administradores, da qualidade das organizações de saúde que a mudança requer, a cooperação dos médicos clínicos e, ao mesmo tempo, a adaptação dos modos das funções e das atividades que exercem habitual e profissionalmente.¹⁶

A administração da qualidade das organizações de saúde tem como resultados esperados a melhoria da eficiência com eficácia e a otimização no uso dos recursos. Esses resultados esperados pressupõem a criação de meios de controle e de avaliação externos à Medicina Clínica. Os médicos clínicos poderão ser guias no processo de padronização dos procedimentos operacionais da tecnologia clínica, mas necessariamente deverão trabalhar em cooperação com o quadro de funcionários e de acordo com a missão da organização de saúde.

Por outro lado, emergem defesas públicas dos direitos de consumidores e de clientes usuários das organizações de saúde. Essas defesas públicas têm a face do espaço de vida dos grupos de interesse e de esferas públicas autônomas para discussão e entendimento. Essa outra face está viva em organizações não-governamentais de apoio aos indivíduos com AIDS, em conselhos municipais de saúde no Brasil.

Esse contexto social cria condições para mudanças na cultura das organizações de saúde que ampliem e reforcem a necessidade de os médicos clínicos prestarem contas para os outros e compartilhem responsabilidades na determinação e na avaliação das normas de conduta, nas estratégias e nos padrões para melhor desempenho na intervenção.

Os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde têm sido: má alocação dos recursos, desigualdade nas condições de acesso, ineficiência e custos crescentes. Na maioria dos países, as despesas com cuidados de saúde crescem mais do que a sua renda. A combinação do aumento do número de especialidades médicas, da disponibilidade de cada vez mais complexas tecnologias e da expansão dos seguros de saúde tem produzido rápido aumento do consumo de atendimentos e de consultas, de meios diagnósticos e de terapias dispendiosas.¹⁷

Os estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) citados no relatório do Banco Mundial, de 1993, sugerem que a população pobre não tem tido acesso às intervenções fundamentais de saúde e recebe cuidados de má qualidade. Os recursos das organizações de saúde têm sido desperdiçados com o mau uso da capacidade física instalada e das tecnologias médicas, com a má distribuição do pessoal e na aquisição de produtos farmacêuticos de marca registrada (e não-genéricos).

A epidemiologia é o campo de conhecimentos empíricos que estuda o processo de saúde-doença nas populações: a ocorrência, a distribuição, a extensão e a progressão de eventos e de agravos. A epidemiologia fornece dados que contribuem para a compreensão dos determinantes sociais da frequência e da distribuição da saúde e da doença. O principal papel da epidemiologia na administração das organizações de saúde é fornecer informações concretas como base para a tomada de decisão.¹⁸

A aplicação da abordagem epidemiológica na definição da política da organização de saúde segue quatro passos: 1) a seleção de patologias de maior risco e que mais contribuem para a morbidade; 2) a distribuição proporcional dos fatores de risco para as patologias nas dimensões do estilo de vida, do ambiente, da biologia humana e da organização dos cuidados da saúde; 3) a distribuição proporcional dos recursos com a saúde nas quatro dimensões; 4) a determinação entre os fatores de risco e a distribuição dos recursos.

O Banco Mundial, sugere o uso da epidemiologia por meio da avaliação de impacto global das doenças feita com

base na estimativa das perdas de vida por morte e de incapacidade por doença. O indicador de perda de anos de vida estima a perda com base na expectativa de vida para cada faixa etária por causa da morte. O indicador de perda de anos de vida enfatiza as diferenças na mortalidade específica por faixa etária nas pessoas com menos anos de vida. A perda de anos de vida é tanto maior quanto mais prematura a morte. O indicador é padronizado por faixa etária, reduzindo as variações que possam ocorrer por diferenças na distribuição da mortalidade na população só por faixa etária.¹⁹

A pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS), com dados de 1990, para o relatório sobre o desenvolvimento mundial do Banco Mundial de 1993 procurou definir um método para medir o impacto global da doença – IGD. O IGD soma as perdas por morte prematura (definida como a diferença entre a idade em que realmente ocorreu o óbito e a expectativa de vida nessa mesma idade em uma população com baixo índice de mortalidade) com as perdas de vida saudável causadas por incapacidade. Este estudo incorpora as perdas causadas por deficiência física, por dor ou por qualquer outro tipo de incapacidade. O IGD é medido em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI).

As doenças foram distribuídas em categorias com base na classificação internacional de doenças (CID) – nova revisão. As categorias abrangem todas as causas de incapacidade possíveis. Usando a causa de óbito registrada, o estudo enquadrou todos os óbitos de 1990 nas categorias por faixa etária, sexo e região demográfica. Cada óbito recebeu a estimativa do número de anos de vida perdidos como sendo a diferença entre a idade em que realmente ocorreu o óbito e a expectativa de vida nessa idade em população, com baixo índice de mortalidade.

A pesquisa da incapacidade estimou a incidência de casos por faixa etária, sexo e região demográfica, tomando por base pesquisas comunitárias e o parecer de especialistas. Calculou-se o número de anos de vida saudável perdidos, multiplicando-se a duração esperada do estado de incapacidade (até a recuperação ou a morte) por um peso que mede o

valor da invalidez em comparação com a perda da vida. As perdas por morte ou incapacidade foram então somadas, tendo em conta uma taxa de atualização de 3% (para conferir valores progressivamente mais baixos aos anos futuros de vida saudável) e pesos etários (para atribuir diferentes valores relativos aos anos de vida perdidos em diferentes faixas etárias). Este procedimento de pesos etários reduz a relevância relativa das doenças nas crianças.

A soma para todas as faixas etárias, estados clínicos e regiões é chamada de Impacto Global da Doença (IGD). O IGD mede o valor atual dos futuros anos de vida saudável perdidos por causa de morte, doença ou trauma. O impacto tem por base os eventos ou agravos ocorridos, mas inclui a perda de vida saudável nos anos futuros. O impacto serve para rastrear a melhoria das condições de saúde ao longo do tempo, acompanhando a variação da frequência da doença.

A pesquisa com base nos dados em relação à população de 1990 (5,26 bilhões) indica o impacto global das doenças de 1.392 milhões de perdas em AVAI. As causas das perdas globais em AVAI são: 45,8% por doenças transmissíveis, 42,2% por doenças não-transmissíveis e 11,9% por traumas. As perdas globais em AVAI por mil habitantes são 259 milhões. Nas economias de mercado consolidadas as perdas em AVAI são 94 milhões, ou 117 por mil habitantes. Na América Latina e Caribe, as perdas por AVAI são 103 milhões, ou 223 por mil habitantes. Na África subsaariana, as perdas em AVAI são 293 milhões, ou 575 por mil habitantes.

CONTABILIDADE GERENCIAL DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A administração contábil coleta, registra e processa dados, apresentando de modo regular e periódico relatórios com informações que podem ser usadas para avaliação da eficiência e dos resultados de organizações. A administração contábil deve estar orientada para satisfazer as necessidades de informações dos clientes internos e externos da organização. Os principais usuários das informações contábeis são, internamente, administradores e, externamente, os governos, os seguros, outras organizações de saúde e clientes usuários.²⁰

A contabilidade financeira coleta, registra, processa e comunica informações econômicas da organização. Os relatórios básicos da contabilidade são o balanço patrimonial e a demonstração do resultado do exercício. O balanço patrimonial apresenta o resumo dos recursos e das obrigações da organização em determinado momento. A demonstração do resultado do exercício é a apresentação resumida das operações realizadas durante o exercício, de forma a destacar o resultado líquido a partir da apresentação das receitas, despesas e lucros.

A contabilidade gerencial surgiu para subsidiar a tomada de decisões sobre processos, produtos e consumo de informações sobre eficiência e eficácia no uso dos recursos, contribuindo para a melhoria da qualidade, a administração dos custos e o aumento do valor de seus produtos para o consumidor. A contabilidade de custos surgiu para informar clientes externos. A contabilidade de custos registra os gastos classificados como custos com a denominação de “custo dos serviços prestados” na demonstração de resultados e com a denominação de “atendimentos em andamento” no balanço patrimonial. A contabilidade de custos busca cumprir três objetivos: fornecer informações para controle dos custos dos processos, distribuir os custos entre os produtos para a preparação das demonstrações financeiras e, estimar os custos dos produtos.²¹

Os centros de custos são as unidades de intervenção que realizam despesas claramente atribuíveis, desempenhando funções que expressam de modo adequado sua finalidade. A definição dos centros de custos varia de acordo com o processo de trabalho de cada organização. Eles podem ser agregados em três categorias: os centros de custos finais ou produtivos são os que executam atividades diretamente relacionadas com a consecução dos objetivos finais da organização; os de custos auxiliares são os que executam atividades complementares para a consecução dos objetivos finais da organização; e os de custos de atividades gerais são os que executam atividades que não são específicas da organização.²²

As organizações fazem uso, basicamente, de dois métodos de custeio: direto ou por absorção. O custeio pode ser

feito com base em valores históricos ou em valores orçados (custo-padrão). O custeio direto segrega os custos entre aqueles que são fixos e aqueles que variam diretamente com o volume. O ponto a ser enfatizado é que o custeio direto é em primeiro lugar uma segregação de despesas e somente de modo secundário é um método de avaliação de estoques. O custeio direto pode ser definido como método contábil usado com o propósito de determinar o lucro e avaliar os estoques. Na sua aplicação, todas as despesas gerais fixas são excluídas dos estoques e lançadas contra as receitas no período em que elas ocorrem. O método de custeio direto resulta em informações sobre custo-volume-lucro, que são usadas para planejar o lucro e são diretamente obtidas dos relatórios contábeis regulares. O método não considera as flutuações do lucro causadas pela diferença entre o volume de vendas e a produção. O método procura definir o ponto de equilíbrio em valor ou quantidade entre receita e custo totais por centro de custos ou por produto.²³

O custeio por absorção identifica no interior de cada organização os centros de custos, que correspondem às unidades independentes de produção. Cada centro de custos pode produzir produtos intermediários ou de consumo final, recebendo para tal insumos oriundos de fornecedores internos e externos. O que se procura conhecer é quanto cada centro de custos absorve em valor de outros centros de custos ou de fornecedores externos. A essa absorção é incorporado o valor criado por meio do esforço de produção do próprio centro de custos. A organização é vista como a articulação de centros de custos, interligadas por processos de trabalho que executam atividades e que geram produtos.²⁴

Os tipos de custeio são o custeio por ordem e o custeio por processo. O custeio por ordem possui as seguintes características: a) o processo de produção é estabelecido com base em um número determinado de ordens de produção; b) cada ordem de produção recebe um número ou outro símbolo que a diferencia e documento contábil separado; c) todos os materiais e a mão-de-obra diretamente aplicados aos processos são designados como se fossem aplicados à ordem específica

e processados em cartão de ordem de produção; d) os custos indiretos são alocados em cada ordem de serviço usando-se, usualmente, como base o valor da mão-de-obra direta; e) o valor da conta de “atendimentos em andamento” é igual à soma dos valores das ordens de produção, não-concluídas.²⁵

A contabilidade de custos por processos é a que melhor se adapta a intervenções iguais, feitas de forma contínua, executadas por uma organização. As principais características da contabilidade de custos por processo são: a) os custos são acumulados por centro de custos ou por unidade executora; b) os custos dos departamentos de serviços são alocados aos centros produtivos; c) o número de unidades de serviços prestados em cada centro de custos é calculado; d) o custo total do centro de custos é dividido pelas unidades de serviços prestados, resultando na apuração do custo unitário dos serviços.²⁶

A apropriação dos custos indiretos de uma atividade de modo não muito preciso causa distorções no custeio do produto, resultando em um excesso na taxa de *overhead* e promovendo o subsídio entre produtos. O fator básico desta distorção muitas vezes é o uso do critério de apropriação por mão-de-obra direta, que não representa adequadamente a composição dos custos de produção quando os custos da tecnologia têm um crescimento geométrico.

A American Hospital Association (AHA) adota como critérios geralmente utilizados na distribuição dos custos indiretos a quantidade de intervenções executadas, os custos com os insumos, a área ocupada e os custos acumulados. A quantidade de intervenções executadas expressa o volume de atividades realizadas por determinado centro de custos. Os custos dos insumos são usados quando se pode discriminar os materiais consumidos por determinado centro de custos por meio de requisições feitas. A área ocupada é usada quando as intervenções executadas por um centro de custos estão associadas com a área física. Os custos acumulados são usados quando os critérios anteriores não podem ser utilizados em virtude da variabilidade das intervenções.²⁷

A American Hospital Association reconhece três métodos de alocação e apuração dos custos: o rateio direto, a redu-

ção escalar e a distribuição dupla. O método do rateio direto distribui os custos dos centros não-produtores de receitas somente aos centros produtores de receitas. O método ignora a existência de uma relação de troca de serviços entre os centros não-geradores de receitas.²⁸

O método da redução escalar (*step-down*) reconhece a existência da troca de serviços entre os centros não-produtores de receitas. O termo escalar, deve-se à forma como é feita a distribuição dos custos dos centros não-produtores de receitas. Obtidas as despesas totais dos diferentes centros de custos é feita a apropriação das despesas dos centros não-produtores de receitas que proporcionam serviços ao maior número de centros. A seguir faz-se um procedimento similar ao anterior, agora com o centro não-produtor de receitas que serve o segundo maior número de centros, e assim sucessivamente. Concluída a distribuição de despesas dos diferentes centros não-produtores de receitas é possível obter o custo total dos centros produtores de receitas.

O método da distribuição dupla é uma versão mais sofisticada da redução escalar, na qual são incorporadas todas as despesas entre os centros não-produtores de receitas. São feitas duas distribuições. Na primeira distribuição, os custos totais de todos os centros são alocados nos diferentes centros segundo o critério de apropriação estabelecido, obtendo-se a despesa total de todos os centros. A segunda, é feita dos centros não-produtores para os centros produtores de receitas, usando-se as mesmas bases de rateio da primeira distribuição. Deste modo, determinam-se os custos totais dos centros produtores de receitas.

Nos Estados Unidos, a maioria das organizações de saúde utiliza um dos três métodos de custeio para obter as informações de custos, necessárias para tomar decisões e para negociar seus contratos: o método da relação custo-receita (RCC – *ratio-of-costs-ro-charges method*); o método da unidade de valor relativo (RVU – *relative value unit method*); e o método do custeio baseado em atividades (ABC – *activity-based costing*).²⁹

O método RCC estima o custo de uma intervenção aplicando a relação custo-receita da intervenção (custos indiretos

divididos pela receita total) às receitas produzidas. O método do RCC encoraja a busca de tipos de intervenções com alto valor de reembolso e favorece estratégias de otimização das receitas que resultam de decisões de *mix* de tratamentos. Este método é popular nas organizações de saúde dos Estados Unidos por seu modo simples de calcular, por sua aceitação pelas normas do sistema Medicare e por sua familiaridade para administradores financeiros.

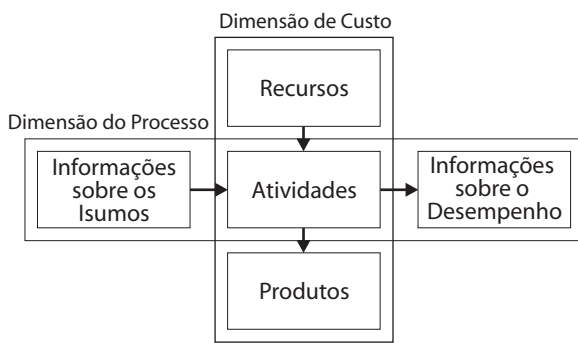
O método da Unidade de Valor Relativo (RVU) estabelece medidas-padrão da intensidade dos tratamentos baseadas na complexidade das atividades, no montante dos recursos aplicados e no tempo despendido em um tratamento. O método de custeio RVU procura romper com as limitações admitidas no método da Relação Custo-Receita (RCC): os custos indiretos constituem um grande grupo e os recursos são consumidos na mesma proporção das receitas. O método RVU possui três vantagens: reconhece os recursos que são usados na execução das intervenções, usa os procedimentos em vez do desembolso financeiro como base para determinar os custos e permite administrar os custos de aquisição de recursos.

