



Duas Faces da Mesma Moeda

Microrregulação e
Modelos Assistenciais
na Saúde Suplementar

Somos muitos sujeitos ao mesmo tempo, como afirma Mario Testa ou, mesmo como os esquizo-analistas sugerem, somos sujeitos em (re)produção. Almas já constituídas podem ser reconstruídas, delineando novos recortes situacionais de existência.

Essa percepção também se aplica quando tentamos compreender um campo de práticas sociais como o da saúde. Ao olhar para as relações específicas que se estabelecem entre atores (operadoras, prestadores de serviço e usuários) nos planos individual e coletivo, vemos surgirem aí algumas das propriedades particulares desse campo de práticas.

Com muita atenção, as relações desses diferentes atores entre si e em si, e sob certo recorte, eles apresentam-se completos, perfeitos. Mas podem, também, sob outro ângulo de visão, mostrarem-se imperfeitos.

Trata-se de um desafio analítico e interpretativo interessante para entendermos o campo sob esses diferentes focos de compreensão. A tensão constitutiva que se estabelece entre os atores em foco pode revelar processos relacionais de pactos e disputas em jogos sociais com muitas possibilidades de negociação.

No terreno da saúde suplementar, certos atores que se apresentam ao mercado como comercialmente "bem constituídos" são imperfeitos, especialmente quando olhados sob o ângulo da produção da saúde. Esta multiplicidade de papéis pode ser facilmente identificada: um consumidor é também portador de necessidades de saúde. Uma operadora, ou empresa comercial, torna-se gestora de saúde. O prestador, enquanto vendedor de procedimentos, é de fato um produtor de ações de saúde e, por outro lado, é um produtor de tecnologias de cuidado.

Poder perceber isso e cruzar essas informações para investigar pontes teóricas que permitam estudar os movimentos desses vários atores, com suas distintas almas em permanentes negociações, é um desafio necessário. Há uma predominância de estudos que vêm negando a pertinência de parte da natureza desses atores, privilegiando dimensões econômico-financeiras no terreno da saúde suplementar. Essa abordagem traz implicações importantes para as práticas regulatórias que tomam a alma da produção do cuidado como aspecto central

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Duas Faces da Mesma Moeda

***Microrregulação e Modelos Assistenciais
na Saúde Suplementar***

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Regulação e Saúde 4

Rio de Janeiro - RJ

2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar

Duas Faces da Mesma Moeda

***Microrregulação e Modelos Assistenciais
na Saúde Suplementar***

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Regulação e Saúde 4

Rio de Janeiro - RJ

2005

©2005. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Av. Augusto Severo, 84 - Glória

CEP: 20021-040, Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2105-0000 / Fax: (21) 2105-0033

Disque-ANS: 0800 701 9656

Home page: www.ans.gov.br

Organização:

Deborah Carvalho Malta

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Alzira de Oliveira Jorge

Giovanni Gurgel Aciole

Apoio:

BID e Fumin

Produção editorial:

Gerência de Comunicação Social - GCOMS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Dois lados da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2005.

270 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0988-5

1. Planos de Pré-Pagamento em Saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Assistência médica. 4. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

NLM W 125

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0733

Títulos para indexação:

Em inglês: Two Sides of the Same Coin. Microregulation and Assistance Examples in the Supplementary Health

Em espanhol: Dos lados de una misma moneda. Microregulación y Modelos Asistenciales en la Salud Suplementaria

Agradecimento

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – agradece ao Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID – e ao Fundo Multilateral de Investimentos – Fumin – o apoio às pesquisas por meio das quais foram possíveis a realização e a publicação deste volume. O Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde, objeto do convênio de cooperação técnica celebrado entre o BID e a ANS, foi um dos principais veículos de incentivo à produção de conhecimento do setor, uma das prioridades da Agência.

Lista de Ilustrações

Figuras

Figura 1 - Número de operadoras selecionadas para os estudos de caso.....	25
Figura 2 - Distribuição de beneficiários por porte e classificação de operadoras.....	41
Figura 3 - Pirâmide etária da população brasileira segundo sexo, Brasil 2004.....	44
Figura 4 - Pirâmide etária da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo sexo, Brasil 2004.....	44
Figura 5 - A cartografia da regulação.....	64
Figura 6 - Principais estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde no processo microrregulatório e seus dispositivos de operação.....	76
Figura 7 - Quadro analítico (blocos temáticos) para leitura das entrevistas dos médicos.....	95
Figura 8 - Quadro analítico (blocos temáticos) para leitura das entrevistas dos prestadores hospitalares.....	95
Figura 9 - Fluxograma da Linha de Produção do Cuidado em Saúde.....	155
Figura 10 - Matriz Analítica para caracterização do Modelo Técnico-Assistencial (MTA) utilizado nas modalidades da Saúde Suplementar.....	163

Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de beneficiários e de operadoras de planos de saúde por classificação da operadora, Brasil, dezembro de 2004.....	39
Tabela 2 - Distribuição de operadoras e beneficiários da saúde suplementar por faixa de beneficiários, Brasil, junho de 2004.....	40
Tabela 3 - Distribuição das operadoras por região da sede, Brasil 2004.....	41

Tabela 4 - Distribuição dos beneficiários da saúde suplementar por Estado de residência e cobertura populacional, Brasil 2004.....	42
Tabela 5 - Comparação da distribuição da população geral e da população coberta por planos de saúde, por faixas etárias decenais, segundo o Teste de Proporção, Brasil, 2004.....	43
Tabela 6 - Distribuição da população por sexo nas operadoras estudadas, segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS-SIB, ANS/MS, Brasil, novembro de 2003.....	46
Tabela 7 - Distribuição da população por faixa etária nas operadoras estudadas, segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS-SIB, ANS/MS, Brasil, novembro de 2003.....	47
Tabela 8 - Distribuição dos beneficiários nas regiões brasileiras segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS – SIB, ANS/MS, Brasil, novembro de 2003.....	48
Tabela 9 - Distribuição dos planos novos e antigos, contratos individuais e coletivos segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS - SIB, Brasil, novembro de 2003.....	49
Tabela 10 - Distribuição do custo médio de procedimentos selecionados entre as operadoras pesquisadas, segundo o Sistema de Informações de Produtos da ANS – SIP, Brasil, novembro de 2003.....	51
Tabela 11 - Distribuição das consultas por beneficiário/ano, número de exames por consulta e número de internações por beneficiário/ano, comparando entre as operadoras, segundo o Sistema de Informações de Produtos da ANS - SIP, Brasil, novembro de 2003.....	53
Tabela 12 - Ocorrências de reclamações e razão de reclamações por 100.000 beneficiários, segundo o Disque-ANS, de novembro/2002 a setembro/2003.....	55
Tabela 13 - Ocorrências por tipo de reclamações nas operadoras selecionadas, segundo o Disque-ANS, de novembro/2002 a setembro/2003.....	55
Tabela 14 - Reclamações mais frequentes dos beneficiários de planos de saúde segundo o PROCON, nos anos de 2002 e 2003.....	57

Sumário

Apresentação

Introdução.....15

Parte I

O percurso metodológico.....23

Breve caracterização da saúde suplementar.....37

Parte II

A saúde suplementar na
perspectiva da microrregulação.....63

A microrregulação praticada
pelas operadoras investigadas.....75

Parte III

Modelos assistenciais na saúde
suplementar a partir da produção do cuidado.....143

Os modelos assistenciais
praticados nas operadoras investigadas.....161

Parte IV

Reflexões sobre o trabalho
médico na saúde suplementar.....203

Caminhos e perspectivas na saúde suplementar.....223

Anexos.....241

Apresentação

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sem desconhecer a importância dos aspectos econômico-financeiros para o funcionamento do setor de saúde suplementar, tem buscado enfatizar a principalidade de sua intervenção nos aspectos da produção da saúde.

Sendo uma instituição relativamente nova, criada em 2000, e reconhecendo a necessidade de uma grande produção de conhecimentos para esse setor, a ANS tem investido no desenvolvimento de pesquisas que busquem respostas aos seus questionamentos. Durante esse período, a agência aprendeu, inclusive, a formular melhor suas demandas, visando subsidiar seu planejamento e intervenção no setor. As pesquisas aqui apresentadas, que resultaram neste livro, souberam dialogar com essas indagações e sobretudo compreender melhor a produção do cuidado e da regulação assistencial.

Gostaria de destacar no processo de construção metodológica destes estudos o amadurecimento dos técnicos da ANS, que atuaram na construção do escopo destas pesquisas, especialmente os técnicos da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

Os dois estudos apresentados de forma conjunta neste livro - modelos assistenciais e mecanismos de regulação - vêm ao encontro das preocupações atuais da ANS, para que a saúde suplementar se volte para o atendimento das necessidades da população beneficiária, de forma integral, resolutiva e com a qualidade necessária. Estas pesquisas trazem contribuições que sugerem os caminhos a serem trilhados pelo setor e apontam que uma regulação assistencial pode ter profundo impacto no resultado final do atendimento prestado.

As mudanças nos modelos assistenciais e nos processos de gestão das operadoras são questões apontadas nas pesquisas e se coadunam com o esforço que a ANS vem fazendo para que todos os sujeitos implicados com o setor da saúde suplementar - sejam eles operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços de saúde ou beneficiários de planos - adotem a perspectiva do setor como produtores de saúde, inserido no contexto do sistema de saúde brasileiro.

Fausto Pereira dos Santos
Rio de Janeiro, outono de 2005.

Introdução

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) adotou, desde sua criação, em 2000, uma política institucional de financiar projetos de pesquisas e realizar seminários internos visando à produção de conhecimento sobre o mercado de saúde. Este é o caso, por exemplo, do ciclo de oficinas realizado logo após a sua criação, para os quais foram convidados os mais destacados pesquisadores da área - verdadeiros desbravadores do ponto de vista da produção de conhecimento sobre o chamado setor suplementar de saúde - uma vez que a Academia, com raras exceções, ainda tem produzido pouco conhecimento sobre tema tão estratégico.

Podemos afirmar que boa parte da produção teórica sobre o setor suplementar de saúde, de marcado caráter exploratório, teve como preocupação principal a caracterização do setor, em particular o reconhecimento da sua "segmentação", as principais características de cada operadora e os nichos de mercado explorados por cada uma delas. Poderíamos dizer que foram estudos de recorte mais econômico, importantíssimos para subsidiar as ações da recém-criada ANS. No entanto, esses estudos já apresentavam uma série de interrogações muito pertinentes relativas tanto ao processo regulatório da agência, como já apontavam questões ainda não respondidas sobre o que estamos denominando, neste

livro, de processo auto ou microrregulatório, qual seja, aquele conjunto de relações que se estabelece entre operadoras de planos, prestadores e usuários "ao sabor do mercado", isso é, relações ainda não alcançadas, pelo menos em seus pontos muito conflitantes, pelo papel regulador da Agência. Da mesma forma, havia e há um conjunto de aspectos ainda não suficientemente claros sobre a qualidade da assistência que tem sido prestada aos usuários de planos, pelo conjunto extremamente heterogêneo das pouco mais de 1.700 operadoras em atividade no Brasil.

Este livro, que ora apresentamos, inscreve-se nesse esforço da ANS de produzir e disponibilizar conhecimentos que orientem a sua missão regulatória junto ao mercado de saúde. Adotou-se, como eixo da sua organização, a caracterização das relações que se estabelecem entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores médicos, odontológicos e hospitalares, constituindo o que estamos designando como campo da microrregulação e seus impactos na assistência final prestada aos usuários dos planos. Buscou-se, em particular, destacar as características mais marcantes da assistência final oferecida pelas operadoras aos seus usuários, com destaque para os princípios do acesso, resolutividade e integralidade do cuidado.

Este livro é o resultado de duas pesquisas de campo encomendadas e financiadas pela ANS, parte de um conjunto de outras pesquisas já concluídas ou em andamento no momento, parte do já aludido esforço da Agência de ir produzindo o conhecimento necessário à sua ação reguladora. Uma das pesquisas era designada como "Estudo e desenvolvimento de modelo de garantias assistenciais para a ANS" e a outra, "Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil". Cabem, portanto, alguns esclarecimentos para o leitor, visando deixar explícito como se deu a condução de duas pesquisas que, partindo de objetivos e interrogações diferentes, resultaram "unificadas" neste *Duas faces da mesma moeda - Microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*.

A possibilidade de apresentação de forma integrada dos resultados da pesquisa pode ser creditada a duas ordens de explicações. A primeira delas, de natureza metodológica. A segunda, de natureza dos conteúdos: uma questão de afinidades dos achados da pesquisa. Explicamo-nos melhor. As duas pesquisas tiveram caráter essencialmente qualitativo nos seus achados mais substantivos. Isso significou que o seu instrumento principal de coleta

do material empírico foram, quase sempre, longas entrevistas de campo, realizadas com dirigentes de operadoras e com prestadores. Sete foram as operadoras estudadas, como poderá ser visto no próximo capítulo que trata da metodologia. Foram entrevistados 34 dirigentes das operadoras selecionadas, 14 prestadores hospitalares, 32 prestadores médicos e dois odontológicos, cinco dirigentes de *Call Centers* e dois representantes de Procons. As 89 entrevistas foram conduzidas em São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte. O estudo dos mecanismos de regulação dispunha de quatro pesquisadores para a realização das entrevistas, o mesmo número de que dispunha o estudo dos modelos de garantias assistenciais. A tarefa seria muito extensa se conduzida de forma isolada por cada pesquisa, tendo em vista o número de pesquisadores disponíveis para o estudo de campo. Com o aval dos responsáveis pelas pesquisas na ANS, decidiu-se pela unificação do trabalho de campo: uma questão de método. Foram elaborados roteiros de entrevistas semi-estruturadas que continham questões que avaliavam os objetivos, os problemas e as hipóteses dos dois projetos. Os oito pesquisadores, de dois projetos diferentes, decidiram unir esforços para ampliar o número de entrevistas realizadas. Cada pesquisador em campo levantava aspectos da pesquisa à qual estava vinculado, mas também questões relativas ao outro projeto. É claro que tivemos que enfrentar dificuldades resultantes dessa opção, entre elas, a difícil sincronização dos tempos das entrevistas e, posteriormente, o "desentranhamento" do que pertencia mais a essa ou àquela pesquisa. Ao mesmo tempo, apesar das dificuldades práticas, essa opção pela unificação operacional das duas pesquisas foi, muito rapidamente, mostrando o que já se suspeitava e se adotava como hipótese de trabalho: a íntima relação existente entre processo regulatório e modos de se organizar a assistência. Tal dinâmica compartilhada permitia e estimulava que cada pesquisador ficasse com um olho nas "suas" questões, referentes ao modelo assistencial, por exemplo, mas ao mesmo tempo estivesse vendo simultaneamente as questões microrregulatórias. Uma alimentando a outra o tempo todo. Assim, a segunda ordem de explicações a que nos referíamos logo acima encontra-se no caráter profundamente imbricado de regulação e assistência: a afinidade dos achados das pesquisas. Esse imbricamento, ilustrado à perfeição, entre outras coisas, pela notável articulação entre os ensaios de transição tecnológica observados no setor suplementar e microrregulação, como discutiremos no correr do livro, foi o *leit motiv* para a apresentação, de forma integrada, das duas investigações.

Nossa opção foi manter de forma quase integral os achados finais e as discussões realizadas pelos dois projetos e apresentados nos seus relatórios finais à ANS. Tal opção comporta riscos ou alguns problemas que queremos antecipar para o leitor, em particular o que poderá ser a sensação de alguma sobreposição de discussões à medida que se avança na leitura do texto. A decisão de manter as discussões finais de cada pesquisa, sem a realização de uma reelaboração completa do texto, justifica-se, em particular, por propiciar ao leitor olhares diferenciados construídos a partir de cada uma das pesquisas. O objeto é o mesmo, o material empírico que os pesquisadores têm às mãos é o mesmo, pelas razões metodológicas que apresentamos acima; no entanto, há ênfases diferentes, em função das perguntas norteadoras de cada uma das pesquisas. O resultado nos pareceu compensador e estimulante.

O livro está organizado em 4 partes e 8 capítulos. Os capítulos poderão ser lidos de forma bastante independente uns dos outros.

No capítulo I, da parte I, é apresentada a metodologia do estudo, em particular os critérios para a eleição das operadoras estudadas e as questões do estudo. Ainda na parte I, no capítulo 2, é feita uma breve caracterização da saúde suplementar para a contextualização da pesquisa, e um primeiro levantamento das bases de dados da ANS que foram utilizados, em particular, pela pesquisa sobre modelos assistenciais.

Na parte II, no capítulo 3, é feita uma revisão bibliográfica sobre o tema da regulação e, no capítulo 4, são apresentadas as análises referentes aos mecanismos microrregulatórios que operam no mercado de saúde, utilizando-se "quadros analíticos" que foram adotados para sistematizar o conjunto das entrevistas, com os títulos "Principais estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde no processo microrregulatório e seus dispositivos de operação" e "Uma sistematização da visão e das (contra-) estratégias adotadas pelos prestadores médicos e hospitalares frente às estratégias de disciplina e controle adotadas pelas operadoras de planos". Inicialmente, destacam-se as estratégias de disciplina e controle adotadas pelas operadoras de planos de saúde junto aos prestadores e, no momento seguinte, dando voz para os prestadores, médicos e hospitalares, para tentar caracterizar como esses atores se posicionam diante de tais estratégias de controle desenvolvidas pelas operadoras.

Na *parte III*, no *capítulo 5*, são apresentados *os referenciais teóricos* utilizados pela pesquisa sobre modelos assistenciais, sendo feita uma discussão bem contemporânea sobre o tema, utilizando-se da produção teórica da saúde coletiva e ousando, digamos assim, com todos os possíveis problemas, utilizá-lo para uma leitura da organização da assistência à saúde no mercado do setor. No *capítulo 6*, a pesquisa de modelos assistenciais utiliza uma matriz que recorta o material empírico referente às operadoras a partir de temas previamente estabelecidos: *objetivos, política, saberes tecnológicos, organização, modelos assistenciais*. O capítulo analisa a partir dessa matriz os *modos de se organizar a assistência adotados pelas operadoras de planos de saúde*.

As matrizes analíticas, adotadas pelas duas pesquisas e coerentes com os objetivos diferenciados das mesmas, permitem a focalização e discussão de aspectos distintos, mas inevitavelmente resultam em áreas de superposição de alguns debates, pelas questões metodológicas expostas. Como já afirmamos antes, acreditamos que essa forma de apresentação propiciará uma maior riqueza de leitura do material pelo leitor.

Na *parte IV*, no *capítulo 7*, é feita uma discussão específica sobre os médicos no mercado de saúde, a partir dos achados das duas pesquisas. Podemos afirmar que o profissional médico funciona como um verdadeiro "analisador" do mercado de saúde, na medida em que sua prática, de alguma forma, "transversaliza" todas as questões mais polêmicas presentes no debate do setor suplementar de saúde hoje. É interessante ver como as duas pesquisas, partindo de ênfases diferenciadas, chegaram a resultados muito parecidos. Dito de outra forma, não há como discutir tanto a regulação como a organização da assistência sem ter em conta a figura central do médico e da Medicina como instituição que ainda retém forte poder de modelagem do mercado de saúde.

Finalmente, no *capítulo 8*, são apresentadas as conclusões integradas das duas pesquisas. É o momento em que se busca um diálogo explícito entre as duas investigações, ressaltando seu caráter complementar, em particular destacando as implicações do processo microrregulatório para a organização da assistência aos usuários dos planos de saúde e vice-versa.

Parte 01

O Percurso Metodológico

Alzira de Oliveira Jorge

Deborah Carvalho Malta

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Giovanni Gurgel Aciole

Consuelo Sampaio Meneses

Mônica Aparecida Costa

Túlio Batista Franco

Célia Beatriz Iriart

Introdução

Na busca da compreensão dos modelos assistenciais e de regulação praticados pelo mercado de saúde suplementar, optou-se por usar uma construção metodológica que possibilitasse apreender a realidade e as transformações oriundas da forma específica de intervir em saúde deste segmento. Para isso, utilizamos métodos de coleta de dados qualitativos e quantitativos, buscando integrar enfoques metodológicos diversos, captar as pautas de interação dos atores sociais, o processo de aprendizagem das organizações encarregadas da execução das ações de saúde e as tecnologias utilizadas.

Foi nessa interação de informações quantitativas e qualitativas que a análise foi realizada, partindo da compreensão de que o uso combinado de métodos e técnicas permite ao avaliador usar uma variedade de enfoques para examinar diferenças sutis que de outra maneira escapariam da sua atenção. Além disso, aumenta a legitimidade do estudo e a possível utilização dos resultados da pesquisa (SULBRANDT, 1994).

Segundo Minayo (1999, p.89),

a fase exploratória da pesquisa compreende a etapa da escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo.

Sendo assim, a fase exploratória desta pesquisa consistiu de uma revisão bibliográfica sobre as diferentes modalidades de gestão por meio de pesquisa junto à BIREME, revistas especializadas, publicações diversas, dados do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE sobre saúde suplementar, pesquisas nos sites das operadoras e entidades representativas, busca de informações junto à ANS e entrevistas com os técnicos da Diretoria de Produtos da ANS (DIPRO/ANS). Apesar das dificuldades encontradas para a obtenção de informações nesse setor, a análise documental realizada buscou uma aproximação com o objeto estudado, caracterizando-o segundo as diferentes formas de prestação de serviço e modelos assistenciais praticados.

Quanto ao desenho metodológico, optou-se pelos estudos de casos múltiplos, analisando-se o contexto de sete operadoras selecionadas dentre os quatro segmentos estudados, já que esses estudos possibilitam um olhar mais aprofundado sobre o objeto sob investigação.

De acordo com Hartz (1997, p.103),

(...) os estudos de caso são indicados quando se deseja examinar o conjunto das relações existentes entre diferentes variáveis necessárias à compreensão de um fenômeno complexo, em situações em que o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando se trabalha com uma problemática contemporânea inserida no contexto social.

Contandriopoulos et al (1994), citado por Hartz (1997, p.103-104), afirmam que a potência explicativa desses estudos " (...) não decorre da quantidade de observações, mas da coerência estrutural e/ou temporal das

relações que podemos observar (...)” e tem, como principal fundamento, a profundidade da análise. Quanto à validade interna, os estudos de caso são avaliados pela qualidade de articulação teórica na qual se apóia a pesquisa e pela adequação entre os modos de análise utilizados e o modelo teórico escolhido. Com relação à validação externa, eles não têm a pretensão de alcançar uma generalização estatística, mas o “(...) interesse de generalizar um quadro teórico ou modelo relacionado à compreensão de um determinado problema em diferentes situações” (HARTZ, 1997, p.104).

A seleção das operadoras para os estudos de caso obedeceu aos seguintes critérios: representar os diversos segmentos da saúde suplementar (medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e seguradora), apresentar significativa importância em âmbito nacional ou regional e grande número de beneficiários em suas carteiras.

Com base nesses critérios, foram realizados cruzamentos do Sistema de Informação de Beneficiários da ANS (SIB) para a seleção das operadoras pelos pesquisadores e técnicos da DIPRO/ANS. Foram selecionadas sete operadoras para a realização dos estudos de caso, sendo uma de autogestão, duas seguradoras, duas medicinas de grupo e duas cooperativas. Optou-se por não identificá-las neste texto devido a questões éticas e de sigilo profissional.

Figura 1 - Número de operadoras selecionadas para os estudos de caso

Fonte: Relatórios das pesquisas P27 e P12

Medicinas de Grupo	Seguradoras	Cooperativas	Autogestão	Total
2	2	2	1	7

Para conformação dos estudos de casos, foram utilizadas informações obtidas por meio de dados primários e secundários sobre as operadoras investigadas.

Dados primários

Foram utilizadas as seguintes estratégias para coleta das informações junto aos segmentos da saúde suplementar selecionados para a realização dos estudos de caso:

a) Entrevistas com informantes estratégicos das operadoras – foram realizadas entrevistas com informantes-chave, como gerentes de nível diretivo e intermediário, num total de 34 dirigentes.

Foi utilizada a denominação de informante-chave para nomear atores da alta direção das operadoras (o diretor-geral, o diretor-clínico ou o diretor-administrativo) e as principais gerências intermediárias das operadoras atinentes aos temas de regulação e assistência. As entrevistas foram conduzidas buscando a apreensão do modelo assistencial e de regulação praticados pelas operadoras em estudo.

O instrumento utilizado na entrevista junto aos diretores geral, clínico ou administrativo foi o questionário das operadoras médicas, que tem questões que buscam informações sobre Modelo Assistencial e Mecanismos de Regulação praticados e está apresentado no Anexo A. A aplicação dos questionários foi feita pelos próprios pesquisadores que entrevistaram a direção das empresas ou responsáveis, tendo sido preenchido o questionário e gravada a entrevista. Todos os instrumentos utilizados nas entrevistas foram submetidos a pré-teste.