O método do custeio locado em atividades (*activity-based costing* – ABC) foi criado no final da década de 1980 como método de custeio para estimar de modo mais preciso os recursos financeiros. O ABC supera as deficiências dos métodos de custeio tradicionais baseados em volume. No ABC, as bases de distribuição usadas para aplicar custos aos produtos são chamadas de direcionadores de custos ou fatores que determinam custos. Os direcionadores de custos mais comumente usados são: as horas de mão-de-obra; as unidades monetárias de mão-de-obra; o número de empregados; as horas-máquina; o tempo de ciclo do produto; e a área e a demanda.³⁰

O modelo lógico do ABC foi descrito por Raffish. No modelo lógico, as atividades possuem duas dimensões: o custo e o processo, conforme mostra a Figura 1. A dimensão do custo indica o fluxo geral dos custos. Essa dimensão compõe-se de recursos, atividades e produtos. Os recursos são alocados para as atividades por meio dos direcionadores de recursos e as ati-

vidades são alocadas para os produtos pelos direcionadores de atividades. A dimensão do processo indica o fluxo de informações e de trocas. Essa dimensão se compõem de informações sobre insumos, atividades e informações sobre desempenho. No modelo lógico as atividades são o ponto comum. Com a utilização do ABC pode-se controlar e avaliar os custos e os processos.³¹

Figura 1 – Modelo lógico do ABC



O método ABC fornece subsídios para a tomada de decisão em três variáveis: o *mix* de tratamento, os custos dos recursos e o consumo dos recursos. O sistema de custos baseado em atividades considera que os custos devem ser relacionados e acumulados nos centros de atividades. O sistema adota o rateio que combina várias bases de apropriação ao mesmo tempo, algumas relacionadas com o volume e outras não, mas cada uma proporcional às atividades consumidas.

A implantação do controle de custos baseado no método ABC requer os seguintes procedimentos: 1) identificar e definir as atividades relevantes; 2) organizar as atividades por centro de custos; 3) identificar os elementos de custos principais; 4) determinar a relação entre atividades e custos; 5) identificar os direcionadores de custos para atribuir custos às atividades e atividades aos produtos; 6) definir o modelo de fluxo de custos; 7) planejar o modelo de acumulação de custos; 8) obter os dados necessários para conduzir o modelo de acumulação de custos; 9) definir o modelo de acumulação de custos.³²

O método ABC fornece a oportunidade de identificar atividades que não agregam valor econômico. O método RCC usa a acumulação de custos agregados baseado no desembolso e aloca esses custos baseado em métodos de reembolso. O método RVU aloca custos indiretos agregados baseado na intensidade do tratamento e assume que cada um consome os mesmos recursos, nas mesmas porcentagens.

O método ABC pode identificar os custos dos recursos que são consumidos por diferentes tratamentos, por grupos populacionais ou por médicos. O ABC subsidia a tomada de decisão sobre o valor dos contratos de seguro e de execução das atividades. Esse método reflete o consumo dos recursos com maior precisão nas atividades e identifica diretamente o consumo de recursos enquanto custos. O ABC não só é mais preciso do que os métodos RCC e RVU na identificação de quais atividades são mais dispendiosas, como pode também determinar mais grupos populacionais e de cuidados médicos que podem produzir maior rentabilidade.

PESQUISA DE AVALIAÇÃO CUSTO-EFICÁCIA

O processo de pesquisa do custo-eficácia das intervenções das organizações de saúde deve contemplar as seguintes atividades: a) identificar com precisão o objetivo da intervenção na qual se aplicou recursos; b) traduzir o objetivo em dimensões operacionais ou metas; c) especificar as alternativas que serão avaliadas, homogeneizando as unidades de produto; d) medir os recursos aplicados em unidades monetárias; e) medir o grau de consecução dos objetivos ou de obtenção dos resultados; f) comparar as alternativas resultantes da divisão dos resultados pelos custos.³³

A pesquisa do custo-eficácia das intervenções pode ter múltiplos usos:

- por governos para definir planos de saúde de referência e para controlar as condições de concorrência entre organizações de saúde;
- por organizações de saúde concorrentes para subsidiar decisões sobre estratégia e posição no mercado e sobre composto e preço de produtos;

- por organizações de saúde para mensurar o grau de eficiência e subsidiar programas de melhoria de qualidade;
- por seguros privados para avaliar a qualidade dos produtos das organizações de saúde quando determinam o elenco de fornecedores;
- por clientes usuários para decidir a aquisição de seguros ou de produtos.³⁴

Os governos podem usar pesquisas do custo-eficácia para definir planos referenciais de saúde para o mercado em termos de risco, de retorno e de valor das intervenções. Os planos referenciais de saúde podem funcionar como informação e como meio de regulação dos seguros privados e das organizações de saúde, determinando as responsabilidades sociais. Os governos podem usar as pesquisas do custo-eficácia para determinar os produtos ou os serviços das suas próprias organizações de saúde e as condições de acesso dos clientes usuários.

As organizações de saúde privadas podem usar as pesquisas do custo-eficácia para avaliar as condições de mercado para compra e venda de produtos e de serviços. Os prestadores de serviços privados podem usar as pesquisas do custo-eficácia para melhor posicionar seus produtos no mercado e definir suas estratégias: o seu conceito de produto, o seu composto de produtos em função da sua missão, o controle dos ciclos de vida dos seus produtos, a decisão de preços, as condições de acesso dos seus clientes usuários etc. Os prestadores de serviços privados podem comparar seus níveis de eficiência para controle e avaliação das despesas operacionais.

Os seguros de saúde privados podem usar as pesquisas do custo-eficácia para avaliar a qualidade de organizações de saúde para fins de habitação e de autorização da prestação de serviços para seus clientes usuários e para avaliar preços por produtos e por resultados das organizações de saúde. Os seguros de saúde privados podem determinar as características de seus produtos, incluindo os preços em função dos riscos e das condições de acesso dos clientes usuários. Os clientes usuários podem usar as pesquisas do custo-eficácia para avaliar produtos, preços e condições de acesso das organizações de saúde.

Cabe observar que nas organizações de saúde os procedimentos de avaliação como as pesquisas do custo-eficácia são também a expressão dos seus conflitos de poder em torno do valor funcional das tecnologias da Medicina Clínica e das outras acumulações do saber. Os médicos clínicos buscam conservar a sua autonomia na determinação das intervenções. Entretanto, é cada dia maior o número de clientes usuários, de tomadores de decisão das organizações de saúde e de governos que não estão aceitando ou legitimando a determinação das intervenções apenas em função dos juízos de valor dos médicos clínicos. É necessário ampliar o processo de discussão em busca do melhor argumento, para estabelecer o entendimento.

O Banco Mundial propõe em seu relatório de 1993, *Investindo em Saúde*, a definição das prioridades nos investimentos em saúde mediante a avaliação da eficácia em função dos custos das intervenções, bem como o âmbito e a localização dos problemas de saúde que afetam a população. A eficácia em função dos custos é o ganho líquido em saúde ou diminuição do impacto da doença, em relação ao custo decorrente de uma intervenção. O Banco Mundial enfatiza que devem ser prioritárias as intervenções sobre as doenças que têm grande impacto global e que são eficazes em função dos custos.³⁵

A pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com o Banco Mundial (BIRD), em 1990, para avaliar o custo das intervenções não considerou os custos operacionais fixos dos sistemas e das organizações de saúde. Foi considerado apenas o custo da capacidade de executar cada intervenção. Os custos foram avaliados em preço de mercado. A pesquisa verificou que os custos de mão-de-obra semiquificada são menores nos países de baixa e de média renda e que os custos de medicamentos e de equipamentos se equivalem nos diferentes países.

A pesquisa enfrentou problemas operacionais para a estimativa dos custos que incluem a incidência, a prevalência e a mortalidade de cada doença. Nas doenças raras, as atividades de prevenção são menos eficazes em função dos custos porque é preciso intervir sobre um grande número de pesso-

as para evitar um agravo. A taxa de mortalidade faz saber se a medida de proteção e de controle da doença pode evitar mais mortes em função da maior probabilidade de morte. A pesquisa considera que, se a intervenção não requer infraestrutura e meios de gestão que acarretem grandes custos fixos, a intervenção é relevante simplesmente pela eficácia em Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI) ganhos em função dos custos e adverte que grandes custos fixos e meios de gestão frágeis podem tornar intervenções com boa relação custo-eficácia em má aplicação de recursos.

Os resultados da avaliação do custo-eficácia confirmam a relevância das intervenções no âmbito de atenção primária. Cabe mencionar que metade do impacto global das doenças no mundo deve-se a moléstias infecciosas, distúrbios da nutrição e problemas relacionados à gestação e ao parto. Os resultados da avaliação confirmaram também que a maioria das intervenções eficazes em função dos custos pode ser executada fora dos hospitais.

As combinações extremas de custo-eficácia são representadas por quatro intervenções específicas: a suplementação com vitamina A em áreas nas quais há risco de cegueira por carência de vitamina (custo muito baixo, eficácia elevada), a quimioterapia da tuberculose (custo alto, eficácia muito elevada), o controle ambiental do dengue (custo baixo, eficácia pequena) e a terapia da leucemia em crianças (custo muito alto, eficácia relativamente elevada).

O plano de intervenções de saúde pública recomendado pelo Banco Mundial inclui: as imunizações (incluindo a vacina com BCG), os serviços de saúde nas escolas, a transmissão de informações e serviços especiais de planejamento familiar e nutrição, os programas para redução do consumo de tabaco e álcool, a ação regulatória com informações e investimentos públicos para melhorar o ambiente doméstico e a prevenção da AIDS. O plano de serviços clínicos essenciais recomendado pelo Banco Mundial varia de país para país, dependendo das necessidades em matéria de saúde e do nível de renda. O pacote deve conter, no mínimo, cinco grupos de intervenções: serviços de assistência à gestação e ao parto;

serviços de planejamento familiar; controle da tuberculose; controle das doenças sexualmente transmissíveis; atendimento de doenças graves comuns em crianças pequenas – doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas, sarampo, malária e desnutrição aguda.

Quadro 2 – Avaliação custo-eficácia do plano de intervenções de saúde pública em países de renda média (1990)

Componentes do pacote	Custo anual por participante (US\$)	Custo anual per capita (US\$)	Custo anual por AVAI	Impacto da doença evitado (%)
Medidas de saúde pública	—	6,8	—	4,0
Programa de imunizações ampliado	28,6	0,8	25-30	1,0
Programa sanitário nas escolas	6,5	0,6	38-43	0,4
Programa de planejamento familiar e nutrição	5,2	3,1	—	—
Programa de redução do consumo de tabaco e de álcool	0,3	0,3	45-55	0,3
Programa de prevenção da AIDS	132,2	2,0	13-18	2,3

Fonte: Dados e cálculos do Banco Mundial.

A redução do impacto global das doenças por unidade monetária varia, dependendo da gama de intervenções que os governos estão financiando. O Banco Mundial considera como prioridade máxima que, os governos financiem pacotes básicos de intervenções de saúde pública e clínica. O fundamental é redirecionar a aplicação de recursos para intervenções com menor despesas por AVAI ganhos. As organizações de saúde devem buscar otimizar o uso dos recursos de que dispõem.

O Banco Mundial defende maior ação dos governos na formação e na regulamentação do mercado dos seguros e das organizações de saúde. A forma prioritária de ação regulado-

ra é a informação acerca dos custos, da qualidade e dos resultados das intervenções das organizações de saúde. Os governos, mediante a definição dos planos básicos, oferecem orientação sobre o que é ou não eficaz em função dos custos. Essa diferenciação afeta os seguros, as organizações de saúde e os clientes usuários. A disseminação da informação sobre o custo-eficácia pode contribuir para aumentar o rendimento dos recursos aplicados em saúde.

O relatório do Banco Mundial afirma que muitos cuidados médicos apresentam tão pouca eficácia em termos de custos que os governos não deveriam incluí-los nos planos básicos. Nos países de baixa renda figuram entre esses cuidados médicos os seguintes: cirurgias cardíacas, terapias de cânceres quase sempre fatais como os de pulmão, fígado e estômago (salvo quando se trate de aliviar a dor), terapias medicamentosas caras para as infecções pelo HIV e terapia intensiva para bebês muito prematuros.

As organizações de saúde podem usar pesquisas do custo-eficácia das intervenções como ferramenta para melhoria contínua da sua qualidade. A pesquisa do custo-eficácia com uso do custeio baseado em atividades possibilita alocar e apurar os custos específicos por centro de atividades das organizações de saúde. As organizações de saúde podem assim ter maiores e melhores informações para tomar decisões racionais na composição de suas atividades, nos custos e no consumo de seus recursos.³⁶

As organizações de saúde podem usar a pesquisa de custo-eficácia com diferentes funções: para estabelecer metas que garantam a sua sobrevivência, para manter a qualidade a partir da definição de procedimentos operacionais padronizados, para controle dos processos e dos resultados, para gerenciar a melhoria da qualidade a partir de problemas etc. As pesquisas do custo-eficácia podem assim contribuir para a melhoria da qualidade de intervenções em saúde, para a melhoria da qualidade das organizações de saúde e para a melhoria da qualidade de vida de grupos sociais e de subpopulações.

Quadro 3 – Avaliação custo-eficácia do plano de serviços clínicos essenciais em países de renda média (1990)

Componentes do pacote	Custo anual por participante (US\$)	Custo anual per capita (US\$)	Custo anual por AVAI	Impacto da doença evitado (%)
Serviços clínicos essenciais	—	14,7	—	—
Serviços de planejamento familiar	20	2,2	100-150	1
Maternidade sem risco (pré-natal e parto)	255	8,8	60-110	3
Atendimento das doenças comuns das crianças pequenas	8	1,1	50-100	4
Controle e tratamento das DST	18	0,3	10-15	1
Quimioterapia de curto prazo para tuberculose	275	0,2	5-7	1
Atendimento em infecções e traumas leves*	13	2,1	400-600	1

*Desde que os recursos o permitam.

Fonte: Dados e cálculos do Banco Mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial: investindo em saúde*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
2. AGUILAR, M. J., ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994; DEVER, G. E. A. *A epidemiologia na administração de serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988
3. MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas 1996.
4. BANCO MUNDIAL. *Op. cit.*; DEVER, G. E. A. *Op. cit.*
5. HELMAM, C. G. *Cultura, saúde, e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
6. FOUCAULT, M. *O nascimento da medicina clínica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

7. FOUCAULT, M. "O nascimento da medicina social". In:—. *Microfísica do poder*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992, p. 79-98.
8. AGUILAR, M. J., ANDER-EGG, E. *Op. cit.*; DEVER, G. E. A. *Op. cit.*
9. AGUILAR, M. J., ANDER-EGG, E. *Op. cit.*; NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
10. BANCO MUNDIAL. *Op. cit.*
11. MORGAN, G. *Op. cit.*; TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
12. WEBER, M. *A ética protestante e espírito do desenvolvimento do capitalismo*. 9. ed. São Paulo: Pioneira, 1994.
13. MORGAN, G. *Op. cit.*; TESTA, M. *Op. cit.*
14. NOGUEIRA, R. P. *Op. cit.*
15. —. Idem, *ibidem*.
16. HELMAM, C. G. *Op. cit.*; NOGUEIRA, R. P. *Op. cit.*
17. BANCO MUNDIAL. *Op. cit.*
18. DEVER, G. E. A. *Op. cit.*
19. BANCO MUNDIAL *Op. cit.*
20. HENDRIKSEN, E. S., BREDA, M. F. *Accounting Theory*. Boston: Irwin, 1992.
21. MATOS, A. J. *Contabilidade geral e contabilidade de custos*. São Paulo: PROAHS. 199?. [mimeo]; KAPLAN, R. S., JOHNSON, T. H. *Relevance lost: the rise and fall of management accounting*. Boston: Harvard Business School Press. 1987, 269p.
22. LIMA, Carlos R. M. *Activity based costing para hospitais*. São Paulo: Escola de administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, 1997 [dissertação de Mestrado].

23. SCHULTE, R. G. *One more time: direct costing versus absorption costing*. Management Accounting, New Jersey, v. 57. n. 5, p. 11-4, 1975.
24. MEDICI, A. C., MARQUES, R. M. *Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde*. CADERNOS FUNDAP, jan./abr. 1996, p. 47-59.
25. DEARDEN, J. *Análise de custos e de orçamentos nas empresas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
26. LIMA, Carlos R. M. *Op. cit.*
27. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. *Cost finding and rate setting for hospitals*. Chicago: AHA, 1968.
28. ESTEVES, M. J. V. *A utilização dos custos hospitalares em hospitais paulistas: um estudo preliminar*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992 [dissertação de Mestrado].
29. WEST, Timothy D. *et al.* Contrasting RCC, RVU and ABC for managed care decisions. *Healthcare Financial Management*, Westchester. v. 50, n. 8., agos. 1996, p. 54-61.
30. Idem, *ibidem*.
31. RAFFISH, N. How much does that product really cost? *Management Accounting*. New Jersey, v. 72, n. 9, mar. 1991, p. 36-9.
32. HICKS, D. T. *Activity-based costing for small and mid-sized business: an implementatio guide*. New York: Wiley, 1992. 312p.
33. BANCO MUNDIAL. *Op. cit.*; AGUILAR M. J. *Op. cit.*; ANDER-EGG, E. *Op. cit.*
34. BANCO MUNDIAL. *Op. cit.*; LIMA, Carlos, R. M. *Op. cit.*
35. BANCO MUNDIAL. *Op. cit.*
36. BANCO MUNDIAL. *Op. cit.*; SCHULTE, R. G. *Op. cit.*

GESTÃO POR ATIVIDADES EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Carlos Rogério Montenegro de Lima

INTRODUÇÃO

As condições de competitividade cada vez maiores, o nível de tecnologia mais elevado, as dificuldades de remuneração por parte dos tomadores de serviços e a demanda por uma melhor qualidade de atenção resumem a necessidade da instituição de saúde em acolher níveis de gestão de caráter mais profissional.

A apuração e o controle dos custos nos serviços de saúde compreende uma absoluta necessidade dentro das instituições hospitalares e de saúde. A apuração de custos deve servir de instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços. O permanente acompanhamento dos custos de serviços de saúde permitirá a implantação de medidas corretivas que visem um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição de prioridades assistenciais, aumento de produtividade, racionalização do uso de recursos ou outras medidas administrativas.

São vultosos os gastos mundiais com saúde e, portanto, também é enorme o potencial para má alocação, desperdício e distribuição injusta de recursos. De acordo com o Banco Mundial (1993), em 1990, no mundo como um todo, a despesa pública e privada com serviços de saúde foi de aproximadamente US\$ 1,7 trilhão, ou 8% do produto total mundial. Os países de alta renda consumiram quase 90% dessa quantia – um gasto médio de US\$ 1.500 por habitante. Só os Estados

Unidos consumiram 41% do total global – mais de 12% de seu Produto Nacional Bruto (PNB). Os países em desenvolvimento gastaram cerca de US\$ 170 bilhões, ou 4% de seu PNB, em média US\$ 41 por habitante – menos de um trinta avos do montante gasto pelos países ricos.

Com as disponibilidades de recursos cada vez mais limitadas, torna-se necessário que os serviços de saúde sejam administrados levando em conta critérios de eficiência e efetividade.

GESTÃO DE CUSTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NOS EUA E NO BRASIL

Para obter os dados de custo necessários para tomar decisões e negociar contratos, a maior parte dos Serviços de Saúde nos Estados Unidos utiliza um dos três métodos de custeio (West, 1996): o método da Relação Custo-Receita (*RCC – Ratio-of-costs-to-charges Method*), o método da Unidade de Valor Relativo (*RVU – Relative Value Unit Method*), ou o método de Custeio Baseado em Atividades (*ABC – Activity-Based Costing*).

O Método RCC

O método RCC representa a metodologia de alocação de custos indiretos *step-down* introduzida pelo Medicare. A informação de custo do tratamento é estimada nos departamentos aplicando a relação custo-receita do tratamento (isto é, custos indiretos divididos pela receita total) às receitas geradas. Enfatizando o denominador desta relação, o método RCC encoraja a busca de tipos de tratamento com alto reembolso e favorece estratégias de otimização de receitas que resultem de decisões de *mix* de tratamentos.

Este método é o mais popular método de custeio nos Estados Unidos na área da saúde porque é simples de aplicar, consistente com as normas do Medicare, e familiar aos gerentes financeiros.

A desvantagem deste método inclui a suposição de que as taxas de reembolso refletem precisamente o montante de recursos consumidos, a busca de uma classificação superior da enfermidade resultando em esforços para maximizar a re-

ceita por meio da administração do denominador RCC, e a falta de ênfase na contenção de custos.

Custeio RVU

O RVU estabelece medidas padrão de intensidade de tratamento baseado na complexidade de um procedimento, no montante de recursos consumidos, e no tempo despendido em um tratamento. O método de custeio RVU tenta transpor as limitações associadas com as duas suposições admitidas no método RCC: os custos indiretos constituem um grande grupo e que os recursos são consumidos na mesma proporção das receitas.

O método RVU possui três vantagens principais. Reconhece os recursos que são usados na prestação de um serviço, usa os procedimentos clínicos em vez do desembolso como base para determinar os custos dos serviços, e permite administrar o custo de aquisição de recursos. Sua principal vantagem é a suposição que cada RVU consome uma quantidade de recursos idêntica em uma proporção constante.

Utilizando o RVU os administradores financeiros recebem informações limitadas sobre a taxa real com que diferentes tratamentos consomem os recursos disponíveis. O RVU, contudo, facilita a administração do *mix* de tratamento e negociações de custo de recursos.

Custeio ABC

O custeio ABC incorpora os mais recentes avanços na contabilidade de custos. O propósito do ABC é atingir estimativas mais precisas dos recursos consumidos nos tratamentos. Diferente dos sistemas RCC e RVU, o método ABC fornece informações de apoio à decisão para as três variáveis: *mix* de tratamento, custo dos recursos e consumo dos recursos.

O ABC possui duas vantagens principais sobre os métodos RCC e RVU: reflete o consumo de recursos com maior precisão em nível de tratamento, e identifica mais diretamente o consumo de recursos por objeto de custo (tratamentos, grupos de pacientes, ou médicos).

O ABC, não apenas é mais preciso do que os métodos RCC e RVU na identificação de quais tratamentos são mais

dispendiosos, como também pode determinar quais contratos, médicos, ou grupos de pacientes são mais lucrativos.

Utilizando este método de custeio, os administradores financeiros de sistemas de saúde podem obter os dados necessários para tomar decisões otimizadas que considerem a alocação de recursos e a contenção de custos, desta forma assegurando a viabilidade financeira de longo prazo de suas organizações.

Dos três métodos analisados, somente o ABC oferece aos administradores financeiros a oportunidade de identificar procedimentos ou atividades que não são viáveis economicamente. O método RCC usa a acumulação de custos agregados fundamentado no desembolso, e aloca esses custos baseado em métodos de reembolso. O método RVU aloca custos indiretos agregados baseado na intensidade do tratamento e assume que cada tratamento consome os mesmos recursos nas mesmas percentagens. O ABC, por sua vez, identifica os custos dos recursos que foram consumidos por diferentes tratamentos, grupos de pacientes, ou médicos.

Além disso, somente o ABC pode auxiliar que os executivos evitem contratos que possam ser deficitários. Para fazer propostas apropriadas para contratos de longo prazo requeridos por planos de saúde, os custos associados com o fornecimento de serviços para conveniados dos planos devem ser entendidos e administrados.

Administradores de serviços de saúde que possuem informações de custos mais precisas podem tomar decisões melhores em relação à alocação de recursos, contenção de custos, lucratividade de contratos, e incentivos que direcionam a seleção de tratamentos alternativos.

Consultando a bibliografia existente, não se encontrou nenhuma estatística a respeito da gestão de custos em hospitais brasileiros. No entanto, não se pode deixar de registrar a implantação de um sistema nacional de custos hospitalares que obedeceu à Portaria de 4/5/70 do Conselho Interministerial de Preços (*DOU* de 18/5/70 – e da Resolução 4/71 de 13/1/71 – *DOU* de 2/4/71) que continha um roteiro para determinação dos serviços e das diárias hospitalares. Os resulta-

dos desta Portaria parecem não ter atingido resultados significativos em termos de abrangência nacional.

Em estudo realizado por Esteves (1992) realizado em dois hospitais localizados no eixo da Avenida Paulista, na cidade de São Paulo, em 1990, um com finalidade lucrativa e o outro sem finalidade lucrativa, constatou-se que ambos utilizavam o custeio por absorção para a determinação dos custos, empregando a metodologia da redução escalar ou “*step-down*”, a qual proporciona informações dos custos médios dos diversos centros e dos diferentes serviços prestados.

GESTÃO POR ATIVIDADES

Quando os Estados Unidos começaram a perder a supremacia nos anos 70 e início dos anos 80, acadêmicos como Robert Kaplan da Harvard Business School e Carnegie-Mellon University e H. Thomas Johnson, então na Pacific Lutheran University, começaram a questionar as práticas da contabilidade de custos tradicional. Eles perceberam que, diferentemente da contabilidade financeira e fiscal, que serve para manter as organizações em acordo com as leis e regulamentos, um sistema de contabilidade de custos de uma organização pode realmente significar o sucesso ou o fracasso de uma empresa.

No livro *Relevance Lost*, Kaplan e Johnson (1987) afirmam que a Contabilidade está perdendo sua relevância pela falsidade das informações que produz e que hoje, em muitas empresas, o sistema de contabilidade gerencial é visto como um sistema concebido e operado por contadores para satisfazer às necessidades informacionais dos contadores.

A Contabilidade Gerencial, especialmente os sistemas de custos, precisa ser urgentemente revista e atualizada porque há 60 anos estamos deitados sobre fórmulas e metodologias que, talvez, produzissem informações consistentes no custeio do modelo T, mas que não se aplicam mais para o custeio do Escort (Hopp, 1988).

Motivados pelas críticas, indivíduos (incluindo Kaplan e Johnson) e organizações começaram a desenvolver idéias e técnicas para retificar as deficiências na contabilidade de custos tradicional.

No fim da década de 1980, organizações como o Computer Aided Manufacturing-International (CAM-I) *Project* (patrocinado por organizações como General Dynamics, McDonnell Douglas, Westinghouse, TRW, Allison Gas Turbine Division of General Motors, Hughes Aircraft, Lockheed, e as “Big 6” firmas públicas contábeis) e a National Association of Accountants introduziram o *Activity-Based Costing* (ABC).

O Activity-Based Costing, um método feito para custear um produto ou serviço mais acuradamente, tem sido implementado com sucesso em organizações industriais e de serviços. Melhor controle de custos e melhor tomada de decisão estão entre os muitos benefícios experimentados por aqueles que adotaram o ABC.

O tema Activity-Based Costing para serviços de saúde é de suma importância, visto que a maior parte da literatura sobre o ABC enfatiza seu uso em um contexto industrial. É importante notar, contudo, que o ABC aplica-se a todos os tipos de negócios, não apenas indústrias. Os mesmos princípios e práticas podem ser usados para desenvolver sistemas de custos relevantes para empresas de seguros, bancos, restaurantes, distribuidores, empresas de consultoria, hospitais, e tantas outras empresas de serviços.

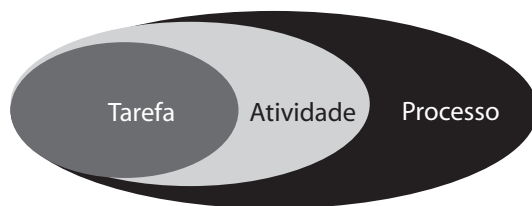
No caso específico das empresas ligadas à saúde, com a redução das fontes de receitas e os custos cada vez maiores, o ABC pode ser uma ferramenta muito valiosa para os administradores controlarem custos e tomarem decisões estratégicas.

O ABC supera as falhas dos sistemas de custeio tradicionais baseados em volumes. Ele é um conceito da contabilidade de custos baseado na premissa de que produtos requerem que uma organização execute atividades e que essas atividades requerem que a organização incorra em custos. No ABC, os sistemas são elaborados de tal forma que todos os custos que não podem ser atribuídos diretamente para um produto sejam alocados para as atividades que se fazem necessárias e que, o custo de cada atividade então seja atribuído para o(s) produto(s) que faz(em) a atividade necessária baseado no seu respectivo consumo daquela atividade.

Produto é utilizado aqui em seu sentido mais amplo. Quer significar qualquer bem ou serviço que uma organização oferece à venda. Pode incluir serviços de saúde, seguros, empréstimos bancários, peças de automóveis, automóveis, serviços de consultoria, gasolina, filmes, ou qualquer outro item que produza receita. Todos estes produtos requerem que a organização que os fornece execute certas atividades. Estas atividades, por sua vez, consomem recursos.

A relação entre processo/atividade/tarefa é apresentada a seguir (figura 1) utilizando os conceitos dados por Ching (1997).

Figura 1 – Relações entre processos, atividades e tarefas



Adaptado de Boisvert (1999).

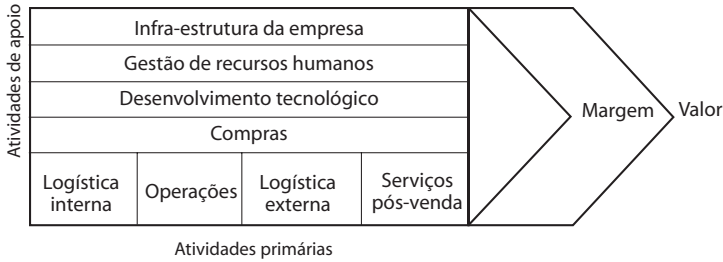
Processo consiste numa seqüência ou rede de atividades relacionadas e interdependentes realizadas para atingir um objetivo específico. Exemplos: introdução de um novo produto, de tratamento de pedido do cliente, de produção etc. (Ching, 1997).

Atividade responde a pergunta: O que as pessoas fazem numa organização? Elas fazem atividades que consomem recursos para produzir um *output*.

Tarefas se caracterizam como componentes comuns de uma atividade. Elas nos dizem como uma atividade é realizada.

A cadeia de valor é um conceito que reflete o que a empresa está fazendo, qualquer que seja o setor de atividade em que se encontre (figura 2). Por exemplo, há uma força de vendas que visita os clientes, uma equipe que projeta os produtos e também a logística necessária para entregá-los ao cliente. São todos elos da cadeia de valor, atividades que a compõe.

Figura 2 – Cadeia de Valor



Adaptado de Porter (2000).

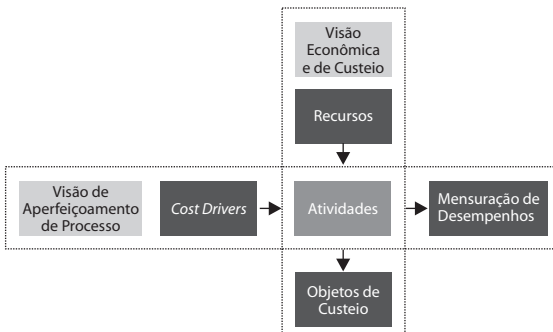
Qualquer empresa é simplesmente uma coleção de atividades. A unidade fundamental da vantagem competitiva é a atividade. Em vez de pensar na tradicional soma dos custos de toda a organização, vê-se o custo com base em cada uma das atividades (Porter, 2000).

Objeto de custo (*cost object*) é o item final para o qual a acumulação de custos é realizada.

Em um sistema ABC, os custos são aplicados aos produtos por meio dos direcionadores de custos (*cost drivers*), que são os fatores que determinam a ocorrência das atividades. Exemplos: número de *setups*, número de ordens, número de partes e componentes etc.

Um modelo lógico do ABC foi apresentado no *CAM-I* (Nakagawa, 1994). Neste modelo, as atividades possuem duas dimensões, uma dimensão de custo e uma do processo, conforme a figura a seguir.

Figura 3 – Modelo Lógico do ABC



Adaptado de Nakagawa (1994).

A dimensão de custo indica o fluxo geral de custos. Essa dimensão é composta de recursos, atividades e produtos. Os recursos são alocados para as atividades por meio de direcionadores de recursos e as atividades são alocadas aos produtos pelos direcionadores de atividades.

A dimensão de processo indica o fluxo de informações e transações. Esta dimensão é composta de informações sobre insumos, atividades e informações sobre desempenho.

Neste modelo de duas dimensões têm-se as atividades como ponto comum. Assim, através do ABC é possível atender à função de controle na dimensão do processo e à função de mensuração do custo dos produtos na dimensão de custo.

O Modelo de ABC consta de três passos (Ching, 1997):

- Mapeamento das atividades – mapear as atividades desenvolvidas em um processo;
- Análise das atividades – definir direcionadores de recurso para cada atividade;
- Custeio das atividades – gerar o custo de cada atividade.

Enquanto o ABC é o processo técnico de levantamento das atividades, rastreamento dos custos para as atividades e condução dessas atividades para os objetos de custo; a Gestão por Atividades (ABM) é um processo que utiliza as informações do ABC para gerenciar uma empresa ou um negócio (Ching, 1997).