Com os demais níveis hierárquicos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, tendo como eixo informações complementares ao questionário aplicado junto ao nível de direção superior. No Anexo B, apresenta-se o roteiro semi-estruturado utilizado nas entrevistas.

As entrevistas com os informantes-chave buscaram uma maior compreensão do objeto pesquisado e abordaram temas como o modelo assistencial praticado, a oferta de serviços, os mecanismos de regulação existentes, em particular as relações que mantêm com os prestadores médicos e hospitalares, a existência de serviços ou atividades de prevenção/promoção, o monitoramento de grupos específicos de pacientes, a inclusão de novas tecnologias e formas de avaliação de eficácia de agregação dessas tecnologias, a utilização de protocolos assistenciais para orientação das condutas, os benefícios oferecidos, a existência de sistemas de informação, o acesso dos usuários à rede de serviços, as formas de avaliação da satisfação do usuário.

b) Entrevistas com prestadores de serviços das operadoras selecionadas – foram entrevistados representantes dos prestadores hospitalares, médicos (pediatras, gineco-obstetras e cardiologistas) e odontólogos. Os questionários elaborados buscaram coletar informações que permitissem a caracterização da rede de serviços assistenciais ofertados pelos prestadores hospitalares e médicos, assim como os mecanismos de regulação existentes, fluxos, assistência prestada investigando a utilização de protocolos clínicos,

mecanismos para acompanhamento dos pacientes, utilização de ações de prevenção, promoção à saúde; e a análise da relação desses prestadores com a operadora. Com relação aos prestadores individuais, buscou-se avaliar, também, as formas de inserção profissional junto às operadoras, assim como o grau de autonomia para a realização do trabalho, especialmente as solicitações de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e aspectos da qualidade assistencial. Foram entrevistados prestadores próprios e credenciados, tendo em vista a existência de mecanismos contratuais distintos entre os prestadores e as operadoras, dependendo de sua vinculação.

No Anexo C, é apresentado o instrumento de coleta de dados referente aos prestadores hospitalares e, no Anexo D, apresenta-se o questionário respondido pelos prestadores médicos (optamos por apresentar apenas o questionário do cardiologista por tratar-se de instrumento padrão ao qual, dependendo das especificidades das linhas de cuidado, foram incorporadas novas informações). A escolha das especialidades ocorreu pela opção da investigação em quatro linhas prioritárias de cuidado: mulher (gestante), criança, cardiologia e saúde bucal.

Nesse sentido, os questionários elaborados abordaram questões referentes a essas linhas do cuidado, estabelecendo eventos marcadores da qualidade da assistência prestada ao usuário.

Os prestadores hospitalares foram selecionados, em geral, dentre aqueles com maiores produções por operadora. Esse critério foi aferido junto à operadora. Foram entrevistados, em média, dois prestadores hospitalares por operadora.

Os médicos foram selecionados por critérios que variaram conforme a operadora: por critério geográfico (proximidade do hospital selecionado), por sorteio entre os prestadores indicados no catálogo de serviços da operadora ou, quando do quadro próprio da operadora, aqueles indicados pelas operadoras. Em média, foram entrevistados dois prestadores médicos de cada categoria, por operadora. Conforme a necessidade de obter respostas a novas indagações, ampliou-se o número de entrevistas.

Após mapeamento da rede de serviços, a investigação buscou capturar os aspectos do processo de trabalho e das tecnologias do cuidado em saúde utilizados para assistência aos beneficiários nessas linhas de cuidado.

Todos esses instrumentos de coleta de dados foram submetidos a pré-testes e ajustes foram feitos a partir destes.

c) Observação do Call-Center - o *Call Center* tem sido estruturado na maioria das operadoras como um serviço de atendimento ao cliente, que serve também como porta de entrada, definição de fluxos, referenciamento à rede de prestadores, avaliação e autorização dos procedimentos mais complexos após verificação do tipo de contrato e cobertura dos procedimentos. Na maioria das vezes, são operados por rotinas pré-determinadas, mas buscou-se avaliar por essas visitas se os serviços não poderiam estar lançando mão de mecanismos que dificultassem ou negassem acesso aos usuários em algumas situações específicas.

Os pesquisadores visitaram dois desses locais, observaram os fluxos, as demandas e realizaram entrevista semi-estruturada com os operadores do *Call Center*, buscando conhecer o seu funcionamento.

d) Entrevistas com órgãos representantes dos usuários - buscando investigar também a percepção dos usuários, atores fundamentais e a quem o conjunto de ações e serviços assistenciais se destina, foi proposta, tendo em vista as dificuldades operacionais para a incorporação destes sujeitos nos estudos de caso, a realização de entrevistas com os órgãos de defesa dos consumidores que pudessem sinalizar a perspectiva desses em relação aos planos e seguros saúde. Para isso, os pesquisadores visitaram e entrevistaram os coordenadores de dois órgãos de defesa dos consumidores por meio de roteiro semi-estruturado, buscando conhecer o seu funcionamento e verificar as demandas e reclamações destes em relação aos planos de saúde.

Esta pesquisa analisou dados secundários e dados primários das sete operadoras escolhidas, tendo sido ao final entrevistados 34 dirigentes de operadoras, 14 prestadores hospitalares, 32 prestadores médicos e dois odontólogos, 5 dirigentes dos *Call Centers* visitados e 2 representantes de Procons, totalizando 89 entrevistas. As entrevistas foram conduzidas em São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte.

A seguir, detalharemos as fontes que foram consultadas para coleta dos dados secundários.

Dados secundários

Foram utilizadas as seguintes bases de dados:

a) Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) – foram analisados os seguintes dados: dados gerais por operadora; número de beneficiários por tipo de segmentação, número de beneficiários por faixa etária e sexo, número de beneficiários por Estado, número de beneficiários por tipo de contrato, número de beneficiários por plano anterior e posterior à Lei 9.656/98.

b) Sistema de Informação de Produtos (SIP) – foram analisados os dados referentes às operadoras selecionadas pelo período de um ano com relação a: número de beneficiários expostos, atendimentos ambulatoriais realizados, exames complementares, terapias instituídas e internações realizadas. Foram também analisadas as despesas efetuadas com os valores médios por eventos e por expostos.

c) Reclamações dos usuários obtidas a partir do site da ANS – foram analisadas as principais reclamações por operadora selecionada.

d) Reclamações dos usuários obtidas a partir do site de um dos Procons entrevistados – foi analisada a frequência de reclamações por operadora selecionada.

Os resultados dessas análises estão no capítulo 2, apresentado a seguir.

A pesquisa foi submetida ao COEP da UFMG (Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais) e todas as entrevistas foram conduzidas pelos próprios pesquisadores, procedendo-se ao esclarecimento dos objetivos da mesma, apresentando os questionários e o termo de livre consentimento, o qual foi lido, esclarecido e assinado pelos entrevistados.

Análise das entrevistas

Segundo Bardin (1979, p.42), a análise de conteúdo pode ser descrita como:

(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise das entrevistas visou identificar as categorias empíricas e relacioná-las com as categorias analíticas. Foram utilizados conceitos teóricos para relacionar as categorias empíricas com as analíticas, buscando fundamentação teórica na bibliografia existente.

Este momento da pesquisa será sustentado pela proposta de decodificação dos dados captados por Fiorin (1993, p.11):

(...) o discurso são as combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas falas), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo.

Para a análise do material coletado nas entrevistas, foram realizadas repetidas leituras desses e o agrupamento das falas de acordo com a finalidade dos elementos constitutivos. As entrevistas com os dirigentes das operadoras e seus prestadores possibilitaram definir marcadores e parâmetros de avaliação, buscando mapear lógicas assistenciais que fogem à tradicional oferta de procedimentos, estabelecendo outros referenciais centrados em novos pressupostos dos modelos, assistencial e de regulação, que se pretende alcançar, qual seja, a busca do vínculo, da responsabilização e da resolubilidade. Assim buscou-se identificar a existência de projetos terapêuticos compartilhados pela equipe, ações de promoção/prevenção, existência e impacto das ações programáticas, o modo como as operadoras avaliam a eficácia da introdução de novas tecnologias e mecanismos de avaliação, entre outros.

Procedeu-se à análise do material e, para reforçar a "voz do ator", em algumas partes do texto lança-se mão de citações literais, de forma não identificada (foram utilizados códigos a fim de impedir a identificação nominal dos atores).

As matrizes analíticas adotadas para analisar tanto aspectos relevantes dos modelos assistências como dos mecanismos de regulação adotados pelas operadoras serão apresentadas nos capítulos de discussão de resultados (4 e 6).

As questões do estudo

Visando à compreensão do modelo regulatório e do modelo de assistência praticado pelas operadoras, definimos algumas premissas no início da investigação, que procuramos responder no correr do estudo. Essas questões são fruto de um trabalho coletivo reunindo os autores das duas pesquisas da Saúde Suplementar: Cecílio (2003) e Malta et al (2004).

As questões levantadas inicialmente pela pesquisa foram:

1- As operadoras dos planos de saúde podem se constituir enquanto gestoras do cuidado e serem reguladas, apesar de isso não se sustentar na atual configuração do mercado e na prática regulatória vigente na saúde suplementar.

Nessa perspectiva, os planos de saúde podem representar um certo modelo assistencial, ou seja, uma organização de serviços de saúde a partir de uma dimensão tecnológica e de uma dimensão assistencial, ambas apoiadas em conhecimentos e saberes que definem o que é problema de saúde, como devem ser e como devem estar organizadas as práticas de saúde para resolver os problemas, quais os trabalhadores necessários e a que pessoas estão dirigidas tais práticas. Ao Estado caberia o papel de, por meio da ANS, desenvolver práticas regulatórias capazes de promover garantias assistenciais.

A investigação tomou por base os princípios de atenção integral, acolhimento, humanização, estabelecimento de vínculo e resolubilidade das práticas de saúde como um certo modelo ideal a ser verificado na prática atual das operadoras.

2- As operadoras e os prestadores têm desenvolvido mecanismos microrregulatórios para sobreviver ao mercado e à regulação da ANS.

3. A existência de mecanismos de regulação resulta na fragmentação do cuidado centrado na lógica dos contratos. Para o consumidor, estes mecanismos resultam na não-integralidade da assistência.

4. O mercado em saúde suplementar não trabalha com o conceito de produção da saúde, mas com a idéia de evento/sinistralidade.

5. As atividades de promoção à saúde realizadas pelas operadoras não são estratégias para intervenção na perspectiva de um modelo mais integral de atenção, mas predominantemente estratégias de marketing.

6. As operadoras estão atuando com mecanismos de seleção de riscos, apesar da Lei nº 9.656/98. A identificação de riscos do mercado não se assemelha aos riscos da saúde pública, dando prioridade aos cálculos econômicos e financeiros.

Tais idéias partem do pressuposto de que o desenvolvimento da regulação pública no sub-setor da saúde suplementar deveria ter como ponto de partida a defesa do direito dos consumidores pelo cumprimento, por parte das operadoras, dos compromissos de assistência à saúde dos seus beneficiários, definidos em contrato.

Além disso, presume-se que, após a aprovação da Lei nº 9.656/98, criou-se uma nova perspectiva no processo regulatório praticado pelo Estado e defendido por alguns setores governamentais, qual seja, o da regulação, da produção e da gestão do cuidado em saúde. Esses setores entendem que as operadoras podem ser gestoras da saúde dos seus beneficiários e que essa prática precisa ser regulada pelo Estado, configurando um novo modelo de regulação a ser desenvolvido e implementado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Para que a regulação do Estado ocorra nesse sentido, deverá existir um processo de apreensão conceitual e metodológico da micropolítica do trabalho em saúde, desvendando os mecanismos assistenciais existentes no cotidiano da produção do cuidado no setor da saúde suplementar. Faz-se necessário, também, construir novos saberes e ferramentas que subsidiem e fundamentem a nova perspectiva de prática regulatória, uma vez que, na atualidade, o mercado tem operado livremente com quase nenhuma regulação nessa esfera do microprocesso regulatório, como definido por Cecilio (2003), o que reforça a premissa inicial de que, para fazer frente à Lei nº 9.656/98, as operadoras e prestadores têm desenvolvido mecanismos microrregulatórios para sobreviver ao mercado e à regulação da ANS. Alguns

desses mecanismos já são conhecidos, como a instituição de protocolos, estabelecimento de rotinas e fluxos de referência que dificultam a solicitação de alguns procedimentos, além da existência de co-pagamento e outros fatores moderadores. Tais mecanismos microrregulatórios precisam ser mais bem investigados na medida em que a sua existência e adoção por parte de diversas operadoras e prestadores podem resultar na fragmentação do cuidado, que se torna centrado na lógica da demanda e da oferta do que foi contratado e não na lógica da produção da saúde. Nesse sentido, as operadoras trabalham centralmente com a idéia de "evento / sinistralidade", tratando a saúde como um produto a ser ofertado para o mercado e não como um bem a ser preservado e cuidado. Mesmo quando se investe em atividades de promoção e prevenção, esse componente entra mais como estratégia de *marketing* para atrair os beneficiários do que como diretriz de modelo assistencial desenvolvido para garantir a integralidade da atenção.

Na verdade, os mecanismos regulatórios praticados pelo Estado têm sido insuficientes para reverter a lógica de organização e funcionamento do mercado na saúde suplementar de forma a garantir a produção do cuidado. Isso implica, portanto, em investigar essas relações, mapear como as operadoras estão impondo os seus mecanismos regulatórios ao mercado (gestão por pacote, glosas, auditorias), como os prestadores reagem a esses mecanismos, buscando maior eficiência, produzindo redução de custos, ampliando a competitividade entre si ou a sobrevivência no mercado. Cabe, também, mapear o espaço relacional beneficiários/prestadores, principalmente considerando o microespaço de encontro entre o usuário e a equipe de saúde e, em especial, a relação médico/paciente. Busca-se compreender como os prestadores/médicos estão reagindo e instituindo outros mecanismos de microrregulação, ou seja, atuando centrados na prática médica. Indaga-se se essa relação está pautada pela produção da qualidade em saúde, pelo processo de informação do usuário/beneficiário e de produção de sua autonomia, ou ao contrário, em função da pressão das operadoras, se a relação entre os prestadores/profissionais e clientes tem-se pautado pela redução de custos, restrição de exames e procedimentos.

No espaço relacional beneficiários/operadoras, o debate central passa por temas como: a seleção de riscos (ou barreiras à entrada dos segurados no sistema, excluindo aqueles de alto risco), o risco moral ou *moral hazard* (aumento da utilização de serviços pelos usuários, quando cobertos), a quebra

da integralidade do cuidado por parte da operadora, não garantindo o cuidado contratado, e a busca da garantia de direito por parte dos usuários (ALMEIDA, 1998).

A importância desse mapeamento consiste na caracterização das tendências dos atores em cena, seus tensionamentos e disputas, fundamentando uma nova intervenção do Estado nessa relação. Pretende-se, com a presente investigação, contribuir para a construção de competência da ANS para exercer a regulação no campo da regulação operativa (que é fortemente auto-regulada), ou seja, atuar no espaço da microrregulação do mercado de saúde. Esse campo se apresenta como um campo de disputas e negociações, configurando um território instável e em constantes deslocamentos (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Constata-se um grande esforço regulatório da ANS na construção de uma agenda da regulação, concentrada na macrorregulação, cabendo também ao Estado discutir sua atuação sobre o campo da regulação operativa. Este último constitui o centro de reflexão do atual trabalho, ou seja, como ampliar a compreensão sobre as questões que ocorrem no cotidiano dessas relações, visando ampliar o olhar do Estado/ANS, para que se estabeleça uma nova intervenção nesse espaço, atuando sobre o modelo de assistência praticado.

O desenho da pesquisa apresentado pretende ser capaz de comprovar ou refutar as questões aqui enumeradas e contribuir para o debate de uma nova perspectiva regulatória.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: Ipea, 1998.

BARDIN, L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas (SP), 2003 (mimeo).

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

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. *Savoir Préparer une Recherche*. Gris, Univ. de Montreal, 1989. Traduzido pela Hucitec/ABRASCO, 1994. Apud, HARTZ, Z.M.A. (Org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

FIORIN, J.L. *Linguagem e ideologia*. 3ª ed. São Paulo: Ática, 1993.

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

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A. *Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais*. Ciências e Saúde Coletiva, Vol. 9, nº 2, abr/jun. 2004.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1999.

SULBRANDT, J. *Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais*. IN: KLIKSBURG, B. (org.) *Pobreza: uma questão inadiável*. Brasília: Enap, 1994.

Breve caracterização da saúde suplementar

Deborah Carvalho Malta

Alzira de Oliveira Jorge

O mercado em saúde suplementar – dados gerais

O setor de saúde suplementar no Brasil é composto por empresas que operam os planos de saúde, prestadores de serviço de saúde, profissionais de saúde e usuários dos serviços que são vinculados às empresas que operam os planos. Essas operadoras se organizam em diferentes modalidades de compra e venda de serviços, denominadas Autogestões, Medicinas ou Odontologias de Grupo, Seguradoras Especializadas em Saúde, Cooperativas Médicas ou Odontológicas e Filantropias.

Este é um mercado que envolve mais do que 38 milhões de usuários, ou seja, 24,5% da população brasileira (IBGE, 2000; BRASIL, 2004a). Tal clientela está majoritariamente concentrada nas áreas urbanas e com maior participação das mulheres. Em relação às faixas etárias, o percentual da população brasileira que possui um plano de saúde varia de 20,7% entre as pessoas com até 18 anos, até 29,5% entre as que têm de 40 a 64 anos. Acima de 65 anos, a cobertura atinge 26,1% para os homens e 28,2%

para as mulheres. A cobertura é maior também entre aqueles que avaliam seu estado de saúde como muito bom e bom (25,9%), reduzindo para 14,5% entre os que avaliam seu estado de saúde como ruim ou muito ruim (IBGE, 2000).

Ademais, quanto maior for a renda familiar do indivíduo, maior sua chance de ter um plano de saúde: aqueles que apresentam renda familiar inferior a 1(um) salário mínimo têm cobertura de planos de saúde de apenas 2,6%, aumentando progressivamente com o crescimento da renda, até atingir 76,0% de cobertura entre aqueles que recebem 20 (vinte) salários mínimos e mais (IBGE, 2000).

Segundo a mesma pesquisa, cerca de 60% dos planos de saúde é financiada pelo empregador do titular de forma integral (13,2%) ou parcial (46,0%). O co-pagamento é uma prática observada em 20% dos planos de saúde do País. Ressaltamos que a modalidade de contrato mais freqüente é a que inclui serviços ambulatoriais, hospitalares e exames diagnósticos e terapêuticos, ou seja, uma cobertura abrangente de serviços e saúde (IBGE, 2000).

Existe uma alta correlação positiva entre acesso ao médico e o poder aquisitivo da população. Enquanto 49,7% das pessoas de menor renda familiar declaram ter consultado médico nos últimos 12 meses, esse valor sobe para 67,2% no caso daquelas pessoas com mais de 20 salários mínimos de renda familiar. Por outro lado, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – PNAD, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (1998), as pessoas sem rendimento foram as que apresentaram o maior coeficiente de internação hospitalar (11,5%).

Com essa pesquisa, foi possível ao INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE apontar alguns dos problemas de acesso aos serviços de saúde no País que são fundamentais para compreendermos a caracterização do nosso sistema de saúde: a) cerca de um terço da população brasileira não tem um serviço de saúde de uso regular; b) o acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta expressivamente com o aumento da renda familiar e é maior nas áreas urbanas, onde estão concentradas a renda e a oferta de serviços; c) cerca de um quinto da população brasileira nunca foi ao dentista e esse percentual cresce para 32% entre os residentes da área rural; d) aproximadamente 5 milhões de pessoas referiram ter necessitado mas não procuraram um serviço de saúde, sendo que a justificativa mais

freqüente para tal atitude foi a falta de recursos financeiros; e) entre as pessoas atendidas, cerca da metade teve seu atendimento realizado pelo SUS e, aproximadamente, um terço das pessoas referiram ter utilizado plano de saúde para receber atendimento; f) do total de atendimentos, cerca de 16% implicaram algum tipo de pagamento por parte do usuário; g) o atendimento recebido foi bem avaliado pelas pessoas que usaram serviços de saúde, tanto públicos como privados (IBGE, 2000).

Uma das importantes fontes oficiais sobre o mercado da Saúde Suplementar é o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS, de preenchimento obrigatório por parte das operadoras e que, em dezembro de 2004, contabilizava 38 milhões e 900 mil beneficiários, distribuídos da seguinte forma: Medicina de Grupo (33,8%), Cooperativas Médicas (24,6%), Autogestão (13,7%), Seguradora (12,1%), Odontologia de Grupo (8,7%), Filantropia (3,4%) e Cooperativa Odontológica (3,6%) (**Tabela 1**).

Os registros do Sistema de Informações de Beneficiários/ANS (SIB) contabilizavam em dezembro de 2004: 14 Seguradoras Especializadas em Saúde, 737 Empresas de Medicina de Grupo, 122 Filantrópicas, 326 Autogestões, 370 Cooperativas Médicas, 170 Cooperativas Odontológicas e 450 Odontologias de Grupo (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição de beneficiários e de operadoras de planos de saúde por classificação da operadora - Brasil, dezembro de 2004

Classificação	Total	%	Beneficiários	%
Autogestão	326	14,90	5.346.681	13,70
Cooperativa Médica	370	16,90	9.651.118	24,60
Cooperativa Odontológica	170	7,80	1.404.129	3,60
Filantropia	123	5,60	1.314.820	3,40
Medicina de Grupo	737	33,70	13.166.862	33,80
Odontologia de Grupo	450	20,50	3.383.033	8,70
Seguradora	14	0,60	4.719.951	12,10
Total	2.190	100	38.986.594	100

Fonte: Sistema de Informações de Operadoras - ANS/MS - ago/2004 (BRASIL, 2004b)
Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS/MS - dez/2004 (BRASIL, 2004 a)

O Sistema de Informações de Beneficiários/ANS (SIB) não inclui aqueles vinculados aos sistemas de Previdência Pública Estadual, porque estes não estão submetidos à obrigatoriedade da Lei nº 9.656/98 quanto à apresentação do SIB e à regulamentação por parte da ANS. Também não inclui informações

acerca de operadoras que obtiveram liminares na justiça, desobrigando-as do fornecimento de seus dados cadastrais.

Os dados da **Tabela 2** mostram a concentração dos beneficiários em grandes operadoras: são 658 operadoras com até 2.000 beneficiários, ou 1,3% do número total de beneficiários, e 61 operadoras somam mais de 20 milhões de beneficiários, ou seja, 52,6% dos beneficiários.

Tabela 2 - Distribuição de operadoras e beneficiários da saúde suplementar por faixa de beneficiários - Brasil, junho de 2004

Faixa de beneficiários	Operadoras	%	Beneficiários	%
1 a 2.000	658	29,80	496.423	1,30
2.001 a 10.000	591	26,80	2.956.857	7,70
10.001 a 20.000	215	9,70	3.098.954	8,00
20.001 a 50.000	180	8,10	5.690.165	14,80
50.001 a 100.000	83	3,80	6.019.642	15,60
100.001 a 500.000	52	2,40	10.898.163	28,30
Acima de 500.000	9	0,40	9.378.110	24,30
Sem Beneficiários	589	25,20		
Total	2.340	100	38.035.108	100

Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS/MS – jun/2004 (BRASIL, 2004 a)

Notas: 1-Foram considerados beneficiários ativos e operadoras ativas.

2- A faixa Sem Beneficiários refere-se a um resíduo de operadoras ainda existente no SIB/ANS que enviam informações cadastrais referindo não terem beneficiários em alguns planos.

Além disso, pode ser observado na figura abaixo (**Figura 2**), que:

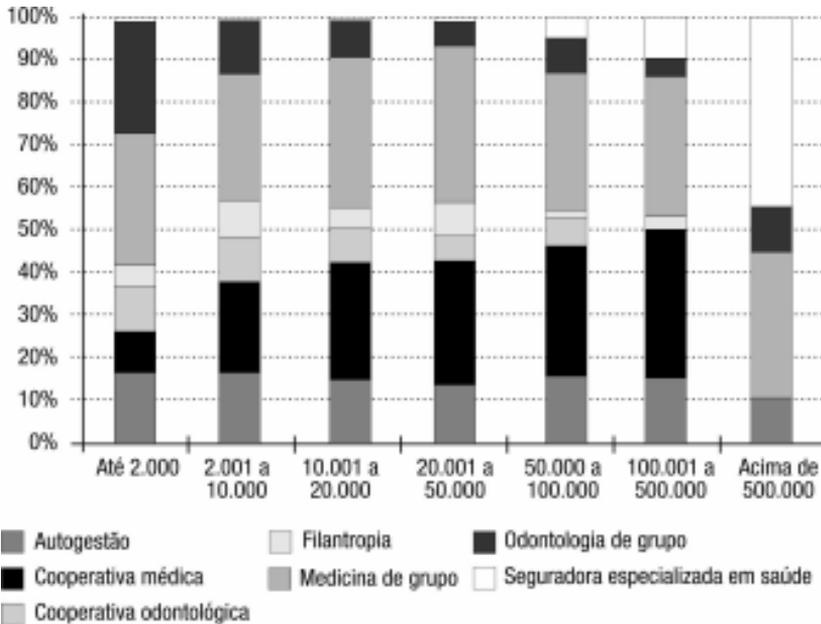
- as autogestões e medicinas de grupo têm presença significativa em todas as faixas de usuários, com destaque para a maior importância numérica das medicinas de grupo;

- as cooperativas médicas têm participação crescente até a faixa de 500.000 usuários, reduzindo sua representação na faixa acima de 500.000 usuários;

- as cooperativas odontológicas não apresentam representatividade acima de 100.000 beneficiários;

- as seguradoras têm pequena representatividade nas faixas até 100.000 usuários, apresentando maior representação na última faixa (acima de 500.000 usuários).