GESTÃO POR ATIVIDADES EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Apesar da maior parte das aplicações lidarem com o custeio da produção em massa de unidades homogêneas no setor industrial, o ABC pode também ser aplicado no setor da saúde. O ABC é igualmente uma ferramenta gerencial valiosa para empresas de serviços ou indústrias. A mesma metodologia pode ser seguida no desenvolvimento do ABC para os dois tipos de organizações. Os mesmos conceitos de fluxo de custos podem ser seguidos, e as mesmas ferramentas podem ser utilizadas. Portanto, não importa se estamos produzindo um milhão de unidades de um produto ou tratando um paciente, o princípio de aplicação de custos com o ABC permanece o mesmo.

A aplicação do ABC pode beneficiar serviços de saúde de muitas maneiras. Além de fornecer melhores informações de custos, o ABC pode ser usado para estudar tendências e comparar custos por diagnósticos, por atendimento médico, ou por pacientes de diferentes planos de saúde.

Neste item, mostraremos exemplos de aplicação do ABC em serviços de enfermagem, utilizando os casos descritos por Helmi & Tanju (1991) e Carr (1993). Assim, apresentamos três estágios no custeio destes serviços. O exemplo não pretende ser um estudo de caso profundo e que esgote o tema abordado, mas demonstrar como o método ABC pode ser usado em serviços de saúde.

Helmi & Tanju (1991) apresentam um exemplo em um hospital no qual são mostrados os custos de três atividades de um posto de enfermagem. Supondo que:

- Os custos anuais do posto (principalmente os custos com pessoal) são de \$166.000.
- No período mais recente, o posto atendeu a 650 pacientes, totalizando 1.850 pacientes-dia, resultando em um custo paciente-dia de \$89,73 ($\$166.000/1.850$).
- O *designer* do sistema identificou as atividades mais significantes do setor como supervisão, executar cuidados de enfermagem, e serviços de quarto.

O custo médio do posto de \$89,73 por paciente-dia não reflete as verdadeiras causas do consumo de recursos do posto (Quadro 1). Cada paciente demanda o tempo da enfermagem de acordo com o seu estado. Para considerar as variações nos cuidados, é necessário classificar os pacientes de acordo com os cuidados necessários (Quadro 2).

A classificação dos pacientes auxilia na alocação dos custos de enfermagem para os pacientes com diferentes bases para diferentes atividades. Na alocação dos custos de supervisão o hospital poderia escolher o número de pacientes admitidos como base. Dividindo os custos de supervisão totais pelo número de pacientes ($\$50.000/650$) leva a um custo de supervisão de \$76,92 (Quadro 3).

Para os cuidados de enfermagem utilizou-se paciente-dia ponderado (supondo que um paciente com alta frequên-

cia de cuidados requer três vezes o cuidado que um paciente classificado como médio). Resulta daí, um custo de \$22,22 por paciente-dia ponderado (\$80.000/3.600).

O número de pacientes-dia foi base para se alocar os serviços de quarto, assumindo que esta atividade está relacionada com o número de dias de internação no hospital. O custo resultante foi de \$19,46 por paciente-dia (\$36.000/1.850).

O custo total de cada classificação de pacientes pode então ser dividido pelos pacientes-dia para se obter o custo de enfermagem por paciente-dia:

Alto: $\$50.755 / 500 = \$101,51$

Acima do médio: $\$67.159 / 750 = \$89,55$

Médio: $\$48.086 / 600 = \$80,14$

Quadro 1 – Rastreado os custos das atividades

Atividade	Pessoal	Custo Total
Supervisão	1	\$50000
Executar serviços de enfermagem	3	\$80000
Serviço de quarto	5	\$36000
	<i>Total</i>	<i>\$166.000</i>

Quadro 2 – Classificação dos pacientes

Frequência de cuidados	Número de pacientes admitidos	Pacientes-dia	Peso	Pacientes-dia ponderado
Alta	100	500	3	1.500
Acima da média	250	750	2	1.500
Média	300	600	1	600
<i>Total</i>	<i>650</i>	<i>1.850</i>		<i>3.600</i>

Quadro 3 – Custo total por atividade.

	Supervisão	Serviços de enfermagem	Serviço de quarto	Custo total
Alta	\$7.692	\$33.333	\$9.730	\$50.755
Acima da média	\$19.231	\$33.333	\$14.595	\$67.159
Média	\$23.077	\$13.334	\$11.675	\$48.086
<i>Total</i>	<i>\$50.000</i>	<i>\$80.000</i>	<i>\$36.000</i>	<i>\$166.000</i>

O resultado a que se chega reflete a diferença no custo de enfermagem aos pacientes de acordo com a intensidade do serviço realizado. Desta forma, muda-se o foco de uma medida média do custo do departamento de \$89,73 para o custo das atividades (\$76,92, \$22,22, e \$19,46). Estes valores servem também para auxiliar na elaboração de orçamentos e analisar a necessidade de pessoal.

Carr (1991) descreve o caso do Baintree Hospital, um hospital privado de reabilitação. É um dos maiores centros de reabilitação dos Estados Unidos com 168 leitos e contratos cobrindo mais 200 leitos. O tempo médio de permanência de um paciente é de 21 dias, durante o qual o paciente progride por meio de um programa destinado a restabelecer e manter habilidades funcionais (como as habilidades vitais básicas).

Os serviços de enfermagem são executados por três diferentes níveis de educação, treinamento e experiência: *RNs* (enfermeiros com registro profissional), *LPNs* (enfermeiros licenciados), e *NAs* (assistentes de enfermagem).

Neste hospital foi feito um estudo-piloto. Na análise do processo foram feitos estudos do tempo, movimento e frequência dos eventos médicos de rotina e especiais. O percentual de tempo de atividades de enfermagem de rotina variava de 5% a 70%, dependendo do caso clínico e da extensão da estadia no hospital. A equipe concluiu que os eventos não-rotineiros é que direcionavam os níveis de variação dos serviços necessários e fornecidos. Desta forma, após algumas reuniões desenvolveram um instrumento simples, mas confiável, de obtenção de dados para os eventos variáveis e imprevisíveis: formulários com as atividades de enfermagem executadas.

As planilhas eram coletadas diariamente para os dados das últimas 24 horas e os dados colocados no sistema para estudo posterior. Atualmente, o sistema está informatizado com entrada de dados por meio de *touchscreen* diretamente ligado ao banco de dados.

A partir destes dados é possível obter a distribuição dos cuidados de enfermagem por tipos de atividades, por paciente, por diagnóstico e por unidade hospitalar.

Pela análise dos dados ficou demonstrado que o consumo de recursos de enfermagem muda com o tempo de internação do paciente. A maior parte dos pacientes tem um consumo de serviços de enfermagem maior durante o período inicial da internação e, com o tempo, o consumo diminui. Assim, o consumo de serviços de enfermagem é uma função do diagnóstico e do tempo de internação.

A equipe revisou cada atividade e atribuiu um percentual do tempo despendido para cada nível de pessoal de enfermagem (*RN*, *LPN* e *NA*). Criou-se uma matriz com todas as atividades executadas pelos vários níveis de enfermagem, em um tipo de enfermidade. Feito isso, tem-se um modelo de atividades consumidas por paciente baseado no uso de todos os níveis de enfermagem, bem como no montante de serviços.

Por exemplo: um paciente entrou no hospital no dia 24/12 com traumatismo craniano e saiu em 22/02, perfazendo 60 dias. De acordo com o modelo utilizado, o total de serviços não-rotineiros utilizados em 29/12 foi de 7,68 horas, sendo 2,53 horas com o *RN* (33%), 1,68 hora com *LPN* (22%), e 3,47 horas com *NA* (45%). Em 22/02, 57 dias depois, o total de serviços não-rotineiros foi de 3,90 horas, 50% menos que o consumo inicial. A distribuição também mudou, com 1,79 hora do *RN* (45%), 0,82 hora com *LPN* (21%) e 1,30 hora com *NA* (34%).

Os custos de enfermagem foram aplicados de acordo com os níveis de enfermagem, produzindo um custo confiável desses serviços por diagnóstico, ao longo do tempo de internação do paciente no hospital. Esta informação é bastante importante quando o hospital faz contratos com companhias de seguros por uma taxa fixa para um tipo específico de diagnóstico. O custo dos serviços de enfermagem tendo como base o diagnóstico do paciente e o tempo de internação, juntamente com outros elementos de custo da internação, permite ao hospital fazer contratos de uma forma adequada com os compradores de seus serviços.

IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA ABC

Apesar das contribuições do ABC, os aspectos técnicos e econômicos da implementação de um sistema de contabilidade de custos em uma organização devem ser avaliados (isto é, se os benefícios advindos do ABC ultrapassam os custos de sua implementação, e se é praticável identificar as atividades que consomem os recursos, para acumular custos por atividade, e selecionar os *cost drivers* apropriados para a aplicação dos custos).

Há, em geral, dois tipos de custos associados com qualquer sistema de custos: (1) os custos de medição e (2) os custos dos erros. Os custos de medição, que incluem os custos de enviar as informações para o sistema de custos e os custos de compilação, são menores nos sistemas de custos convencionais do que no ABC. Simplesmente porque mais *cost drivers* são requeridos nos sistemas ABC, exigindo maiores esforços na coleta e manipulação de dados. Os custos dos erros, que incluem os custos de tomar decisões errôneas em investimentos de capital, orçamentos e *mix* de produtos e serviços, são maiores nos sistemas tradicionais porque informações de custeio menos acuradas são geradas por estes sistemas. Portanto, o sistema ABC deveria ser implementado somente quando o decréscimo no custo dos erros exceder o aumento dos custos de medição.

Uma das primeiras tarefas com vistas à viabilização e desenvolvimento do sistema é sensibilizar a direção do hospital para a necessidade, utilidade e importância da apuração da gestão de custos. Sem um apoio definido e decidido por parte da direção da unidade, torna-se difícil levar adiante a proposta de implantação de um sistema de custos.

A implantação de um sistema de custos será rápida e eficiente na medida em que se disponha de alguns elementos facilitadores que muito contribuirão para o alcance da finalidade do sistema. Um desses elementos facilitadores é o organograma do hospital, definindo a estrutura organizacional da unidade, além de um sistema uniforme de classificação contábil – o Plano de Contas. Outro elemento fundamental é a existência de um amplo sistema de informações sobre as atividades hospitalares que colete e organize os dados relativos à produção de serviços da unidade.

Para que o sistema de apuração de custos hospitalares se consolide como instrumento que subsidie a tomada de decisões, deve haver uma permanente supervisão, acompanhamento e análise dos resultados da apuração, por parte dos setores de planejamento e de direção do serviço de saúde.

O sistema de custos oferece subsídios ao processo de planejamento e programação, acompanhamento e avaliação das atividades do hospital, além de subsidiar o processo de controle das despesas e contribuir para a elaboração do orçamento.

Um dos riscos que existe, posterior à implantação de um sistema de custos, é o seu funcionamento se conservar em estado estacionário. Isto é, os custos são apurados, mas não existe, em paralelo, um sistema de análise e um processo de tomada de decisão decorrente dessa análise que permita alcançar os objetivos do sistema, ou seja, que este funcione como um instrumento gerencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aplicando o ABC em uma organização de saúde pode-se identificar atividades que não adicionam valor, mas que consomem recursos sem adicionar valor para os serviços prestados aos pacientes. Para monitorar e eliminar essas atividades com o ABC, um hospital deve desenvolver medidas não-financeiras. Por exemplo, um sistema de informações que registre o tempo de espera de pacientes nos corredores esperando por radiografias ou outros procedimentos pode chamar a atenção da administração para o problema e auxiliar na descoberta de uma solução. Mesmo que eliminar o desperdício possa não resultar em redução dos custos em todos os casos, pode ao menos melhorar a qualidade dos serviços oferecidos.

Em um ambiente de serviços de saúde, onde a ênfase está na atenção ao paciente, o termo “custo” pode ter má conotação. Enfatizando a gestão de atividades em vez da gestão de custos, contudo, o ABC pode aumentar a chance de sucesso em sua implementação.

No setor da saúde, como em qualquer outro, todos querem que seja bem aproveitado o dinheiro gasto nessas intervenções – tanto os que pagam diretamente, como os contri-

buintes, quanto os que pagam indiretamente, por comprarem seguros de saúde. Só com informações acerca dos custos é possível uma alocação eficiente de verbas. Aplicando melhor os recursos disponíveis, há uma melhoria das condições de saúde das populações, o que contribui para o crescimento econômico.

No Baintree Hospital em Boston, um hospital de reabilitação, aplicou-se o ABC nos serviços de enfermagem por estas representarem cerca de 50% do *overhead* do paciente. Com o ABC, obteve-se informações operacionais valiosas para a administração dos serviços de enfermagem e dados de custos para o sistema de reembolso dos serviços prestados. Com o melhor entendimento do processo de consumo dos custos, o hospital é reembolsado pelos serviços realmente prestados, havendo um sentimento de equidade. O sistema de saúde ideal é aquele onde se paga pelo que se usa e usa-se somente o necessário. A gestão por atividades nos permite atingir este objetivo.

Contudo, o ABC não é uma panacéia para todos os problemas dentro de um hospital ou qualquer outra organização. Se uma organização está operando de forma ineficiente, o ABC pode auxiliar os administradores na identificação das atividades que são caras e não adicionam valor. Porém, a administração é que decide sobre as ações que precisam ser tomadas para reduzir os custos destas atividades caras e, eventualmente, eliminar todas as atividades que não adicionam valor.

O ABC tem sido implementado com sucesso em inúmeras organizações manufatureiras e de serviços. Há consultores cuja especialidade é desenvolver sistemas ABC para seus clientes. É possível se encontrar um número considerável de *softwares* de ABC disponíveis, com um bom suporte na implementação do sistema. Para os serviços de saúde, que estão enfrentando redução de receitas e aumento nas despesas, ele pode ser uma ferramenta valiosa para administradores de serviços de saúde no controle de custos e na tomada de decisões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. *Cost finding and rate setting for hospitals*. Chicago: 1968.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993, 347 p.

CANBY IV, James B. Applying activity-based costing to healthcare settings. *Healthcare Financial Management*, v. 49, n. 2, p. 50-56, fev. 1995.

CARR, Lawrence P. Unbundling the cost of hospitalization. *Management Accounting*, New Jersey, p. 43-48, nov. 1993

CHAN, Yee-Ching Lilian. Improving hospital cost accounting with activity-based costing. *Health Care Management Review*, v. 18, n. 1, p. 71-77, Winter 1993.

CHING, Hong Yuh. *Gestão baseada em custeio por atividades*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997, 147p.

CHING, Hong Yuh. *Medindo e gerenciando atividades: os modelos de ABC e Balanced Scorecard*. Congresso Brasileiro de Custos, 1997.

ESTEVES, Maria Josefa Vilar. *A utilização dos custos hospitalares em hospitais paulistas: um estudo preliminar*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1992. 214 fl. (Dissertação de Mestrado).

HOPP, João C., LEITE, Helio P. Onde nascem os prejuízos. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 30, n. 4, p. 61-70, out./dez. 1990.

HOPP, João C., LEITE, Helio P. O crepúsculo do lucro contábil. *Revista de Administração de Empresas*, v. 28, n. 4, p. 55-63, out./dez. 1988.

KAPLAN, R. S., JOHNSON, H. T. *Relevance Lost: the rise and fall of management accounting*. Boston: Harvard Business School Press, 1987, 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Planejamento. *Manual de apuração de custos hospitalares*. 2. ed. Brasília, 1988.

NAKAGAWA, M. *ABC: custeio baseado em atividades*. São Paulo: Atlas, 1994.

YOUNG, David W., PEARLMAN, Leslie K. Managing the stages of hospital cost accounting. *Healthcare Financial Management*, v. 48, n. 4, p. 58-80, abr. 1993.

WEST, T. *et al.* Contrasting RCC, RVU and ABC for managed care decisions. *Healthcare Financial Management*, Wetchester, v. 50, n. 8, agos. 1996, p. 54-61.

AVALIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima

Avaliar é atribuir valor a alguma coisa. Os juízos de valor dependem do observador, de modo que a avaliação responda a interrogações subjetivas, voltadas aos interesses, critérios e valores de quem avalia. O resultado de uma avaliação deve ser que alguma coisa tem, para determinado avaliador, mais ou menos valor do que outra (MACHADO, 1985:95-101; MALIK, 1996:7-8).

Conhecer não é explicar, é interpretar. É uma ingenuidade pensar que uma única interpretação do mundo seja legítima. A vida implica uma infinidade de interpretações, todas elas realizadas de uma perspectiva particular. Nietzsche afirma que não existem fatos, apenas as interpretações. O conhecimento introduz e impõe sentido. Somos nós que damos valor ao mundo (MACHADO, 1985:107-111).