Figura 2 - Distribuição de beneficiários por porte e classificação das operadoras



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

Fonte: Cadastro de operadoras - ANS/MS - 02/2005

Nota: Administradoras não foram consideradas

A distribuição geográfica das operadoras mostra uma concentração de operadoras e beneficiários na Região Sudeste do país, o que pode ser explicado em função do maior poder aquisitivo da população dessa região e da existência de numerosas indústrias e empresas contratantes de planos coletivos. A Região Norte detém o menor percentual de operadoras (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Distribuição das operadoras por região da sede, Brasil 2004

Região	Número	%
Norte	68	3,00
Nordeste	308	13,90
Sudeste	1.315	59,00
Sul	391	17,60
Centro-Oeste	145	6,50
Total	2.233	100

Fonte: Sistema de Informação de Operadoras/ANS, junho de 2004 (BRASIL, 2004b)

De acordo com a **Tabela 4**, identifica-se que os Estados da Federação com maior cobertura de beneficiários são, por ordem decrescente: São Paulo (43,2%), Rio de Janeiro (32,9%), Distrito Federal (29,4%) e Espírito Santo (22,6%). As coberturas menores que 5% são observadas nos Estados de Roraima, Piauí, Rondônia, Maranhão, Tocantins e Acre.

Tabela 4 - Distribuição dos beneficiários da saúde suplementar por estado de residência e cobertura populacional, Brasil 2004

Estados	Beneficiários	População	%
São Paulo	17.221.796	39.825.226	43,20
Rio de Janeiro	4.996.236	15.203.750	32,90
Distrito Federal	671.507	2.282.049	29,40
Espírito Santo	756.061	3.352.024	22,60
Paraná	2.060.888	10.135.388	20,30
Minas Gerais	3.784.816	18.993.720	19,90
Santa Catarina	1.023.519	5.774.178	17,70
Rio Grande do Sul	1.475.489	10.726.063	13,80
Amazonas	427.757	3.148.420	13,60
Pernambuco	1.049.827	8.323.911	12,60
Mato Grosso do Sul	261.950	2.230.702	11,70
Rio Grande do Norte	344.483	2.962.107	11,60
Ceará	887.349	7.976.563	11,10
Paraíba	365.665	3.568.350	10,20
Goiás	554.962	5.508.245	10,10
Bahia	1.364.118	13.682.074	10,00
Sergipe	191.056	1.934.596	9,90
Pará	581.096	6.850.181	8,50
Mato Grosso	232.272	2.749.145	8,40
Amapá	40.844	547.400	7,50
Alagoas	210.885	2.980.910	7,10
Roraima	17.677	381.896	4,60
Piauí	129.780	2.977.259	4,40
Rondônia	65.152	1.562.085	4,20
Maranhão	227.835	6.021.504	3,80
Tocantins	35.637	1.262.644	2,80
Acre	16.777	620.634	2,70
Total	38.995.434	181.581.024	21,50

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS, dez/2004 (BRASIL, 2004 a)
Estimativa populacional IBGE para 2004 (IBGE, 2004)

Para comparar a distribuição da população brasileira com a que está coberta por planos de saúde, por faixas etárias, utilizamos o *software* STATA (2003) e o Teste de Proporção para avaliar a igualdade das proporções entre amostras. Assim, testamos se as distribuições de faixas etárias, da população geral e da de planos tinham proporções iguais ou se apresentavam diferenças entre si.

Os dados utilizados e o resultado do Teste de Proporção se encontram na **Tabela 5**, que também apresenta os intervalos de confiança das duas populações.

Tabela 5 – Comparação da distribuição da população geral e da população coberta por planos de saúde, por faixas etárias decenais, segundo o Teste de Proporção, Brasil, 2004

Faixas etárias	População geral		Interv. de conf.	Pop. dos planos		Interv. de conf.	P
	N	%		N	%		
0 a 9 anos	34.647.537	19,00	18,986-19,013	5.646.741	14,60	14,570-14,629	0.0000
10 a 19 anos	34.156.783	18,80	18,786-18,813	5.434.464	14,00	13,970-14,029	0.0000
20 a 29 anos	32.877.603	18,10	18,086-18,113	7.484.526	19,30	19,271-19,328	0.0000
30 a 39 anos	27.413.211	15,10	15,086-15,113	6.915.304	17,80	17,771-17,828	0.0000
40 a 49 anos	22.436.326	12,40	12,386-12,413	5.743.019	14,80	14,770-14,829	0.0000
50 a 59 anos	14.274.244	7,90	7,886-7,913	3.612.685	9,30	9,27-9,329	0.0000
60 a 69 anos	8.935.397	4,90	4,885-4,914	2.026.665	5,20	5,169-5,230	0.0000
70 a 79 anos	4.905.524	2,70	2,685-2,714	1.223.523	3,20	3,168-3,231	0.0000
80 ou + anos	1.939.405	1,10	1,085-1,114	669.755	1,70	1,669-1,730	0.0000
TOTAL	181.586.030	100		38.756.682	100		

Fonte: População estimada por idade, revisão 2004 (IBGE, 2004); Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (março de 2004)

Obs: Teste de proporção, cálculo do Intervalo de confiança e teste de P (STATA, 2003)

Conclui-se por essa comparação que existe diferença estatística entre as duas populações em todas as faixas etárias. Assim, observa-se que existe maior proporção de jovens (até 19 anos) na população geral. Nas faixas seguintes (de 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais), inverte-se a tendência, havendo maior proporção na população de beneficiários de planos de saúde.

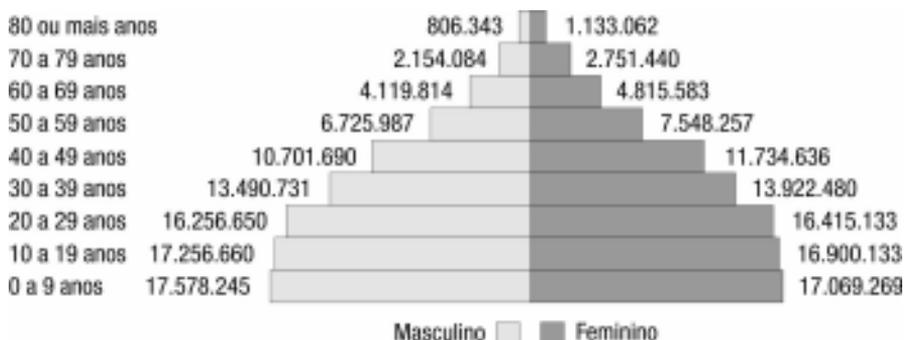
Se, por um lado, 56% da população brasileira concentra-se nas faixas até 29 anos e a população coberta por planos de saúde detém 48% nessa faixa etária, por outro lado, no grupo entre 30 e 59 anos concentra-se 35% da população brasileira e 42% da população coberta por planos. Ainda, a população idosa (a partir de 60 anos) representa 9% da população brasileira

e 10% da população detentora de planos.

A população de beneficiários de planos de saúde está mais concentrada nas faixas produtivas e de idosos.

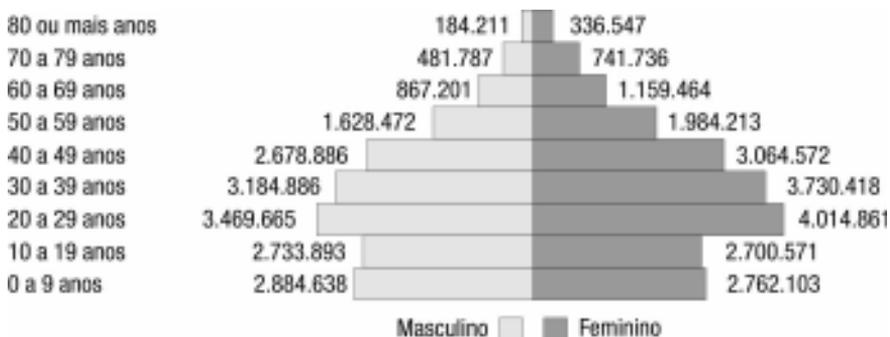
As **Figuras 3 e 4** mostram, respectivamente, a pirâmide etária do Brasil, segundo as estimativas populacionais do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE para 2004 e a pirâmide etária da população beneficiária de planos de saúde, segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS, de março de 2004. No Brasil, em consequência da transição demográfica, a pirâmide etária da população geral mostra os efeitos da mesma, expressos na queda nos níveis da fecundidade e na mortalidade, que vem produzindo um estreitamento progressivo das suas bases e um alargamento do ápice (envelhecimento da população). Esse processo se acentuou de 1970 para 2000 (IBGE, 2000; PINTO & SORANZ, 2004).

Figura 3 - Pirâmide etária da população brasileira segundo sexo, Brasil 2004



Fonte: Estimativa Populacional por idade, revisão 2004 (IBGE, 2004)

Figura 4 - Pirâmide etária da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo sexo, Brasil 2004



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS, Março/2004 (Brasil 2004 a)

A **Figura 4** mostra que na pirâmide etária dos beneficiários da saúde suplementar há a predominância do sexo feminino na maioria das faixas, especialmente nas faixas etárias produtivas (20 a 49 anos). Em relação à população geral, na população de beneficiários de planos há maior concentração de idosos (60 anos e mais) e estreitamento da pirâmide em menores de 19 anos.

Diversos estudos vêm demonstrando a maior utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres e os dados do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS também demonstram maior cobertura por planos de saúde entre as mulheres na maioria das faixas etárias (IBGE, 2000; PINTO; SORANZ, 2004). A maior cobertura da população idosa pelos planos revela a maior necessidade de consumos de serviços dessa faixa etária, o que a coloca como maior demandadora dos serviços de saúde do que a população brasileira total.

Análise dos dados secundários das operadoras pesquisadas

Foram analisados os dados secundários da ANS referentes às sete operadoras estudadas. As bases de dados utilizadas referem-se a: Cadastro de Beneficiários das Operadoras de Planos de Saúde – CADOP/SIB; Sistema de Informações de Produtos – SIP; Disque-ANS e dados de um dos Procons entrevistados referentes às denúncias dos clientes.

Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)

O Cadastro de Beneficiários da ANS foi instituído pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 03 – de 20 de janeiro de 2000, modificada pelas Resoluções Normativas – RN nº 17 – de 11 de novembro de 2002, e RN nº 37 – de 05 de maio de 2003, e hoje denominado Sistema de Informações de Beneficiários. O cadastro é de preenchimento obrigatório por parte das operadoras, que devem enviá-lo até 60 dias depois de obtido o registro junto à ANS e atualizá-lo até o dia 10 de cada mês. As atualizações referem-se às movimentações da carteira referentes à entrada e saída de beneficiários. A não atualização do cadastro implica a possibilidade de aplicação de multa pecuniária (BRASIL, 2004 d).

O arquivo trabalhado pela pesquisa foi cedido pela ANS e refere-se ao mês de novembro de 2003. Foram analisadas informações de dados gerais

por operadora: número de beneficiários, número de beneficiários por faixa etária, sexo, distribuição de beneficiários por região, número de beneficiários por tipo de contrato (individual/coletivo) e número de beneficiários por plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998).

Foi realizada análise comparativa por segmento: cooperativas, medicinas de grupo, seguradoras e autogestão, visando à melhor caracterização das operadoras estudadas.

A **Tabela 6** mostra a distribuição dos beneficiários por sexo nas operadoras selecionadas e apresenta predominância do sexo feminino nas sete operadoras, variando entre 50,6% na seguradora B a 57,7% na cooperativa B. A tendência já havia sido apontada na PNAD de 1998 (IBGE, 2000).

Tabela 6 - Distribuição da população por sexo nas operadoras estudadas, segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS - SIB, ANS/MS - Brasil, novembro de 2003

Operadoras	Distribuição por sexo	
	Masculino %	Feminino %
Cooperativa A	46,70	53,30
Cooperativa B	42,30	57,70
Seguradora A	46,00	54,00
Seguradora B	49,40	50,60
Medicina de Grupo A	42,20	57,80
Medicina de Grupo B	44,70	55,30
Autogestão	46,70	53,30

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), novembro de 2003 (Brasil 2003 a)

A **Tabela 7**, apresentada abaixo, mostra a distribuição dos beneficiários por faixa etária nas operadoras selecionadas. A distribuição dos beneficiários entre 0 e 17 anos variou entre 21,3% (Medicina de Grupo A) a 27,9% (Seguradora B). Dentre as operadoras estudadas, observou-se que as seguradoras detêm o maior percentual de jovens, aproximando-se do percentual de jovens (0 a 19 anos) encontrado no Sistema de Beneficiários (SIB) da ANS (28,6%) e distinguindo-se daquele percentual de jovens (0 a 19 anos) da população geral (37,8%) (Tabela 5).

A faixa de 18 a 29 anos variou entre 18,5% (Cooperativa B) e 29,6% (Medicina de Grupo B). A população entre 30 e 39 variou entre 12,0%

(Autogestão) e 21% (Seguradora B). De 40 a 49 anos variou entre 14,0% (Medicina de Grupo B) e 18,7% (Autogestão). A população das operadoras estudadas concentra-se nas faixas produtivas e segue a mesma tendência do SIB entre 20 e 49 anos (52%), diferindo da população em geral, que detém 45,6% na população entre 20 e 49 anos (Tabela 5).

A distribuição dos beneficiários entre 60 e 69 anos mostra percentuais muito distintos entre as operadoras. As seguradoras apresentam percentuais menores: 3,2 e 5,0%, seguidas das medicinas de grupo que variam de 3,7 a 5,7%, seguido da Cooperativa A: 6,6%, da Autogestão: 7,4% e, por último, a Cooperativa B: 8,0% (**Tabela 7**). Essa faixa na população geral contém 4,9%, enquanto os dados do Sistema de Informações de Beneficiários apresentam percentuais maiores (5,2%) de usuários de planos de saúde (**Tabela 5**).

Acima de 70 anos, as maiores concentrações de idosos ocorrem na Cooperativa B (9,8%), Autogestão (6,4%) e Cooperativa A (6,2%). Todas bem acima da população geral (3,8%) e daquela do cadastro (4,9%) (**Tabela 5**). As demais operadoras encontram-se abaixo dessas referências: medicinas de grupo (2,3% e 3,9%) e seguradoras (2,5% e 3,4%).

Tabela 7 - Distribuição da população por faixa etária nas operadoras estudadas, segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS - SIB, ANS/MS, Brasil, novembro de 2003

Classificação	Faixa Etária						
	0 - 17 a	18 - 29 a	30 - 39 a	40 - 49 a	50 - 59 a	60 - 69 a	70 e mais
Cooperativa A	23,60	21,40	18,00	14,60	9,70	6,60	6,20
Cooperativa B	21,50	18,50	17,60	14,40	10,20	8,00	9,80
Seguradora A	25,10	20,90	19,60	16,20	9,80	5,00	3,40
Seguradora B	27,90	23,10	21,00	15,00	7,20	3,20	2,50
Medicina de Grupo A	21,30	22,90	17,90	16,10	12,10	5,70	3,90
Medicina de Grupo B	23,10	29,60	20,00	14,00	7,30	3,70	2,30
Autogestão	23,10	18,90	12,00	18,70	13,50	7,40	6,40

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB), novembro de 2003 (BRASIL 2003a)

As sete operadoras selecionadas seguem, em geral, as principais tendências das demais operadoras da saúde suplementar, sendo a principal diferença a menor proporção de idosos encontrada nas seguradoras e na medicina de grupo.

Cabe indagar o motivo das diferenças entre as operadoras estudadas no

que se refere aos idosos. Algumas das hipóteses levantadas: no caso das autogestões, pelo envelhecimento da sua população e maior estabilidade da carteira em função da própria missão dessas empresas; no caso das cooperativas, pela tendência atual de maior oferta de planos individuais e, portanto, maior atração de idosos; e no caso das seguradoras e a Medicina de Grupo B, em função de privilegiar planos coletivos, atraem mais a população inserida no mercado de trabalho e mais jovem.

Em relação à distribuição dos beneficiários por região, como pode ser visto na **Tabela 8**, observa-se que há uma predominância nas sete operadoras estudadas na Região Sudeste, embora a abrangência geográfica dessas operadoras seja nacional. As coberturas variam em função do segmento. A concentração no sudeste variou de 43,3% (a Autogestão) a 99% (cooperativas). As que têm maior distribuição em todas as regiões são: a Autogestão e as seguradoras. A Autogestão possui ainda 24% de sua clientela no Nordeste, 12,7% no Centro-Oeste, 16,6% no Sul e, por fim, no Norte, cerca de 3,1%. As seguradoras também têm importante presença no Nordeste, cerca de 10%, e no Sul, 10,1% (Seguradora B).

Tabela 8 - Distribuição dos beneficiários nas regiões brasileiras segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS - SIB, Brasil, novembro de 2003

Classificação	Região				
	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Norte	Nordeste
Cooperativa A	98,40	0,96	0,20	0,10	0,30
Cooperativa B	99,80	0,05	0,06	0,02	0,05
Seguradora A	81,00	2,60	5,30	1,20	10,10
Seguradora B	72,60	10,10	4,10	1,60	11,60
Medicina de Grupo A	92,00	1,60	5,00	0,20	1,20
Medicina de Grupo B	85,60	0,40	3,90	0,05	10,10
Autogestão	43,30	16,60	12,70	3,10	24,30

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB), novembro de 2003 (Brasil 2003 a)

A **Tabela 9** mostra a distribuição dos beneficiários por plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98. Segundo o cadastro de beneficiários da ANS/MS, observamos alguns problemas na informação desse campo, que não corresponde à realidade da situação existente, inclusive identificada junto à direção dessas operadoras. Por exemplo, a Seguradora A informou 3% de planos novos, a Autogestão 99,7%, o que não corresponde à realidade. A

Cooperativa B informou 49,2% de planos novos, as medicinas de grupo 28,1% e 39,2% e na Seguradora B, 45,3%. A situação ideal corresponderia à total adaptação de planos às regras posteriores à Lei nº 9.656/98, pois os clientes estariam amparados pela legislação e com garantias de cobertura, acesso às redes de serviços e procedimentos obrigatórios pela lei.

Tabela 9 - Distribuição dos planos novos e antigos, contratos individuais e coletivos segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS – SIB, Brasil, novembro de 2003.

	Planos novos			Planos antigos
	Individuais %	Coletivos %	Subtotal	
Cooperativa A	-	-	-	-
Cooperativa B	26,70	22,50	49,20	50,80
Seguradora A	0,30	2,70 *	3,00 *	97,00 *
Seguradora B	5,00	40,40	45,30	54,70
Medicina de Grupo A	18,90	20,30	39,20	61,40
Medicina de Grupo B	2,10	26,10	28,10	71,80
Autogestão	-	99,70	99,70*	0,30*

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB), novembro de 2003 (Brasil 2003 a)

* O valor sugere erro na informação

Dentre os planos adaptados em todas as operadoras estudadas, os planos mais abrangentes (que correspondem ao ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia) são os predominantes (BRASIL, 2003 a).

Em relação aos planos novos, o SIB/ANS informa também se são planos coletivos ou individuais, assim pode-se estimar percentual semelhante nos planos antigos. A Seguradora B tem grande concentração de planos nos seguros empresariais (coletivos). Dentre os 45% de planos novos, a Seguradora B possui 40% de planos coletivos, reduzindo os contratos individuais para apenas 5% no volume de planos comercializados. Esse investimento nos planos coletivos ocorre em função da maior lucratividade (clientela mais jovem e inserida no mercado de trabalho) e, conforme fala de um dos diretores desta seguradora, pelo maior controle de preços praticados pela ANS nos planos individuais. A Seguradora A e a Autogestão não apresentaram informações consideradas confiáveis nesse item (**Tabela 9**). A Autogestão possui apenas planos coletivos, enquanto a Medicina de Grupo A possui distribuição semelhante entre planos individuais e coletivos, o que foi também descrito por sua direção. Já a Medicina de Grupo B possui 28,1% de planos novos, sendo 26,1% coletivos e apenas 2,1% individuais. A Cooperativa B possui percentuais semelhantes de planos individuais e coletivos. A Cooperativa A não informou adequadamente ao SIB.

Sistema de Informação de Produtos (SIP)

O Sistema de Informações de Produtos (SIP) foi instituído pela RDC n.º 85 - de 21 de setembro de 2001, para envio de informações e acompanhamento da prestação de serviços aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. As informações são remetidas por trimestre à ANS.

Esta pesquisa trabalhou as seguintes informações do SIP: atendimentos ambulatoriais realizados, exames complementares, terapias instituídas, internações, consultas médicas, despesas assistenciais e valores médios por eventos.

Os exames complementares do grupo 1 correspondem aos exames de tomografia computadorizada, ressonância magnética, hemodinâmica e angiografia realizados em regime ambulatorial. Nesse item de despesa são contabilizados os materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução desses exames.

Os exames complementares do grupo 2 referem-se aos atendimentos não incluídos no item 1, constituindo-se predominantemente de exames mais simples realizados em regime ambulatorial, incluindo-se aqui a maioria dos exames de patologia clínica e radiologia.

As terapias do grupo 1 referem-se aos atendimentos em alta complexidade, como terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia do câncer, radiologia intervencionista, litotripsia e hemoterapia, realizadas em regime ambulatorial.

As terapias do grupo 2 referem-se aos atendimentos/despesas com as demais terapias não incluídas no item terapias grupo 1, realizadas em regime ambulatorial.

Foram analisadas planilhas do SIP obtidas do Relatório Gerencial de Acompanhamento da Assistência, de 15 de janeiro de 2004, referentes às operadoras selecionadas.

Os trimestres informados são 1º, 2º, 3º e 4º de 2002 e 1º, 2º e 3º de 2003. Visando à comparação dos anos de 2002 e 2003, procedeu-se à estimativa do 4º trimestre de 2003, calculando-se a média dos três trimestres anteriores de 2003 (BRASIL, 2004 c).

com apenas três anos de informação, estando sujeito a inconsistências, dada a dificuldade de envio de dados por parte das operadoras. Poderíamos destacar algumas causas iniciais que podem afetar a qualidade dos dados:

- As informações não são individualizadas, sendo a totalização dos eventos realizada pela operadora, com possibilidade de erro em diversas etapas (coleta, consolidação e transmissão);
- As informações são por operadora, sendo impossível localizar a distribuição dos beneficiários por região, cidade, ou avaliar tendências regionais;
- Erros no entendimento do significado dos campos pelas operadoras, podendo levar a interpretações diversas com conseqüente coleta inadequada;
- Inexistência de variável correspondente no Sistema de Informação (SI) da operadora, levando à necessidade de adaptações do respectivo sistema pela operadora. Muitos desses SI das operadoras têm uma lógica predominantemente administrativa, sendo uma novidade informar e trabalhar com indicadores epidemiológicos.

A análise inicial das operadoras está em bloco, comparando seus principais resultados e calculando alguns indicadores como o custo médio da consulta médica, o custo das terapias (1 e 2) por beneficiário/ano, o custo das internações por beneficiário/ano, o número de consultas por beneficiário/ano, a média de exames por beneficiário/ano, a média de internações por beneficiário/ano, conforme tabela abaixo.

Tabela 10 - Distribuição do custo médio* de procedimentos selecionados entre as operadoras pesquisadas, segundo o Sistema de Informações de Produtos da ANS – SIP, Brasil, novembro de 2003.