Nietzsche afirma que os valores não são eternos, imutáveis, inquestionáveis, e rejeita o pretensão caráter em si dos valores, o postulado metafísico da identidade entre valor e realidade: os valores são históricos, sociais, produzidos. A perspectiva nietzscheana deve ser definida como uma filosofia da avaliação: só há valor graças a avaliação. Fomos nós que criamos o mundo que tem valor (MACHADO, 1985:116-120).

Weber enfatiza o caráter radicalmente destituído de sentido intrínseco do mundo e, que, portanto, compete aos próprios homens outorgarem significado a alguns entre os infinitos acontecimentos que o constituem, como condição prévia

para seu saber e também para intervirem nele. É impossível nesse ponto crítico não pensar em Nietzsche (COHN, 1979:101-103).

Cohn descreve também uma certa aproximação da atitude, em face da história, de Weber com a de Nietzsche: “Sua visão é poli-histórica: há uma multiplicidade de histórias possíveis, cada qual correspondendo a uma ordenação de um conjunto de eventos, conforme determinados interesses de conhecimento valorativamente fundados. Aqui, falar de uma história ou de outra é uma questão de ‘perspectiva’, de interpretação, no que ainda estamos próximos de Nietzsche.”

Tanto Nietzsche quanto Weber, observa Cohn, estão de acordo que o mundo não é intrinsecamente dotado de sentido e que não há um sistema de valores dado, independente da luta entre os homens. Ambos coincidem em conceber a vigência de determinado valor como expressão da dominação de grupos humanos sobre outros, ou seja vinculam estreitamente a temática dos valores e do poder (COHN, 1979:107-108).

A avaliação pode fazer parte da administração das organizações de saúde enquanto contexto e processo para verificar e medir o valor das suas intervenções. A avaliação como processo de verificar e medir valor, e produzir saber, opera com a produção, fluxo e uso da informação, que é uma condição da democracia como forma de organização social.

Chauí afirma que, seja qual for o estatuto econômico e a posição dentro de um sistema global de dependências sociais, as pessoas participam da vida social em proporção ao volume e à qualidade das informações que possui, mas, especialmente, em função de sua possibilidade de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de nelas intervir como produtor de saber (CHAUI, 1993:3-13).

A maior parte das atividades de avaliação em nosso meio tem sido irregular e muitas vezes se baseia na opinião pessoal dos seus defensores ou dos seus detratores, expressa em impressões, anedotas, referências e propaganda. A avaliação tem sido desviada de sua finalidade teórica e usada como instrumento para constatar algo que se deseja provar mais do que saber, de fato, o que aconteceu.

O que menos se deseja encontrar, principalmente, depois que as coisas já ocorreram, são supresas. Em vez de se buscar seguir o que ocorreu, para conhecer, aprimorar ou modificar determinado processo ou evento, pode-se usar a avaliação (e isso freqüentemente ocorre) para justificar o que se deseja justificar (MALIK, 1996).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a avaliação como meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso e para o fomento de um planejamento mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre diferentes possibilidades de ação futura. É, pois, um processo permanente que busca aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das intervenções de saúde (*apud* AGUILLAR e ANDEREGG, 1994:30).

ASPECTOS CULTURAIS DOS CUIDADOS DA SAÚDE

Cada sociedade tem suas próprias maneiras de explicar e de tratar as doenças, e seus curandeiros estão organizados em associações profissionais, com regras de admissão, códigos de conduta e formas de relação com os doentes. Cada sociedade tem um sistema de médicos que são a expressão dos valores e da estrutura social em que surgiram (HELLMAN, 1994:70-71; LAPLANTINE, 1991:11-18).

Em todas as sociedades, as pessoas que sofrem de algum desconforto físico ou abalo emocional têm várias maneiras de se auto-ajudar ou buscar a ajuda de outras. Quanto maior e mais complexa a sociedade na qual as pessoas vivem, maior a probabilidade da disponibilidade de suas alternativas terapêuticas.

Os sistemas médicos de uma sociedade não podem ser estudados isoladamente, sem a consideração de outros aspectos daquela sociedade, especialmente sua organização social, religiosa, política e econômica. Os sistemas médicos estão interligados com tais aspectos e fundamentados nas mesmas posições, valores e visão de mundo, não apenas refletindo as formações subjetivas, mas contribuindo para formá-las e mantê-las.

Quase sempre, há um método de cuidado da saúde que predomina sobre os outros e seus aspectos culturais e sociais. A medicina clínica ocidental representa uma pequena fração das maneiras de cuidar da saúde a nível mundial. Em muitos países, os médicos constituem o único grupo de curandeiros cuja atividade é assegurada em lei (HELLMAN, 1994:79-85).

Os que praticam a Medicina dentro dos sistemas médicos e das organizações de saúde formam grupos à parte, com seus próprios valores, conceitos, teorias sobre doenças e regras de comportamento, além de uma organização hierárquica. Os médicos possuem seus aspectos culturais e sociais e podem ser considerados um grupo profissional.

Os médicos possuem colegiados de pares, que existem para controlar os campos de especialização, promover seus interesses comuns, manter seu monopólio de conhecimento, estabelecer qualificações exigidas para admissão, proteger seus membros da incursão e concorrência de outros, além de controlar sua competência e ética. Embora exista igualdade formal, as profissões são organizadas em hierarquias de saber e poder.

As pessoas, ao adoecerem, quando não recorrem ao autocuidado e à automedicação, escolhem quem consultar em diferentes organizações informais ou formais, populares ou profissionais, para obter cuidados e medicação. Estas escolhas são influenciadas pelo contexto histórico e social em que ocorrem. (HELLMAN, 1994:85-86)

Este contexto inclui os tipos de organizações de cuidados da saúde disponíveis, as condições das pessoas com doenças de acessarem estas organizações, e os modos de interpretação e de representação que as pessoas doentes usam para explicar seu estado de saúde. Baseado nisso as pessoas escolhem o que lhes parece ser a fonte apropriada de cuidados, aconselhamento e tratamento para as doenças.

As pessoas com doenças são o centro de redes terapêuticas, que estão conectadas às diferentes alternativas de cuidados da saúde. Os cuidados, os aconselhamentos e os tratamentos passam ao longo da rede, iniciando pelos conselhos da família, dos amigos, dos vizinhos, dos amigos dos amigos, podendo

passar aos curandeiros sagrados e seculares, ou aos médicos e às organizações de saúde (HELLMAN, 1994:100-136).

Recebidos os cuidados, aconselhamentos e tratamentos, estes podem ser discutidos e avaliados por outra parte da rede das pessoas com doenças, à luz de seus saberes, informações e experiências. O resultado desta avaliação pode ser de não-adesão ao tratamento, ou uma transferência à outra organização de saúde ou a outro segmento das redes terapêuticas.

As pessoas vêm os problemas de saúde de maneiras muito diferentes, ainda que possuam o mesmo *background* cultural e social. Suas perspectivas estão baseadas em premissas diferentes e empregam múltiplos sistemas de prova e avaliação da eficácia dos cuidados, aconselhamentos e tratamentos (HELLMAN, 1994:100-107).

As explicações para algumas pessoas com doenças consultarem um médico e procurarem organizações de saúde e outras, com sinais e sintomas semelhantes, não o fazerem, incluem: o valor histórico e social da saúde, a disponibilidade de organizações formais e informais de cuidados da saúde, o valor social destas organizações, as condições de acesso das pessoas com doenças, a ingerência familiar e a necessidade para trabalho ou estudo (HELLMAN, 1994:125-127).

Foucault comenta que a Medicina Clínica não é uma ciência: não só porque não responde aos critérios formais e não atinge o nível de rigor que se pode esperar da física, da química ou mesmo da fisiologia, mas, também, porque comporta um acúmulo, apenas organizado, de observações empíricas, de tentativas e de resultados brutos, de receitas, de prescrições terapêuticas e de regulamentações institucionais (FOUCAULT, 1987:204-205).

Foucault afirma que durante o século XIX, a Medicina estabeleceu relações definidas com ciências perfeitamente constituídas; como a fisiologia, a química ou a microbiologia. Além disso, deu lugar a discursos como o da anatomia patológica, a que seria, sem dúvida, um equívoco dar o título de falsa ciência.

IMAGENS DAS ORGANIZAÇÕES, METÁFORAS DAS AVALIAÇÕES

A palavra organização deriva do grego *organon*, que significa ferramenta ou instrumento. Ferramentas e instrumentos são dispositivos mecânicos inventados para facilitar na consecução de atividades orientadas para um fim particular. As organizações, raramente, são um fim em si mesmas.

As teorias que usamos para perceber e entender o caráter complexo e paradoxal das organizações são baseadas em um pequeno número de imagens. Usar uma metáfora implica um modo de pensar e uma forma de ver as organizações que permeia a maneira pela qual se entende nosso mundo em geral (MORGAN, 1996:16).

A avaliação também pode ser entendida a partir da forma como as organizações são percebidas e pensadas. Morgan afirma que organizações são percebidas e pensadas em diferentes metáforas: máquinas, organismos, cérebros, jogos de poder, prisões psíquicas, fluxos e instrumentos de dominação.

A teoria da administração clássica e sua aplicação moderna sugere que as organizações podem ou devem ser sistemas racionais que operem de maneira tão eficiente quanto possível. Taylor defendia que entre os cinco princípios básicos da administração se inclui, a fiscalização do desempenho do trabalhador para assegurar que os procedimentos apropriados de trabalho sejam seguidos e que os resultados adequados sejam atingidos (*apud* MORGAN, 1996:32).

A burocracia rotiniza os processos de administração do mesmo modo que a máquina rotiniza a produção. A burocracia se caracteriza como forma de organização que enfatiza a precisão, a rapidez, a clareza, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, a serem atingida por meio da criação de uma divisão de tarefas fixas, supervisão hierárquica, regras detalhadas e regulamentos.

A organização hierárquica de cargos está alicerçada na idéia de que o controle deve ser exercido sobre diferentes partes da organização, em lugar de ser exercido sobre as partes em partes de si mesmas. A supervisão e outras formas de controle hierárquico não apenas monitoram o desempenho

dos trabalhadores, como também tiram responsabilidade dos trabalhadores.

As organizações podem ser concebidas como sistemas vivos, que existem em um ambiente mais amplo do qual dependem em termos de satisfação das suas várias necessidades. Assim, à medida que se olha em volta do mundo das organizações, percebe-se que é possível identificar diferentes tipos de organizações em diferentes tipos de ambientes (MORGAN, 1996:43).

A visão dos sistemas abertos sugere que se deve efetuar o processo de organização tendo em mente o ambiente. A organização deve ter capacidade de pesquisar e sentir mudanças não só na tarefa, mas também no contexto ambiental, de ligar e de administrar os aspectos críticos e áreas de interdependência, e desenvolver respostas estratégicas apropriadas.

Usando o cérebro como metáfora para a organização pode se desenvolver a habilidade de realizar o processo de organização de maneira que promova a ação flexível e criativa. Considerando que os contextos mudam, é importante que as organizações sejam capazes de questionar a propriedade daquilo que estão fazendo e modifiquem sua ação para levar em conta novas situações (MORGAN, 1996:82).

As organizações são sistemas de informações. São sistemas de comunicação, sendo também sistemas de tomada de decisão. A operação das organizações depende do processamento de informações. A hierarquia organizacional desempenha função de prover canais de resolução de problemas, para tornar a vida mais administrável.

A habilidade limitada das pessoas em processar informações resulta que as organizações nunca podem ser perfeitamente racionais. As tecnologias que ampliam a capacidade de processar informações podem criar condições para outras formas de organização. As interfaces entre as ferramentas de automação de processos podem substituir certas redes de relações pessoais (SIMON, *apud* MORGAN, 1996:85).

As organizações devem ser capazes de cumprir quatro condições para se comunicar e aprender: 1) sentir, monitorar e explorar aspectos significantes do seu ambiente; 2) relacio-

nar essas informações com as normas operacionais que guiam seu comportamento; 3) detectar desvios significativos destas normas; e 4) iniciar uma ação corretiva quando detectadas discrepâncias (MORGAN, 1996:91).

Se cumprir estas condições a organização cria um processo contínuo de troca de informações com o seu ambiente, permitindo monitorar mudanças e iniciar respostas apropriadas. Assim, a organização pode operar de maneira inteligente e auto-reguladora. Entretanto, a aprendizagem pode ficar limitada à manutenção do curso de ação determinado pelas normas operacionais ou padrões que orientam.

Aprender a aprender requer que se permaneça aberto às mudanças que estão ocorrendo no ambiente e de desafiar hipóteses operacionais de maneira mais fundamental. A aprendizagem depende da organização ser capaz de olhar duplamente uma situação, questionando a pertinência e relevância das normas em execução ou dos padrões de orientação (MORGAN, 1996:106-107).

A organização pode ser representada e pensada como um fenômeno cultural que varia de acordo com o estágio de desenvolvimento da sociedade. As culturas variam de uma sociedade para outra e isto ajuda a compreender variações nas organizações. Os padrões de cultura são criados e mantidos e as organizações são realidades socialmente construídas (MORGAN, 1996:116).

Pensar a organização em termos culturais específicos é uma das maneiras de pensar. Sempre existem outras maneiras. Elas podem ser relegadas a segundo plano à medida que as condições culturais ganham mais relevância na construção da realidade das organizações. Estrutura, objetivos, normas, procedimentos operacionais padronizados e finanças podem desempenhar a função de referência para pensar.

As organizações podem ser percebidas e pensadas como relações entre interesses, conflitos e poder. A política nas organizações nasce quando as pessoas pensam e querem agir de modos diferentes. As diferenças podem criar conflitos e tensões que precisam ser resolvidos por meios políticos. As organizações são redes de pessoas independentes que se articulam em coalizões (MORGAN, 1996:152).

O controle do processo de decisão é uma forma de exercício de poder muito reconhecida. Uma das formas de controlar a tomada de decisão é influenciar a definição de objetivos e resultados esperados e o critério de avaliação ser usado. O controle dos fluxos de informação para as pessoas pode afetar o modo como elas percebem e pensam as organizações.

A metáfora da política sugere perceber que toda atividade nas organizações é baseada em interesse e a avaliar todas as suas faces com isto em mente. Os objetivos, a estrutura, a tecnologia e a estrutura de cargos têm uma dimensão política, do mesmo modo que o mais óbvio dos jogos de poder ou conflito de interesses (MORGAN, 1996:200).

A imagem das prisões psíquicas permite explorar algumas formas pelas quais as organizações e seus membros caem em armadilhas da construção da realidade, que, na melhor das hipóteses, representam uma simplificação imperfeita do mundo. As pessoas podem ficar prisioneiras de formas de raciocínio ou de processos inconscientes (MORGAN, 1996:206-207).

A idéia de uma prisão psíquica foi explorada na República de Platão, através do “Mito da Caverna”, na qual Sócrates estabelece relações entre aparência e essência. Aqui, podem ser pensadas as muitas variações das relações entre verdade, opinião e conhecimento. A metáfora da prisão psíquica apresenta perspectivas para explorar diferentes significados.

As organizações podem ser representadas e pensadas como fluxos e transformações. As imagens de mudanças fornecem formas de pensar seus processos e sua lógica. As metáforas são diferentes modos de perceber e pensar os fluxos que determinam a vida cotidiana: uma manifestação autopoietica das ações, uma rede de causalidade mútua moldada por processos de *feedback* e um processo dialético cuja contradição se revela. Fornecem assim diferentes modos de administrar a mudança (MORGAN, 1996:274-278).

Morgan afirma que a maneira como se formulam os problemas é crítica para determinar a forma como serão solucionados. Focalizando os problemas como conflitos de interesses, a solução tende a produzir vencedores e perdedores.

Ao pensar sobre a lógica da mudança, fica-se encorajado a refletir sobre as pressuposições mais fundamentais que influenciam a organização e a sociedade.

As organizações podem ser percebidas e pensadas como processos de dominação social nos quais pessoas ou grupos encontram formas de impor sua vontade aos outros. As formas mais racionais e democráticas de organização podem funcionar como modos de dominação nos quais certas pessoas adquirem e mantêm influência de comando sobre outras, freqüentemente por meio de processos sutis de crença e socialização (MORGAN, 1996:284).

A metáfora da dominação sugere que quando se fala em racionalidade nas organizações, fala-se sempre de um ponto de vista parcial. Ações que são racionais em termos de aumento da rentabilidade podem ter um efeito prejudicial em termos de saúde dos trabalhadores das organizações. Aquilo que é racional do ponto de vista da organização pode ser catastrófico de outro. Cabe perguntar sempre: racional para quem? (MORGAN, 1996:323).