	Consultas	Exames Gr. I	Exames Gr. II	Terapias Gr. I	Terapias Gr. II	Internações
Cooperativa A	35,70	483,17	19,72	19,72	22,24	1.159,39
Cooperativa B	31,80	233,67	13,03	33,26	22,81	651,00***
Seguradora A	34,40	172,29	20,40	125,72	18,17	4.971,52
Seguradora B	28,00	346,62	18,18	41,17	13,15	4.511,70
Medicina de Gr. A	26,88	198,18	17,49	160,34	1.027,60**	-
Medicina de Gr. B	21,81	288,30	13,51	81,64	61,96	2.533,46
Autogestão	28,52	352,00	19,59	94,07	106,37	2.856,42

Fonte: Sistema de Informações de Produtos, janeiro de 2004 (Brasil, 2004 c)

* Valores em R\$

** o valor sugere erro na informação

*** em 2002 o valor correspondeu a R\$ 2.778,00

Como pode ser observado na tabela 10, o custo médio das consultas médicas variou de R\$21,81 a R\$35,70. Os menores valores foram pagos pelas medicinas de grupo, a Autogestão pagou em média R\$28,52 por consulta, as seguradoras pagaram entre R\$28,00 e R\$34,40 e as cooperativas foram as que melhor remuneraram os médicos: de R\$31,80 a R\$35,70. Esses números já eram conhecidos em função das entrevistas com os médicos, que referem baixos honorários.

Os gastos médios com exames complementares do grupo 1 (tomografia computadorizada, ressonância magnética, hemodinâmica e angiografia) variaram de R\$172,29, na Seguradora A, a R\$483,17, na Cooperativa A. Os valores são muito distintos dentro do próprio segmento, chamando a atenção sobre possíveis erros no preenchimento dos dados. As medicinas de grupo gastaram entre R\$198,18 e R\$288,30, a Autogestão teve um gasto elevado (o segundo maior: R\$352,00), as seguradoras pagaram entre R\$172,29 e R\$346,62 e as cooperativas entre R\$233,67 e R\$483,17 (**Tabela 10**).

Quanto aos exames complementares do grupo 2, as medicinas de grupo gastaram por procedimento entre R\$13,51 e R\$17,49; as seguradoras pagaram entre R\$18,18 e R\$20,40 e as cooperativas gastaram entre R\$13,03 e R\$19,72. Embora apresente um valor unitário menor, pelo volume de procedimentos realizados, este item representou o segundo maior gasto em seis das sete operadoras estudadas (BRASIL, 2004 c). Todos esses valores situam-se muito acima do gasto médio no Sistema Único de Saúde. Os itens de patologia clínica, anátomo-citopatologia, radiodiagnóstico e ultrassom resultaram em gasto no SUS de R\$4,99 em 2003 (BRASIL, 2004 e).

O gasto médio por procedimento com terapias do grupo 1 correspondeu a R\$94,07 em 2003 na autogestão; as medicinas de grupo gastaram entre R\$81,64 e R\$160,34; as seguradoras pagaram entre R\$41,17 e R\$125,72 e as cooperativas, entre R\$19,42 e R\$33,26, apresentando os valores mais baixos falando a favor de informações pouco confiáveis. Novamente, observa-se grande variação interna dentro do próprio segmento, o que dificulta a análise e interpretação dos dados. (Tabela 10).

O gasto médio com terapias do grupo 2 apresentou ainda maior variação interna dentro e entre segmentos. A variação foi de R\$13,15, na seguradora B, a R\$106,40, na Autogestão. O valor de R\$1.027,60, na Medicina de Grupo A, sugere erro de informação.

O gasto com internações correspondeu ao maior gasto das operadoras. O custo médio dessas internações apresentou variação entre segmentos,

mas parece espelhar a realidade de gastos, exceto nas cooperativas que pelo menor valor sugerem possivelmente informação inadequada. O custo médio dessas internações na Cooperativa B foi de R\$651,00 e R\$1.159,00 na Cooperativa A, em 2003, sugerindo erro de informação da Cooperativa B. Na Autogestão, o gasto com internações correspondeu a R\$2.856,42; as seguradoras pagaram os maiores valores, entre R\$4.511,70 e R\$4.971,52; a Medicina de Grupo B pagou R\$2.533,46. A Medicina de Grupo A não informou. Este dado mostra o maior gasto médio concentrado nas internações e revela o maior custo desse procedimento nas seguradoras, possivelmente por não disporem de serviços próprios, elevando o seu custo operacional (**Tabela 10**). Todos esses valores situam-se muito acima do gasto médio com internações no Sistema Único de Saúde, que foi de R\$503,66, em 2003 (BRASIL, 2004e).

A **Tabela 11** mostra o consumo de procedimentos selecionados por beneficiário/ano e por consulta, comparando-se as operadoras.

Tabela 11 - Distribuição das consultas por beneficiário/ano, número de exames por consulta e número de internações por beneficiário/ano entre as operadoras estudadas, segundo o Sistema de Informações de Produtos da ANS – SIP, Brasil, novembro de 2003

Classificacao	Indicadores		
	Nº Consulta / beneficiário / ano	Nº exames / consulta	Nº internações / beneficiário
Cooperativa A	5,30	1,90	0,20
Cooperativa B	6,00	1,70	0,60*
Seguradora A	5,40	3,20	0,15
Seguradora B	3,80	2,30	0,12
Medicina de Grupo A	5,70	2,60	0,72*
Medicina de Grupo B	4,90	2,10	0,11
Autogestão	7,40	2,30	0,19

Fonte: Sistema de Informações de Produtos (SIP), janeiro de 2004 (Brasil, 2004 c).

* Sugere erro de informação

Comparando-se as consultas realizadas por beneficiário em 2003, observa-se que a Autogestão teve o maior índice: 7,4 consultas por beneficiário. Nas Medicinas de Grupo A e B, este índice ficou entre 4,9 e 5,7, respectivamente; as seguradoras realizaram entre 3,8 e 5,4 e as cooperativas, entre 5,3 e 6,0 consultas por beneficiário. As seguradoras chamam a atenção pela menor relação de consulta por beneficiário. Da análise do conjunto dos dados, observa-se que as operadoras situam-se muito acima dos parâmetros do setor público, que opera com o parâmetro

clássico de 2 consultas médicas por habitante/ano (INAMPS, 1982; RIPSA, 2002).

Calculou-se também o número de exames solicitados por cada consulta realizada em 2003. Na Autogestão, foram encontrados 2,3 exames por consulta; nas medicinas de grupo, 2,1 e 2,6 exames por consulta; as seguradoras realizaram 2,3 e 3,2 exames por consulta e as cooperativas, 1,7 e 1,9 exames por consulta, em 2003 (Tabela 11). Esse indicador mostra o menor volume de exames realizados nas cooperativas, ao lado de maior consumo de exames por consulta nas seguradoras, talvez em função de menor regulação na autorização dos mesmos.

As internações por beneficiário variam entre 0,11 e 0,72, tornando difícil traçar hipóteses que sustentem tais diferenças, podendo tratar-se de informações incorretas. No SUS, interna-se cerca de 7% da população por ano, ou um índice de 0,07 internações/ano, próximo do limite mínimo das operadoras estudadas (**Tabela 11**), abaixo dos valores encontrados para as operadoras estudadas.

Reclamações dos usuários obtidas a partir do site da ANS

A ANS mantém um serviço junto aos usuários de planos que consiste no recebimento de reclamações, apuração e divulgação desses resultados via site da Agência. São informados mensalmente aos consumidores e à sociedade os resultados dessa coleta, indicando as operadoras que tiveram o maior percentual de reclamações com indício de irregularidade no Disque-ANS.

Conforme os dados apresentados na **Tabela 12**, resultantes da apuração das ocorrências registradas no período de novembro/2002 a setembro/2003, segundo operadoras pesquisadas e quantidade de beneficiários, verifica-se que ainda é uma razão pequena de reclamações frente ao total de beneficiários existentes no Brasil. Isso pode ocorrer em função do desconhecimento por parte dos beneficiários desse serviço prestado pela ANS. Apesar de entender a relatividade desses números, calculou-se a razão de reclamações por 100.000 beneficiários e a Cooperativa B apresentou a maior razão, 84,0 reclamações por 100.000 mil beneficiários, seguido pela Medicina de Grupo A, com 41,4/100.000, a Autogestão com 15,6/100.000, a Seguradora A com 11,9/100.000, a Medicina de Grupo B com 11,9/100.000, a Seguradora B com 3,9/100.000 e a Cooperativa A com 2,1 reclamações por 100.000 beneficiários.

Tabela 12 - Ocorrências de reclamações e razão de reclamações por 100.000 beneficiários, segundo o Disque-ANS, de novembro/2002 a setembro/2003.

Operadoras	Número de reclamações		Reclamações por 100.000 benef.
	Nº	%	
Cooperativa B	435	37,50	84,00
Medicina de Grupo A	300	25,90	41,40
Autogestão	76	6,60	15,60
Seguradora A	182	15,70	11,90
Medicina de Ggrupo B	67	5,80	11,90
Seguradora B	91	7,80	3,90
Cooperativa A	9	0,80	2,10
Total	1.160	100	17,68

Fonte: Disque-ANS (Brasil, 2003 b)

Avaliando-se os motivos de reclamação, observa-se que o item de maior apelo consiste no aumento de mensalidade (51,2%), seguido de cobertura assistencial que recebeu 16,3% de denúncias; as reclamações sobre rede prestadora representaram 9,1%; queixas sobre doença ou lesão preexistente foram de 8,9% das reclamações, e sobre contrato e regulamento ocorreram em 6% dos registros de reclamações. Os outros itens somam 9% (Tabela 13).

Tabela 13 - Ocorrências por tipo de reclamações nas operadoras selecionadas, segundo o Disque-ANS, de novembro/2002 a setembro/2003

Tipo de reclamações	Total	Percentual
Aumento de mensalidade	592	51,20
Cobertura assistencial	188	16,30
Rede prestadora	105	9,10
Doença ou lesão preexistente	103	8,90
Contrato e regulamento	69	6,00
Reembolso	31	2,70
Aposentados, demitidos e exonerados	25	2,12
Carência	11	0,90
Urgência e emergência	11	0,90
Mecanismos de regulação	9	0,80
Internação	4	0,40
Abrangência geográfica	1	0,10
Outras	7	0,60
Total	1156	100

Fonte: Disque-ANS (Brasil, 2003 b)

A Cooperativa B recebeu o maior número de reclamações, concentradas em aumentos das mensalidades. As medicinas de grupo e seguradoras têm maior abrangência de itens reclamados.

É importante ressaltar que esses dados têm que ser analisados com cautela na medida em que o número de reclamações é ainda insignificante frente ao total de beneficiários, o que fala de uma situação ainda de desconhecimento da população sobre a agência reguladora e de suas possibilidades de atuação.

Reclamações dos beneficiários obtidas a partir do Sistema de Informação do Procon

O Procon investigado realiza acolhimento das denúncias dos beneficiários e registra-as em Sistema de Informação próprio. Pela análise desses dados, foi priorizado verificar as denúncias mais comuns em relação às operadoras. A apresentação dessa análise será por tipo de reclamação, uma vez que a análise por operadora apresentou forte viés regional.

Como pode ser visto na **Tabela 14**, das 313 reclamações ocorridas em relação a planos de saúde em 2003, as queixas mais frequentes em 2003 referiam-se ao cálculo de reajuste de 66,1%, seguido de preços, serviços e produtos com 10,9% e contratos, carnês e orçamento (8,6%). Portanto, lideram reclamações referentes a causas financeiras (preços e reajustes de contraprestações pecuniárias) e a cláusulas contratuais. Esses dados assemelham-se aos do Disque-ANS, onde também predominam questões referentes aos reajustes das mensalidades. O aumento das reclamações, entre 2002 (107) e 2003 (313), segundo o Procon, reflete a maior conscientização do usuário por meio de campanhas na mídia sobre seus direitos e esclarecimentos sobre as regras da regulamentação. O Procon avalia que as reclamações tendem ao crescimento à medida em que for mais bem divulgada a existência desse serviço pela grande mídia.

Tabela 14 - Reclamações mais freqüentes dos beneficiários de planos de saúde segundo o Procon, nos anos de 2002 e 2003

Queixas mais comuns	2002				2003			
	Convênios	Seguros	Total	%	Convênios	Seguros	Total	%
Reajuste	18	5	23	21,50	191	16	207	66,10
Preço, serviços e produtos	12	3	15	14,00	33	1	34	10,90
Qualidade	2	0	2	1,90	1	0	1	0,30
Contrato, carnê, orçamento	17	5	22	20,60	25	2	27	8,60
Garantia (não-cumprimento)	4	5	9	8,40	2	0	2	0,60
Procedimento, cobrança	3	0	3	2,80	6	1	7	2,20
Propaganda enganosa, venda enganosa,	2	0	2	1,90	2	4	6	1,90
Recusa	8	2	10	9,30	5	4	9	2,90
Substituição, alteração plano	6	4	10	9,30	11	2	13	4,20
Outros	11	0	11	10,30	7	0	7	2,20
Total	83	24	107	100	283	30	313	100

Fonte: Procon investigado, 2002/2003.