A avaliação das organizações deve partir da premissa que as organizações podem ser percebidas e pensadas de muitos modos ao mesmo tempo. Caso se queira realmente avaliar as organizações, é inteligente partir da idéia de que elas são complexas, ambíguas e paradoxais. As metáforas fornecem meios eficazes de se trabalhar com esta complexidade, sendo um meio para ampliar os processos de reflexão.

O processo de avaliação requer que formas conflitantes de explicação sejam exploradas e que se procure chegar a julgamentos que tentam integrá-las. O método, que considera a complexidade e contrapõe interpretações, é processo aberto de investigação que faz com que as definições de problemas e as soluções possam emergir dos diferentes modos de perceber e de pensar as organizações.

Morgan afirma que à medida que se entende a organização através das lentes fornecidas por uma metáfora em particular, obtém-se uma forma de administrar a organização em consonância com esta imagem particular. Cada metáfora possui sua própria injunção ou direção: um modelo de compre-

ender sugere um modo de agir. As diferentes metáforas podem ser usadas em diferentes contextos, de acordo com a perspectiva que se deseja para compreender e agir em relação a estes contextos. (MORGAN, 1996:341)

CONCEITOS BÁSICOS DE AVALIAÇÃO

Aguillar e Ander-Egg sintetizam um conceito para avaliação que inclui suas principais características enquanto processo de valoração e julgamento: “A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para a tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados” (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:31-37).

A avaliação de organizações pode ser classificada por diferentes critérios: o momento em que se avalia, a procedência dos avaliadores e os aspectos das intervenções que são objeto da avaliação. A avaliação de acordo com o momento em que se avalia pode ser antes, durante ou depois da intervenção (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:40-43; COHEN e FRANCO, 1994:108-117).

A avaliação “antes” da intervenção é realizada para subsidiar a tomada de decisões sobre aprovar ou não a sua execução. Ela verifica a pertinência, a coerência interna e a rentabilidade econômica. A avaliação “durante” a intervenção verifica se o processo de execução está cumprindo planos e procedimentos operacionais, para subsidiar a tomada de decisões sobre manter ou melhorar as intervenções. A avaliação “depois” da intervenção é uma avaliação de resultados. A

avaliação “durante e depois” da intervenção tem dupla finalidade: adquirir conhecimentos e experiências para outras intervenções futuras e avaliar o ganho dos resultados em termos de produtos, efeitos e impacto.

A avaliação pode ser classificada de acordo com a procedência dos avaliadores: externo, interno, misto ou auto-avaliação. Todas as modalidades têm as suas vantagens e as suas desvantagens. O primeiro passo, no processo de tomada de decisão, sobre a procedência dos avaliadores é eliminar o mito de que “avaliar é atividade para criaturas especiais e dotadas de saber extraordinário” (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:44-46).

A avaliação externa é aquela que recorre a avaliadores que não pertencem as organizações em avaliação. A avaliação interna é aquela que recorre a avaliadores que pertencem as organizações em avaliação, mas não estão diretamente vinculadas a execução das intervenções. A auto-avaliação significa que as pessoas implicadas na execução das intervenções de saúde são encarregadas das atividades de avaliação.

A auto-avaliação tem a vantagem de fortalecer a posição dos trabalhadores e clientes internos das organizações, a partir da valorização do seu saber sobre o seu trabalho, do seu papel na produção dos resultados e das suas opiniões. A participação dos trabalhadores nos processos de avaliação é uma face das estratégias de administração da qualidade.

A avaliação mista com avaliadores internos e externos parece ser a melhor forma de avaliar. Esta modalidade compõe o saber e a familiaridade do que precisa ser avaliado por seus executores, com uma maior objetividade na avaliação das pessoas que não estão envolvidas com a execução das intervenções.

A avaliação requer negociações preliminares entre quem encomenda a avaliação e quem a executará com o propósito principal de especificar o que vai ser avaliado, para que, quanto e com que profundidade. Há duas questões que devem ser esclarecidas: a delimitação conceitual dos aspectos a estudar e a determinação dos recursos que se conta para realizar o estudo (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:89-96).

O plano de avaliação é o conjunto de atividades que nos permite levar adiante o processo de investigação. O plano comporta as seguintes atividades fundamentais: formulação do marco referencial, seleção de estratégia metodológica e dos instrumentos de estudo, seleção de variáveis e elaboração de indicadores (CONTADRIPOULOS, 1997; AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:100-127; COHEN e FRANCO, 1994:137-151).

Os indicadores são o meio para estabelecer o alcance dos objetivos das organizações de saúde. Eles estão tão estreitamente associados com outras condições, que a presença ou variação dos primeiros indica a presença ou variação das segundas. Os indicadores demonstram resultados (MANAGEMENT SYSTEMS INTERNATIONAL, [s.d.]; COHEN e FRANCO, 1994:153-167).

A organização deve definir os meios de verificar e mensurar os indicadores. O valor de um indicador é limitado pelos meios que se dispõe para verificá-lo. As verificações de alguns indicadores podem exigir a revisão de registros simples e rápida, enquanto que as de outros podem exigir pesquisa especial.

A avaliação pode ser feita a partir de duas fontes de informação mais comuns: os dados que são coletados e processados regularmente e aquelas que são especialmente coletadas para essa finalidade. As informações obtidas regularmente tornam a avaliação mais fácil em termos operacionais (CONTADRIPOULOS, *apud* HARTZ, 1997:30-31).

Após a avaliação os seus resultados devem ser registrados, processados e publicados para acesso dos seus usuários: clientes internos e externos das organizações. Este processo inclui elaborar conclusões, orientações e recomendações. A função de sugerir e de introduzir medidas de correção, ajuste e modificação das intervenções é uma retroalimentação para a melhoria da qualidade das organizações de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 1997:25; AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:127-131).

AValiação EconôMica Das Intervenções

As organizações de saúde podem usar a avaliação da rentabilidade econômica para estabelecer metas que garantam sua

sobrevivência, para manter a qualidade a partir da definição de procedimentos operacionais padronizados, para controle de processos e dos resultados e para gerenciar melhoria da qualidade.

A avaliação econômica das organizações de saúde pode ser diferenciada em dois tipos: a que relaciona os processos com os recursos aplicados e a que relaciona os efeitos, resultados e conseqüências com os recursos aplicados ou com as atividades executadas (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:170-173).

A produtividade expressa a medida do número de intervenções e de atividades, por volume de recursos aplicados. A rentabilidade econômica ou rendimento expressa a medida de produtos, resultados e benefícios em função de valores monetários.

As principais modalidades de avaliação da rentabilidade são as análises de custo-benefício, custo-utilidade e custo-eficácia. A análise custo-benefício compara os benefícios (medidos em unidades monetárias) com os custos de intervenção e, se os primeiros são maiores do que os segundos, dispõe-se de um primeiro valor para indicar sua aceitabilidade. É um procedimento para análise de opções de aplicação de recursos.

A análise custo-utilidade compara a relação entre os custos e os resultados em termos do valor dos efeitos nos indivíduos ou na população-alvo. A avaliação custo-utilidade das intervenções adquire uma maior relevância quando se observa uma característica muito especial das organizações de saúde: o cliente externo, o usuário e o paciente, são parte integrante do processo de produção, e dele depende em grande parte o sucesso ou o fracasso das ações executadas.

A análise custo-eficácia compara os custos e os resultados expressos em indicadores específicos. O método de avaliação da eficácia em função dos custos possibilita avaliar o potencial de diferentes intervenções com base no quanto cada uma requer de recursos para obter mais um ano de vida saudável. O custo unitário de mais um ano de vida saudável é a eficácia em função dos custos de uma intervenção: quanto menor for o coeficiente, maior será o rendimento da intervenção.

A avaliação da rentabilidade econômica das intervenções pode ter múltiplos usos: a) por governos para definir planos de saúde de referência e para controlar as condições de concorrência entre organizações de saúde; b) por organizações de saúde para subsidiar decisões sobre estratégia e posição no mercado e sobre composto e preço de produtos; c) por organizações de saúde para mensurar o grau de eficiência e para subsidiar programas de melhoria da qualidade; d) por operadoras privadas para avaliar a qualidade dos produtos das organizações de saúde quando determinam o elenco de fornecedores; e) por clientes-usuários para decidir a aquisição de seguros e planos ou de produtos (LIMA e LIMA, 1998:71-73).

O Banco Mundial propõe em seu relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993, “Investindo em Saúde”, a definição das prioridades nos investimentos em saúde por meio da avaliação da eficácia das intervenções em função dos custos, bem como o âmbito e a localização dos problemas de saúde que afetam a população. A eficácia em função dos custos é o ganho líquido em saúde ou diminuição do impacto da doença, em relação ao custo decorrente de uma intervenção (BANCO MUNDIAL, 1993:9-12).

O plano de intervenções de saúde pública do Banco Mundial inclui: as imunizações (incluindo a vacina com BCG); as atividades de saúde nas escolas; as atividades de informação e os serviços especiais de planejamento familiar; os programas para redução do consumo de tabaco e de álcool; a ação regulatória com informações e investimentos públicos para melhorar o ambiente doméstico; e a prevenção da AIDS (BANCO MUNDIAL, 1993:113-4).

O plano de serviços clínicos essenciais do Banco Mundial varia de país para país, dependendo das necessidades em matéria de saúde e do nível de renda. O plano contém cinco grupos de intervenções: cuidados durante a gestação e o parto; serviços de planejamento familiar; controle da tuberculose; controle das doenças sexualmente transmissíveis; cuidado das doenças graves, comuns em crianças pequenas – doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, sarampo, malária e desnutrição aguda (BANCO MUNDIAL, 1993:119-126).

O Banco Mundial observa que a redução do impacto global das doenças por unidade monetária varia dependendo da gama de intervenções que os governos estão financiando. Entretanto, a aplicação da racionalidade econômica na avaliação de organizações de saúde pode orientar a decisão de financiar, mas não pode abstrair outros valores sociais.

A avaliação econômica das intervenções pode parecer impecável em termos de otimização do uso de recursos, mas tem a grave limitação de subtrair problemas éticos fundamentais. Talvez seja possível responder às perguntas sobre quem deve viver e quem não deve, e na saúde de quem é rentável investir e na saúde de quem não é com os cálculos dos custos da ação e AVAI ganhos em relação a uma população abstrata. Entretanto, essa equação quando traduzida a pessoas concretas, doentes ou ameaçadas de morte, resulta em problema muito diferente (LIMA, 1996:39-41).

Laurell observa que, a forma sob a qual as sociedades modernas resolveram as questões ético-valorativas relativas a todos os seus membros é fixando democraticamente prioridades sociais – por meio da confrontação e posterior acordo – e assinalando-lhes estatutos de direitos com sua contrapartida de deveres. A garantia da realização destes direitos geralmente estão a cargo do Estado que os instrumentaliza, por intermédio das instituições públicas (LAURELL, 1994:24).

AVALIAÇÃO DOS CLIENTES-USUÁRIOS

A qualidade das organizações pode ter várias faces: a decisão da administração sobre as especificações das características de qualidade – do produto final, do desempenho, dos serviços a serem oferecidos, a decisão da administração de planejar ou não um produto ou serviço futuro, e o julgamento do consumidor ou cliente-usuário sobre o produto ou serviço que lhe é oferecido (DEMING, 1990:124).

Deming afirma que a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia e que a principal dificuldade de definir qualidade de praticamente qualquer produto está na conversão das necessidades futuras dos clientes-usuários em características mensuráveis, de forma que o produto possa

ser projetado e modificado para dar satisfação por um preço que o cliente-usuário pague (DEMING, 1990:125).

O cliente-usuário é a parte mais importante da linha de produção. Sem alguém para comprar os produtos, as fábricas podem fechar. Mas o que é que o cliente necessita? O quanto se pode ser útil a ele? O que ele pensa que necessita? Ele pode pagar por isto? Ninguém tem todas as respostas. Felizmente, não é necessário ter todas as respostas para administrar bem (DEMING, 1990:129).

Deming observa que o mais importante é o princípio de que o objetivo das pesquisas de mercado é entender os desejos e as necessidades dos consumidores e clientes-usuários, e criar produtos e serviços que lhes propiciem uma vida melhor no futuro. Outro princípio é que ninguém pode adivinhar o prejuízo futuro de um negócio gerado por um cliente insatisfeito. O custo de substituição de um item defeituoso na linha de produção é relativamente fácil de ser estimado, mas o custo de um item defeituoso que é entregue a um cliente desafia qualquer medida (DEMING, 1990:129-130).

Uma característica das organizações de saúde que deve ser considerada na avaliação é que os clientes-usuários ou pacientes são parte integrante do processo de produção, e deles também depende o sucesso das intervenções. A técnica e a infra-estrutura, embora muito importantes, não serão as únicas determinantes dos resultados. O processo interpessoal de relacionamento tem fundamental importância.

Nogueira observa que o senso comum em organizações de saúde expressa restrições à participação dos clientes-usuários nas atividades de avaliação. A não aceitação do usuário na avaliação ocorre a partir do entendimento de que o usuário de saúde não é um consumidor comum diante das mercadorias e está desprovido de conhecimentos técnicos que lhe permitem avaliar a adequação do serviço às suas necessidades. Ademais, não tem controle ou consciência sobre a forma como se dá o consumo desses serviços. (NOGUEIRA, 1994:32-36).

As restrições à participação dos clientes-usuários nas atividades de avaliação são uma versão contemporânea da

oposição entre opinião e ciência, que, por sua vez, é uma versão moderna da oposição entre aparência e essência da filosofia dos gregos. As qualidades das organizações tem, assim, suas faces de aparência e de essência. Assim, o cliente-usuário é alguém que pode ser iludido com a aparência.

O cliente-usuário parece estar continuamente aprendendo, à custa de penosas experiências e da socialização do saber, a distinguir o que lhe convém realmente e o que meramente parece ser bom. As aparências não têm o poder de iludir eternamente. Nada comprova que a saúde, mesmo com seu mercado de concorrência sempre imperfeito, seja algo absolutamente singular, e que seu consumidor vá insistir indefinidamente em escolher as coisas que são “bonitinhas, mas ordinárias”.

A participação dos clientes-usuários na avaliação pode abrir espaço para eles emitirem seu juízo de valor sobre as intervenções a partir das suas próprias referências, valores sociais e culturais. A participação é também um modo de se conhecer a aceitabilidade e a legitimidade da intervenção, nos diferentes contextos sociais.

A participação dos usuários na avaliação das organizações de saúde não substitui o ponto de vista técnico-científico, mas pode ajudar a mediá-lo. A introdução do conceito de satisfação de diferentes clientes faz emergirem conflitos sobre as prioridades das organizações, pois, não é possível satisfazer igualmente a todos por todo o tempo (MALIK, 1996:21).

USOS DA AVALIAÇÃO E ÉTICA DA DISCUSSÃO

As organizações de cuidados da saúde podem usar a avaliação como uma ferramenta para melhoria da sua qualidade, no sentido de procurar aumentar o grau de satisfação dos seus clientes-usuários. A avaliação pode verificar e medir os atributos das intervenções das organizações que vão garantir este maior grau de satisfação.

A avaliação é uma forma de produzir, disseminar e usar informações dentro das organizações, contribuindo para que as pessoas elaborem coletivamente as suas interrogações e busquem as suas respostas, o que pode contribuir nos seus processos de aprendizagem e de tomada de decisões. A avali-

ação pode assim conferir maior legitimidade para a ação das pessoas e das organizações.

Contandriopoulos observa que as pessoas podem ter objetivos informais ou implícitos na avaliação. Os administradores podem querer atrasar uma decisão, legitimar uma decisão já tomada, ampliar seu poder e controle que exercem sobre uma organização e satisfazer as exigências dos órgãos de financiamento (*apud* HARTZ, 1997:34).

O pessoal da organização pode buscar atropelar regras hierárquicas ou obter compensação financeira. Os avaliadores podem buscar ampliar seus conhecimentos, prestígio ou poder, obter uma promoção ou promover uma idéia que lhes é cara. Os clientes-usuários podem buscar benefícios com intervenções diferentes das disponíveis habitualmente e reduzir sua dependência perante os profissionais (CONTANDRIOPOULOS, *apud* HARTZ, 1997:34).

Os objetivos e os usos de uma avaliação podem ser: numerosos, formais e informais; explícitos ou implícitos; consensuais ou conflitantes, aceitos por todos ou somente por alguns. Os principais objetivos formais de uma avaliação são: adquirir informações e conhecimentos; obter dados úteis para ajudar na tomada de decisão; planejar e elaborar uma intervenção, para subsidiar o julgamento sobre ela; prever comportamentos para focalizar uma intervenção (CONTADRIPOULOS, 1997:25).

A avaliação pode identificar, obter e proporcionar de maneira válida dados e informações relevantes e pertinentes para subsidiar o juízo sobre mérito e valor de uma intervenção. A avaliação só tem sentido se for usada para subsidiar uma tomada de decisões racional e inteligente e para solucionar problemas (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:31-37).

Aguillar e Ander-Egg definem quatro grupos de objetivos e usos da avaliação: 1) Estabelecer grau de pertinência, idoneidade, efetividade e rendimento de uma intervenção; 2) determinar as razões para sucessos ou fracassos; 3) facilitar o processo de tomada de decisão para melhorar uma intervenção; 4) estabelecer até que ponto aconteceram efeitos não esperados (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:61-65).

É necessário entender a informação produzida a partir da avaliação, afirmando que o controle não implica na ausência de itens defeituosos. Um processo pode estar sob controle e mesmo assim produzir itens defeituosos. O controle não é um fim em si mesmo. Porém, depois que o controle é estabelecido, pode ter início um trabalho sério para melhorar a qualidade e a economia da produção (DEMING, 1990:254).

Deming observa também que as medições não conduzem por si a melhoria. As medições de controle podem ser como as estatísticas sobre acidentes: dizem tudo sobre acidentes domésticos, nas estradas e no local de trabalho, mas não dizem como reduzir sua frequência. Infelizmente, em muitos locais, a tentativa de garantia da qualidade significa apenas uma enxurrada de números (DEMING, 1990:11-13).

A avaliação de desempenho e classificação por mérito das pessoas em uma organização pode ter efeito devastador. Pode alimentar o desempenho a curto prazo, inibir os planos de longo prazo, introduzir o medo, demolir o espírito de equipe e fomentar a rivalidade. Todo mundo quer ir para frente, ou tenta ir, para seu próprio bem, para salvaguarda de sua própria vida. Quem perde é a organização (DEMING, 1990:76-90).

A administração se transforma em uma administração de defeitos. A classificação por mérito recompensa os que se saem bem, dentro do sistema, mas não recompensa os que tentam melhorar o sistema. Não altera nada. Os sistemas tradicionais de avaliação aumentam as variações de desempenho. A pessoa classificada abaixo da média vê as que estão acima, se pergunta o por quê da diferença e passa a imitar as pessoas que estão acima. O efeito é um enfraquecimento do desempenho (DEMING, 1990:77).

Apesar das organizações poderem melhorar a sua qualidade e o grau de satisfação dos seus clientes-usuários com o uso da avaliação, nem sempre isto acontece. As pessoas parecem decidir a inclusão ou não e o modo de avaliar em função do modo como interpretam e representam as organizações. Avaliar ou não, assim como o modo de avaliar, é uma decisão ética.

As organizações são espaços de comunicação. A avaliação pode operar como exercício de expressão dos diferentes modos de perceber e de pensar as intervenções. Assim, a avaliação pode funcionar como ação ética de discussão orientada para o entendimento entre os atores internos e externos das organizações.

Habermas propõe o empreendimento inter-subjetivo por meio da ética de discussão, que deriva da concepção construtivista da aprendizagem, na medida em que compreende a formação discursiva da vontade como uma forma de reflexão do agir comunicativo e na medida em que exige, para passagem do agir estratégico para a ética da discussão, uma mudança das falas no espaço social (HABERMAS, 1989:78-98).

A discussão prática acontece quando o modo de agir carece de fundamentação de natureza coletiva e os membros da organização têm que chegar a uma decisão comum. Eles têm que tentar convencer-se mutuamente de que é interesse de cada um que todos ajam assim. Neste processo cada um indica ao outro as razões por que ele pode querer que um modo de agir seja tornado socialmente obrigatório.

Cada pessoa concernida tem de poder convencer-se de que a norma proposta é, nas circunstâncias dadas, igualmente boa para todos. A ética de discussão pode criar os argumentos que justificam e que legitimam os processos de decisão das orientações para a ação coletiva e os acordos práticos entre as pessoas nas organizações.

TÓPICOS DE AVALIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, *apud* HARTZ, 1997:31).

Uma intervenção pode ser avaliada por qualquer um dos dois modos. Podemos estudar e discutir cada um dos com-

ponentes da intervenção em relação a normas e critérios, isto é, fazer uma avaliação normativa. Por outro lado, podemos examinar por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de um intervenção, isto é, fazer uma pesquisa de avaliação. Estes conceitos permitem constatar que, a avaliação e a pesquisa coincidem somente parcialmente.

Os tópicos de avaliação das organizações de saúde incluem a pesquisa de avaliação e a avaliação de estrutura, processo e resultado, onde se aplica a classificação de indicadores de Donabedian. (CONTADRIOPOULOS *et al.*, *apud* HARTZ, 1997:34-36; DONABEDIAN, 1992:356-360).

A estrutura é o conjunto de recursos necessários para se executar determinada atividade, dos recursos financeiros, materiais, pessoais e tecnológicos às condições políticas e organizacionais. O processo vincula-se à adequação aos padrões técnicos, estabelecidos e aceitos na comunidade, de relevância sobre determinado programa ou atividade, incluindo os profissionais responsáveis por sua execução. O resultado se refere à satisfação dos clientes internos e dos usuários ou beneficiários das intervenções.

PESQUISA DE AVALIAÇÃO

Contandriopoulos e colaboradores do Grupo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (GRIS), da Universidade de Montreal, Quebec, afirmam sobre a pesquisa de avaliação que “ela consiste na utilização de métodos científicos para formular um julgamento *ex-post* sobre uma intervenção, para avaliar sua pertinência e seus efeitos, e para compreender as relações entre seus componentes e os efeitos produzidos, com o fim de ajudar na tomada de decisão” (CONTANDRIOPOULOS, 1997:21).

A principal característica da pesquisa de avaliação em saúde consiste, no fato dela ser o eixo entre a pesquisa sobre os estados de saúde e a pesquisa sobre as intervenções de saúde. Ela faz parte da pesquisa explicativa sobre o estado de saúde, na análise dos efeitos ou do rendimento da uma intervenção. A variável dependente é assim, a saúde.

Os pesquisadores do GRIS sugerem uma tipologia de interrogação e análise para as pesquisas de avaliação: estratégia, intervenção, produtividade, efeitos, rendimento e implantação. A análise estratégica, interroga se se justifica a intervenção em relação aos problemas da população e se é pertinente que este interventor a assuma (CONTANDRIOPOULOS, 1997:24).

A análise de intervenção interroga se esta se propõe a alcançar os objetivos de maneira satisfatória. Na análise da produtividade, se os recursos são colocados de maneira que otimizem os serviços produzidos. Na análise dos efeitos, quais deles podem ser atribuídos à intervenção. Na análise do rendimento, quais os custos para obter os efeitos da intervenção. Na análise da implantação, como e por que os efeitos variam entre os meios nos quais a intervenção é introduzida.

Hartz afirma que a avaliação do grau de implantação visa principalmente identificar os processos implicados na produção dos efeitos da intervenção, cujo primeiro componente diz respeito a apreciação dos determinantes do contexto do grau de implantação (HARTZ, 1993).

A avaliação do grau de implantação é feita a partir da previsão dos instrumentos necessários para traduzir operacionalmente o que se quer executar em um determinado espaço e tempo. Este procedimento procura avaliar a adequação dos instrumentos e dos meios que estão sendo usados. Deve-se verificar se os instrumentos e os meios são necessários, suficientes, eficazes e potentes para atacar o problema e vencer as dificuldades.

Esta avaliação permite conhecer as intervenções no que se refere a validade de seu conteúdo e aos fatores que explicam as possíveis defasagens observadas entre o planejado e o executado. Hartz advoga que esta avaliação possibilita identificar os fatores organizacionais que explicam a variação na implantação dos programas no interior das organizações e dos sistemas locais de saúde.

Contandriopoulos recomenda que os planos de pesquisa de avaliação comportem as seguintes atividades fundamentais: a) conceitualização do objeto de pesquisa; b) escolha de

uma estratégia de pesquisa; c) elaboração do plano operacional de pesquisa. A conceitualização do objeto de pesquisa inclui definição do objeto, revisão de literatura, apresentação do modelo teórico e formulação de hipóteses.

A escolha da estratégia de pesquisa inclui a determinação do melhor modo de verificar as hipóteses e discussão da validade do modelo. A planificação operacional da pesquisa inclui a descrição da população a ser estudada, a definição de variáveis, a coleta de dados, a análise de dados, o cronograma; e o orçamento mostra a pertinência dos resultados esperados e as considerações éticas (CONTANDRIOPOULOS, 1997:16).

A avaliação também deve observar três requisitos de caráter prático: praticidade, utilidade e oportunidade. A praticidade de avaliação vem da adequação do plano usado com o destino que se quer dar às suas conclusões. A utilidade dela advém de servir ou não para melhorar o programa (AGUILAR e ANDER-EGG, 1994:66-69).

AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA

A estrutura de uma organização pode ser definida como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas tarefas. As estruturas formais e informais são entrelaçadas e muitas vezes impossíveis de serem distinguidas (MINTZBERG, 1995:10).

Os elementos de uma estrutura devem ser selecionados para obter congruência interna, bem como uma congruência básica com a situação da organização: suas dimensões e idade, o sistema técnico que utiliza e o tipo de ambiente no qual opera (MORGAN, 1996:58-59).

As configurações são as inter-relações entre os elementos da estrutura e os métodos usados para fabricar seus produtos ou prestar seus serviços. Mintzberg introduz cinco configurações básicas: estrutura simples, máquina burocrática, burocracia profissional, forma divisional ou departamentalizada e adhocracia (MINTZBERG, 1995:31).

Mintzberg afirma que a burocracia profissional tende a ser a configuração adequada para hospitais e outras organiza-

ções profissionais em que pessoas com habilidades e capacidades-chave necessitam de grande autonomia e liberdade de escolha para serem eficazes no seu trabalho. A burocracia profissional tende a ter estrutura achatada, sendo que as hierarquias verticalizadas são substituídas por sistema descentralizado de autoridade (MORGAN, 1996:59).

A burocracia profissional é adequada em ambientes complexos e estáveis. Em razão do seu trabalho ser bem prognosticado, a organização pode padronizar as habilidades, e por seu trabalho ser difícil de entender, deve descentralizar. O poder flui para os profissionais especializados do núcleo operacional, que compreende um trabalho complexo, porém rotineiro (MINTZBERG, 1995:147).

A avaliação da estrutura das organizações faz interrogações procurando identificar características e determinar compatibilidade entre seus elementos: 1) Qual é a natureza do ambiente organizacional? 2) Que tipo de estratégia está sendo adotada? 3) Que tipo de tecnologia está sendo usada? 4) Que tipos de pessoas são contratadas e qual é a cultura dominante dentro da organização? 5) Como a organização está estruturada e quais são as filosofias administrativas dominantes? (MINTZBERG, *apud* MORGAN, 1996:64-65).

As organizações de saúde podem proceder a avaliação técnica, inspecionando os meios físicos e os recursos necessários para a intervenção, verificando as suas disponibilidades, distribuição e condições de manutenção. Podem verificar também a estrutura organizacional e os canais de comunicação formal e informal entre os executores das intervenções (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:110-1).

Um procedimento de avaliação de estrutura é a observação da existência de diretrizes e normas operacionais para a adequada execução física e financeira dos planos de intervenções, nas organizações de saúde. Cabe observar a atualização e o grau de publicidade destas diretrizes e normas operacionais.

A implementação da avaliação focada na estrutura das organizações de saúde pode usar diferentes procedimentos como habilitação, classificação e acreditação. A habilitação é

o procedimento executado usualmente pela autoridade sanitária para verificar as condições estruturais mínimas. A classificação é feita de acordo com as suas características e com os níveis de complexidade das suas intervenções (OPS, 1994).

A acreditação é um procedimento de avaliação que busca verificar a presença ou a ausência de padrões discursivamente estabelecidos e aceitos para diferentes níveis de satisfação dos clientes internos e usuários. O termo acreditação é inspirado na Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, dos Estados Unidos (MALIK, 1996:17).

A acreditação deve ser entendida em duas dimensões. A primeira, como processo de aprendizagem das organizações, onde se introduz os conceitos e a cultura da qualidade. A segunda, como processo de avaliação da qualidade das organizações, nas quais se analisa e atesta o grau de qualidade obtido, em face de padrões previamente definidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A garantia da qualidade requer qualidade técnica dos profissionais, uso eficiente dos recursos, minimização dos riscos de danos associados aos serviços e aos programas de saúde, satisfação do paciente em suas demandas e expectativas e integração em um sistema local de saúde (OPS, 1994).

AVALIAÇÃO DE PROCESSO

A administração da qualidade das organizações está baseada no controle de processos. O processo é o conjunto de causas que gera determinado efeito, ou o conjunto de meios para chegar a determinado fim. Controlar é detectar problemas, analisar estes problemas, buscando suas causas, e agir sobre elas para modificar resultados, do modo que eles se tornem aqueles que desejamos e planejamos (NOGUEIRA, 1996:13).

A administração de processos das organizações consiste em definir o objeto de transformação que vai ser submetido a uma série de atividades concatenadas que podem especificar-se com distintos graus de agregação. Cada atividade é descrita com suas características quanto às tarefas, e requer recursos como: insumos, bens de capital e força de trabalho (TESTA, 1995:189-197).

A administração dos processos pode prevenir, detectar e curar patologias organizacionais que podem gerar: a não adequação entre a forma de organização de uma atividade com o seu objeto e processo de trabalho (que é a fonte da ineficácia) e o conflito entre formas de organização adequadas e distintas entre si (que é a fonte da ineficiência).

As organizações de saúde podem ter contradição interna entre a eficácia e a eficiência de uma intervenção cuja qualidade depende da duração das atividades. Pode-se observar claramente essa correlação entre eficácia, qualidade e tempo, nas intervenções onde o paciente tem papel de primeira grandeza – na consulta médica e em muitas fases do tratamento.

A administração da qualidade pode estar orientada para a manutenção ou melhoria da qualidade de processos existentes ou para a construção de novos processos dentro das organizações. Estas três atividades básicas de controle de processos constituem a denominada “trilogia de Juran” (NOGUEIRA, 1996:16-17).

A manutenção da qualidade busca garantir o cumprimento de padrões de trabalho para manter estáveis as características do produto, garantindo assim a satisfação das pessoas. A melhoria da qualidade busca a melhoria contínua dos padrões de trabalho para satisfazer cada vez mais às pessoas. A construção de novos processos busca estabelecer padrões de trabalho baseados nas necessidades das pessoas (incluindo os clientes internos e externos) (FALCONI CAMPOS, 1994:7; NOGUEIRA, 1996:21-23).

Um sistema de melhoria da qualidade é útil a qualquer um que lance um produto ou esteja comprometido com um serviço e pretenda melhorar a qualidade de seu trabalho e, ao mesmo tempo, aumentar sua produção, tudo com menos mão-de-obra e a custos reduzidos. Os princípios e os métodos de melhoria são iguais para a fabricação de bens e para a prestação de serviços. A aplicação real difere de um produto para outro, e de um tipo de serviço para outro, assim como todos os problemas de produção diferem uns dos outros (DEMING, 1990:136).

A melhoria da qualidade como método de administração deve procurar organizar a empresa de uma nova maneira

– de forma que, de um modo ordeiro e planejado, todas as pessoas, de todos os níveis, possam desempenhar um papel ativo no sentido de compreender os problemas e os processos de trabalho subjacentes aos mesmos, coletar e analisar dados sobre esses processos, gerar e testar hipóteses sobre as causas de falhas e projetar, implementar e testar soluções (BERWICK, 1994).

A administração da qualidade pode usar o método de padrão gerencial de controle de processos, que inclui quatro atividades: plano, execução, controle e ação – PDCA. Os “planos” são os procedimentos operacionais padronizados: metas e métodos para obtê-las. A “execução” é capacitação, treinamento e trabalho, que inclui coleta de dados. O “controle” é a verificação dos efeitos do trabalho. A “ação” é o agir no processo em função dos resultados (FALCONI CAMPOS, 1994:193-200).

O controle do processo requer alguns procedimentos de administração da rotina de trabalho da organização: 1) descrição do negócio; 2) definição de produtos prioritários; 3) fluxo-grama de cada processo; 4) padronização das atividades prioritárias; 5) definição de itens de controle; 6) definição de metas para cada item de controle; 7) estabelecimento de *benchmark*; 8) Padronização dos gráficos de controle; 9) padronização dos processos; 10) gerenciamento e controle das metas (FALCONI CAMPOS, 1994:91).

O padrão é o instrumento básico da administração da qualidade total. É o instrumento que indica o fim e os procedimentos para execução dos trabalhos, de tal maneira que cada um tenha condições de assumir a responsabilidade pelos resultados do seu trabalho. As pessoas que cumprem procedimentos operacionais padronizados representam mais de 90% em uma organização (FALCONI CAMPOS, 1994:31, 44).

A avaliação de processos de trabalho visa poder assegurar estabilidade e ações que objetivem sua melhoria contínua. A variação é uma característica intrínseca dos processos em geral. É impossível controlar todas as variáveis e obter resultados, rigorosamente, iguais todas as vezes que desenca-deamos um mesmo processo (NOGUEIRA, 1996:49; MALIK, 1996:21-24).

As causas das variações podem ser normais ou especiais. As causas normais são aquelas que fazem parte do próprio processo e só são solucionadas mediante uma melhoria do processo em si – e necessitam de uma ação gerencial. As causas especiais são aquelas que são externas ao processo, estão fora dos limites de controle e a sua solução requer identificação e remoção da causa – um ação local e não uma mudança no processo (DEMING, 1990:221-265; NOGUEIRA, 1996: 49-51).

A avaliação de processos deve responder a duas perguntas fundamentais: 1) O processo está sob controle estatístico? 2) O processo satisfaz às especificações do cliente? A primeira pergunta se refere a estabilidade do processo. A segunda pergunta se refere a condição de capacidade do processo (NOGUEIRA, 1996:52).

Os itens de controle são características que precisam ser monitorizadas para garantir a satisfação das pessoas. Eles são importantes porque são estabelecidos sobre os produtos do processo. Cada item de controle prioritário ou crítico deve ter um ou mais item de verificação relacionados com ele (FALCONI CAMPOS, 1994:98-102).

Os itens de verificação são formas numéricas de traduzir as características de qualidade de um determinado elemento do processo, monitorizados ao longo de sua execução, para verificar potenciais problemas. Os itens de verificação medem o desempenho dos componentes do processo: equipamentos, matérias-primas, condições ambientais, aferição de instrumentos de medida e cumprimento de procedimentos operacionais padronizados (FALCONI CAMPOS, 1994:102-14).

Deming afirma que a existência ou não do que se convencionou chamar de “erro médico” só pode ser compreendida com a ajuda da teoria estatística. O resultado de uma intervenção médica é a interação entre médico, tratamento e paciente. Dois bilhões de intervenções médicas são realizadas todos os anos nos Estados Unidos. Cem mil casos desfavoráveis pode ser um número grande, e este número representa a confiabilidade de um caso desfavorável para 20 mil intervenções (DEMING, 1990:349).

Seria difícil encontrar um sistema mecânico ou elétrico com maior confiabilidade, afirma Deming. A maioria dos 100 mil resultados desfavoráveis (se este for o número) pertence ao sistema e uma pequena fração pode ser causada por descuido, incluindo incompetência. Entretanto, 1% de 100 mil são 1.000, esse ainda é um número grande. Qualquer número é muito grande.

O problema é descobrir se a causa de um resultado desfavorável está no sistema de cuidados médicos, incluindo o cliente-usuário, ou pode ser atribuída a alguma causa especial, como descuido por parte do médico, ou descuido por parte do cliente-usuário que não segue as prescrições ou tem dificuldade de entrar em contato com seu médico. Um passo importante, sugere Deming, seria os profissionais de saúde estabelecerem definições operacionais das causas especiais de resultados desfavoráveis das intervenções das organizações de saúde.

A garantia da qualidade nas organizações é exercida por todas as pessoas. Os operadores garantem a qualidade cumprindo os procedimentos operacionais padronizados. Os supervisores e as pessoas de outros níveis de administração garantem a qualidade assumindo a responsabilidade por itens de controle. Os supervisores têm três papéis em seu trabalho: 1) verificar o cumprimento dos procedimentos operacionais padronizados e treinar os operadores; 2) conduzir a correção de anomalias; 3) assessorar a administração (FALCONI CAMPOS, 1994:46-47, 147).

Quando as organizações estão executando as intervenções, pode ser necessário avaliar como estão funcionando. Esta avaliação pode ser global ou de alguma face pontual do processo de execução do programa. A avaliação dos processos aborda diferentes componentes relacionados com o funcionamento das organizações e com as intervenções (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:52).

A avaliação durante a execução ocorre principalmente pela monitorização das atividades, podendo ser feita por revisão de registros e por supervisão e inspeção. A monitoria requer a identificação de indicadores críticos e de meios de ve-

rificação que possam ser usados regularmente. A monitoria implica na definição de eventos-sentinela e de procedimentos de verificação específicos (MALIK, 1996:12).

A avaliação dos processos compreende diferentes componentes e dimensões: a cobertura do programa, os aspectos técnicos da implantação, os aspectos estruturais e funcionais da organização e o rendimento do pessoal que executa as intervenções (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:52-55).

A avaliação da cobertura das intervenções trata de estabelecer até que ponto se atinge a população-alvo (o conhecimento do programa pela população-alvo; as condições de acesso ao programa; a aceitabilidade do programa pela população-alvo) e até que ponto é coberta de modo eficiente a área de intervenção (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:53).

As organizações de saúde podem avaliar o uso de suas intervenções, isto é, o processo de interação entre profissionais de saúde e clientes-usuários. Este uso pode ser influenciado por diferentes fatores socioculturais, organizacionais e da interação prestador-cliente-usuário (DEVER, 1988).

Os fatores socioculturais incluem a tecnologia e os valores sociais. Os fatores organizacionais incluem as estruturas e os processos que constituem a organização dos cuidados e que circundam e influenciam intimamente o processo de intervenção. Estes fatores incluem: a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social, a estrutura formal e o processo de intervenção.

A acessibilidade social das organizações inclui a aceitabilidade. A aceitabilidade é a relação entre as atitudes dos clientes-usuários sobre as características pessoais e profissionais dos prestadores com as características reais dos prestadores existentes, bem como as atitudes dos prestadores sobre as características aceitáveis dos clientes.

Os fatores relacionados com os clientes-usuários incluem percepção de doença ou a probabilidade de sua ocorrência; grau de comprometimento da saúde ou necessidade de tratamento; grau de mobilidade; grau de limitação crônica da atividade; dias de incapacidade e facilidade de diagnóstico. Os fatores sociodemográficos e sociopsicológicos dos clien-

tes-usuários também afetam a procura e o uso das organizações de saúde (HELLMAN, 1994:125-7).

As organizações de saúde podem usar a avaliação da implantação para verificar se são adequados os instrumentos e os meios necessários para realizar determinadas atividades em um determinado espaço e tempo. A avaliação verifica se os instrumentos e os meios são: necessários, suficientes, idôneos, potentes e eficazes (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:53).

A avaliação do rendimento do pessoal consiste em medir a capacidade, a competência e a habilidade das pessoas para executar determinadas atividades, que lhes são atribuídas como próprias do seu trabalho, dentro das organizações de saúde. A avaliação do pessoal inclui: habilidades e aptidões necessárias à atividade; atitude face ao trabalho e motivações para realizá-lo responsabilmente; capacidade de aplicar conhecimentos e sistematizar a própria experiência; e forma e capacidade de organizar o trabalho e de solucionar problemas reais (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:54-5).

AVALIAÇÃO DE RESULTADO

Malik afirma que qualquer atividade ou intervenção de uma organização de saúde deve ser avaliada em função do seu resultado final, dos pontos de vista tanto econômico-financeiro quanto do relativo à satisfação de seus trabalhadores e, principalmente, dos pacientes – considerando aqui os resultados técnicos ligados a sua saída e resultados subjetivos, ou seja, a opinião desses pacientes sobre o que lhes ocorreu (MALIK, 1996:9).

A avaliação de resultados se estabelece em relação aos usuários e beneficiários das intervenções. A avaliação de resultados toma por referência o problema que o origina. O substancial é saber se a organização de saúde que está intervindo responde ou não às necessidades e problemas reais da sociedade. A avaliação de resultados (sobre a população destinatária) ou de impacto (sobre o conjunto da população ou meio) é feita em função dos objetivos e dos resultados esperados. Ela deve incluir também a produção de resultados e im-

pactos não esperados (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994:114-5).

Os indicadores de resultados e de impacto das intervenções devem possibilitar a avaliação dos seguintes tópicos: 1) o grau de conquista dos objetivos propostos e de obtenção dos resultados esperados; 2) a eficácia dos resultados obtidos, com base em informações pertinentes sobre a resolução de problemas e o nível de saúde; 3) o grau de impacto e de satisfação das necessidades dos beneficiários e destinatários potenciais e efetivos dos programas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial (BIRD) propõem avaliar o Impacto Global da Doença (IGD) medindo o valor atual dos futuros anos de vida saudável perdidos por causa da morte, doença ou trauma. O cálculo é feito por meio da soma dos anos de vida perdidos por morte prematura (ajustados por anos de vida saudável perdidos por incapacidade) – AVAI – ocorridas em um determinado ano (BANCO MUNDIAL, 1993:27-34).

As pesquisas, com base nos dados em relação à população de 1990 (5,26 bilhões), indicam o impacto global das doenças de 1.392 milhões de perdas em AVAI. Os três grupos de causas das perdas globais em AVAI são: 45,8% por doenças transmissíveis, 42,2% por doenças não-transmissíveis e 11,9% por traumas.

As perdas globais em AVAI são de 259 por mil habitantes. Nas economias de mercado consolidadas as perdas em AVAI são 94 milhões, ou 117 por mil habitantes. Na América Latina e Caribe, as perdas em AVAI são 103 milhões ou 233 por mil habitantes. Na África subsaariana, as perdas em AVAI são 293 milhões ou 575 por mil habitantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BERGAMINI, C. W.; BERALDO, D. G. R. *Avaliação de desempenho na empresa*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BERWICK, D. M. *et al. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e de saúde*. São Paulo: Makron Books, 1994.

CAMPOS, V. F. *TQC: gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia*. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni, 1994.

CLEGG, S. R. *Modern organizations: organization studies in the postmodern world*. London: SAGE, 1990.

CLEMENHAGEN, C.; CHAMPAGNE, F. Quality assurance as part of programa evaluation: guidelines for managers and clinical department heads. *Quality Review Bulletin*, v. 12, n. 11, p. 383-387, nov. 1986.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

COHN, G. *Crítica e resignação: fundamentos da sociologia de Max Weber*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1978.

CONTRADIOPOULOS, A. P. *et al. Saber preparar uma pesquisa*. Rio de Janeiro: HUCITEC-Abrasco, 1994.

DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DEVER, G. E. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira/PROAHS, 1988.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*, v. 1: The definitios of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

—. *Seminar on quality assessment and assurance*. São Paulo: EAESP/FGV, 1993.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas, 1992.

HABERMAS, J. A nova intransparência: a crise do Estado de Bem-Estar social e o esgotamento das energias utópicas. In: *Estudos CEBRAP*, n. 16, p. 103-114, set. 1987.

–. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HARTZ, Z. M. A. *Avaliação do programa de saúde materno-infantil em uma área do Nordeste do Brasil*. Universidade de Montreal, 1993 (tese de doutorado).

HARTZ, Z. M. A. (org) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAURELL, A. C. *et al. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Mexico: Universidade Autonoma, 1994.

LAURENTI, R. *et al. Estatísticas de saúde*. São Paulo: EPU, 1987.

LIMA, Carlos R. M. *Activity-based costing para hospitais*. São Paulo, EAESP/FGV, 1997 (dissertação de mestrado).

LIMA, Clóvis R. M.; LIMA, Carlos R. M. Avaliação custo-eficácia das intervenções de organizações de Saúde. São Paulo: EAESP/FGV, *Revista de Administração de Empresas*, v. 38, n. 2, p. 62-73, abr./jun. 1998.

MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

–. *Nietzsche e a verdade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

MALIK, A.M. *Avaliação, qualidade, gestão: para trabalhadores da área da saúde e outros interessados*. São Paulo: SENAC, 1996.

–. Qualidade de serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos Fundap*, n. 19, p. 7-24, jan./abr. 1996.

MANAGEMENT SYSTEMS INTERNATIONAL. *Um guia para gerentes para planejar e avaliar projetos de forma científica*. Trad. F. B. Tancredi. São Paulo: USP, [s.d.].

MARQUES, M.B. Tecnologia e avaliação de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 17, n. 3, p. 1-44, 1993.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes*. São Paulo: Atlas, 1995.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, F. C. P. *Organização e poder: empresa, Estado e escola*. São Paulo: Atlas, 1996.

NOGUEIRA, L.C.L. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni, 1996.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, C. G. *Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian*. Rio de Janeiro: UERJ, 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Padrões e Indicadores de qualidade para hospitais – Brasil*, Washington, 1994.

SANTINI, L. A. Avaliação tecnológica em saúde. Rio de Janeiro, *Rev. Bras. Educ. Méd.* v. 17, n. 2, p. 1-44, 1993.

SCHIFF, G. D. *et al.* Deming meets Braveman: toward a progressive analysis of the continuous quality improvement paradigm. *Inter Journal Health Services*, v. 24, n. 4, p. 655-673, 1994.

SILVA, L. M. V., FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de saúde pública*, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

STILES, R. A. *et al.* Classifying quality initiatives: a conceptual paradigm for literature review and policy analysis. *Hospital and Health Services Administration*. 39:3. Fall, 1994.

WHITE, K.L. *et al.* (ed.) *Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia*. Washington, D. C.: OPS, 1992.

AUTOR E COLABORADORES

CLÓVIS RICARDO MONTENEGRO DE LIMA

Doutor em Administração de Empresas e mestre em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (EAESP/FGV); doutor e mestre em Ciência da Informação (IBICT/ECO/UFRJ); especialista em Administração Hospitalar e de Serviços de Saúde (USP); especialista em Medicina Tropical (USP); médico (UFSC). É diretor das Escolas de Negócios e de Saúde das Faculdades São José (desde 2002). É professor da Universidade Candido Mendes (desde 2004) e foi professor do IBRE/FGV (2003). Foi gerente-geral de Integração com o SUS e consultor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2000-2002). Em Florianópolis exerceu os seguintes cargos: administrador hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde (1997-2000); coordenador Estadual do Programa de Saúde da Família (1994); chefe do Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal (1989). Em Santa Catarina foi ainda secretário de Saúde de Ascurra (1994) e secretário-adjunto da Saúde de Joinville (1993-4). Em São Paulo foi diretor-geral do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos (1996). Foi consultor permanente do Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde (1994-5). Foi consultor da Overseas Development Administration/ODA (1993) e da UNAIDS (1997). E-mail: *clovis.mlima@uol.com.br*

CARLOS ROGÉRIO MONTENEGRO DE LIMA

Doutorando em Engenharia de Produção (UFSC), mestre em Administração (EAESP/FGV), administrador (UDESC/ESAG) e engenheiro civil (UFSC). É coordenador do curso de Administração e Negócios da Unisul Business School e do curso de Administração da UNISUL, professor dos cursos de graduação e pós-graduação da Unisul. Foi sócio-gerente da Office Brasil Informática Ltda., coordenador de projetos e consultor da GVConsult – EAESP/FGV. E-mail: crmontenegro@terra.com.br

LUIZ AUGUSTO FERREIRA CARNEIRO

Doutorando em Ciências Atuariais na University of New South Wales – Sydney/Austrália (desde 2003). É mestre em Economia pela EPGE-FGV/RJ (1997) e tem MBA em Gestão Atuarial pela FIPECAFI-USP (2001). Economista (Unb). Fez parte do grupo pioneiro que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar e atuou como gerente na Diretoria de Normas e Habilitação Produtos (DIPRO), dentro da área econômico-financeira e atuarial (2000-2002). Trabalhou na área de finanças na SEAE-MF (1997) e na Shell Brasil S.A. (1998-1999). E-mail: guto_aus@yahoo.com.au

ROSE MARIE SANTINI DE OLIVEIRA

Mestre em Comunicação Social (UERJ), especialista em administração de *marketing* (FGV/RJ) e graduada em Comunicação com habilitação em Publicidade e Propaganda (ECO/UFRJ). É coordenadora do curso de Comunicação, professora da graduação e da pós-graduação da Universidade Estácio de Sá (desde 2004). Foi coordenadora de comunicação no convênio CIEZO do Programa Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro (2003), consultora PNUD da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2002-2003) e assistente de Marketing da Infoglobo (2000-2002). E-mail: mariesantini@terra.com.br