Algumas considerações sobre o mercado de saúde suplementar

Segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da ANS, a saúde suplementar contabilizava 38,9 milhões de beneficiários em dezembro de 2004, distribuídos nos seguintes segmentos: Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Autogestão, Seguradora, Odontologia de Grupo, Filantropia e Cooperativa Odontológica. As operadoras distribuem-se de forma desigual pelo país, concentrando-se na Região Sudeste. Existem inúmeras diferenças entre as operadoras no que se refere ao porte, volume de recursos dispendidos, números de beneficiários e rede de serviços, entre outras.

Estudos do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE mostram que os planos de saúde atuam no Sistema de Saúde brasileiro, introduzindo mais um elemento de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, na medida em que cobrem uma parcela seleta da população brasileira, na qual predominam: pessoas de maior renda familiar, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho e que avaliam seu estado de saúde como muito bom ou bom (IBGE, 2000).

A pirâmide etária das operadoras estudadas se reproduz como nas demais operadoras do país no que se refere ao alargamento da cobertura nas faixas etárias produtivas, no sexo feminino e nos idosos. Nas cooperativas médicas e autogestão estudadas, o percentual de idosos excedeu o da população em geral e da média da população beneficiária de planos, ao contrário do que ocorreu com as seguradoras e uma medicina de grupo, o que se explica pelo fato de as últimas privilegiarem a venda de planos coletivos.

De acordo com os dados analisados do SIP, o maior gasto das operadoras é com internações, seguido de exames complementares.

As reclamações do Disque-ANS concentraram-se no item reajuste de preços.

Esses dados poderiam ser mais bem aproveitados caso houvesse maior consistência nas informações das bases de dados da ANS. Ainda há imensa dificuldade de análises detalhadas, pelo fato de não existirem informações individualizadas e, sim, agregadas por operadoras, dificultando evidências mais precisas. Com base em tais informações, sugere-se que as bases de dados da ANS devam ser explorados e trabalhados buscando o seu aprimoramento, entendendo que as inconsistências só serão corrigidas à medida que os dados se transformarem em informação e em instrumento de avaliação. Aponta-se a necessidade de avançar em estudos quantitativos e qualitativos, bem como na análise das bases de dados existentes, reafirmando a necessidade de devolver as inconsistências às operadoras, a fim de que haja melhora nos registros informados.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Sistema de Informações de Beneficiários da ANS, Rio de Janeiro, novembro de 2003a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Disque-ANS, dezembro de 2003b.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Sistema de Informações de Produtos da ANS - SIP, novembro de 2003c.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Sistema de Informações de Beneficiários da ANS - SIB. Rio de Janeiro, março, junho e dezembro de 2004a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Sistema de Informações de Operadoras da ANS. Rio de Janeiro, agosto de 2004b.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Sistema de Informação de Produtos da ANS - SIP. Relatório Gerencial de Acompanhamento da Assistência. Janeiro de 2004c.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Site www.ans.gov.br, acessado em dezembro 2004d.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Site [www.saude.gov.br/sas/Procedimentos de Monitoramento Contínuo](http://www.saude.gov.br/sas/Procedimentos%20de%20Monitoramento%20Cont%C3%ADnuo). Acessado em dezembro de 2004e.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*, 1998. Ministério do Planejamento. Brasil. Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *População estimada por idade simples revisão*. 2004, divulgado em 30 de agosto de 2004. *Estimativas populacionais*. 2004. Ministério do Planejamento. Brasil. Rio de Janeiro, março de 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS. Portaria 3.042. Define os parâmetros assistenciais. Diário Oficial da União, 1982.

PINTO, L.P; SORANZ, D.R. *Planos privados de assistência à saúde: cobertura no Brasil*. Ciência e Saúde Coletiva. 9(1):85-96, 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSA - *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2002.

STATA. Statistics/Data Analysis Stata Corp. 8.2 Copyright 1984-2003. College Station, Texas USA. www.stata.com, 2003.

Parte 02

A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Giovanni Gurgel Acirole
Consuelo Sampaio Meneses
Celia Beatriz Iriart

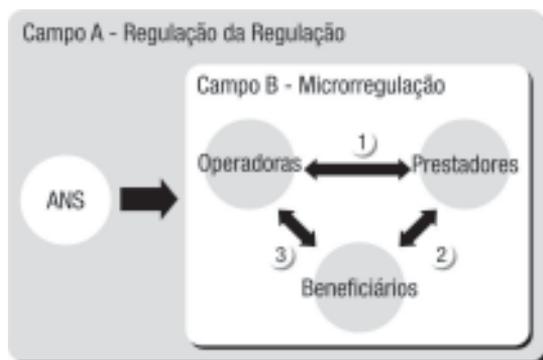
O presente estudo visou investigar e caracterizar melhor os mecanismos de regulação adotados pelas operadoras no seu relacionamento com os prestadores de serviços. Para fins de focalização do estudo, adotou-se uma "cartografia da regulação", apresentada na **Figura 1**. Nela, são distinguidos dois planos de regulação: o Campo A – regulação da regulação – e o Campo B – a microrregulação.

O que está sendo designado como Campo A (regulação da regulação) é constituído, basicamente, pela legislação e regulamentação já produzidas pelos poderes Legislativo e Executivo federais, pela ANS, pelo CONSU e outros entes governamentais, e traduzidas em 45 medidas provisórias que regulamentam a Lei nº 9.656/98, e em inúmeras resoluções do CONSU, resoluções normativas (RN), resoluções operacionais (RO), resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da ANS, além de instruções normativas (IN) e

resoluções (RE) das várias diretorias que compõem a ANS e, ainda, as portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

O Campo B foi designado, na investigação, como o campo da microrregulação (ou auto-regulação), isto é, as formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e compradores/beneficiários, em particular entre os primeiros, sem uma clara intermediação do Estado. Constitui o mercado de seguro privado de saúde propriamente dito, com características muito singulares, como exploraremos adiante. Dentro do Campo B, destacamos: o espaço relacional 1, no qual ocorrem as relações entre operadoras e prestadores; o espaço relacional 2, no qual ocorrem as relações entre prestadores e usuários; e o espaço relacional 3, aquele que marca o encontro dos beneficiários com as operadoras. Apesar de intimamente imbricados, o espaço relacional 1 foi o foco da investigação, qual seja, aquele onde se dão relações entre as operadoras e os prestadores.

Figura 5 – A cartografia da regulação



Utilizamos a cartografia como ponto de partida para a pesquisa, mesmo considerando sua evidente simplificação. Teixeira (2001), por exemplo, alerta que

tal mercado (de assistência à saúde no Brasil) conforma um 'complexo', ou seja, a assistência envolve um conjunto de atores muito amplo, o que não permite analisar um segmento – o mercado de assistência suplementar, por exemplo – e desconhecer todos os outros. Este 'complexo' é formado por um bloco de prestadores de serviços (hospitais, serviços de assistência médica, clínicas, laboratórios etc) muito diferenciado, usuários (também diferenciados), setores de intermediação (público e privado) e ainda setores

de comercialização, pesquisa e desenvolvimento, fornecedores de insumos e equipamentos, indústria farmacêutica, meios de comunicação. Nesta rede, extremamente diversificada e englobando vários segmentos econômicos, o mercado de planos de saúde é apenas uma parte.

A mesma idéia é compartilhada por Braga (2001), quando afirma que a regulamentação dos planos de seguros privados de saúde deveria ser apenas parte de uma atuação governamental sobre toda a "cadeia produtiva" do sistema de saúde, que inclui todos os componentes apontados por Teixeira. Em particular, deve ainda ser lembrado que o esquema acima não permite vislumbrar, de imediato, as complexas relações que se estabelecem entre setores público e privado no Brasil, como exploraremos mais adiante.

Ainda Braga (2001), considerando o conjunto de fatores econômicos e sociais que condicionam a questão da saúde do nosso país, pergunta

se a regulação deveria ter uma concepção abrangente, de sentido amplo, que contemplasse a estrutura e a dinâmica mesma do sistema ou se teria um sentido restrito. No primeiro caso, a regulação teria como objeto a base industrial farmacêutica e de insumos e equipamentos médicos, as formas públicas e privadas de funcionamento, os segmentos públicos e privados de prestação de serviços de saúde. No segundo caso, a base técnica formada pela indústria estaria fora da regulação, enquanto os alvos seriam apenas os serviços prestados pelo SUS e os serviços privados do mercado de assistência hospitalar. Nessa última hipótese, caberia ainda esclarecer se a regulação desses serviços seria feita articuladamente ou se haveria regulações separadas para o SUS e para a assistência suplementar, com baixa regulação entre ambas.

O processo de regulamentação do setor pode ser periodizado em três etapas. A primeira foi caracterizada pela fixação do marco legal da regulamentação.

O marco legal original da regulamentação é o resultante da Lei nº 9.656 e da MP 1.655, atualizada em múltiplas MPs subsequentes (...). A segunda etapa do processo de regulação ocorreu em setembro de 1999 e teve dois movimentos importantes: a) a introdução do conceito legal de Plano Privado de Assistência à Saúde para enfrentar a discussão da inconstitucionalidade da inclusão das seguradoras no universo da regulação. Submetido à legislação

específica, o setor de seguros questionava a legalidade da sua inclusão na esfera de abrangência da regulação. Optou-se por definir a abrangência pelo tipo de produto e não pelas características das empresas ou entidades que o oferecem (...); b) A definição do Ministério da Saúde, através do CONSU e da SAS/DESAS, como o único responsável pelos dois níveis de regulação do setor: o econômico-financeiro e o de assistência à saúde. A terceira etapa do processo foi a criação da ANS. (MONTONE, 2002).

Essa periodização poderia ser completada com uma quarta etapa que começa a ser construída: a regulação do que está sendo designado de Campo B no presente estudo, qual seja, aquele que opera com regras próprias, em um complexo e conflitante processo micro e auto-regulatório, o território de encontro entre operadoras, prestadores e usuários.

A RDC 24, de 13 de junho de 2000, que dispõe sobre a aplicação de penalidades às operadoras de planos privados de assistência à saúde pode ser entendida como a melhor síntese do "poder de polícia" da ANS e que a habilita como ator privilegiado para atuar e disputar no tenso e conflitante campo da regulação, isto é, no mercado. O "poder de polícia" da ANS está definido e regulamentado no inciso III do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto no. 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com as competências definidas nas leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em cumprimento à resolução CONSU no. 1, de 22 de maio de 2000. A RDC 24 permite visualizar, de forma condensada, o amplo campo de atuação (de disciplinamento e controle) da ANS (órgão de natureza essencialmente regulamentadora e reguladora). Através das punições previstas, fica fácil perceber o conjunto de transações, contratualizações e outras atividades afins desenvolvidas pelas operadoras, que estarão sujeitas ao olhar vigilante da ANS. A lista de "interdições" (os "não pode") é ampla, extensivamente enumerada e praticamente configura o território de atuação da Agência, expressando seu poder regulatório.

Para Célia Almeida (1998), a regulação do seguro privado em saúde teria três objetivos: a manutenção da estabilidade do mercado segurador, o controle da assimetria das informações e a maximização da participação do consumidor no mercado privado de saúde. Segundo a autora,

o primeiro ponto inclui a definição de padrões financeiros e éticos que regulam a entrada, operação e saída das seguradoras e/ou operadoras no mercado, o que pressupõe regras para capital financeiro mínimo inicial, capacidade de

poupança, condições fiscais e garantias para o caso da insolvência das empresas. O segundo ponto está referido fundamentalmente às assimetrias de informação específica desse mercado (entre as seguradoras e segurados e entre os profissionais e os pacientes) e deve cumprir tipicamente duas áreas: a regulação das relações entre planos de saúde e prestadores de saúde. O terceiro ponto - maximização da participação do consumidor - refere-se às regulações que tendencialmente têm tentado conciliar as práticas do mercado privado de seguros (em geral restritivas) com as demandas sociais da justiça e maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica e incluem normatizações de três tipos: proibição ou restrição de exclusões, proibição ou restrição da vinculação dos preços às condições de saúde, idade, sexo etc.; e obrigatoriedade de cobertura para determinados serviços ou benefícios (compulsoriedade para alguns benefícios).

A ANS tem vivido um verdadeiro "ímpeto regulatório" na sua curta existência e que pode ser explicado por duas razões principais. A primeira, porque a regulamentação do setor suplementar é bem recente e a ANS, sendo um órgão muito jovem, ainda se encontra em pleno processo de sua autoconstituição, ou seja, de construção e de formatação do seu objeto. A outra nos remete à discussão de que o campo de regulação dos seguros e planos privados de saúde é um território político, atravessado por múltiplos e quase sempre conflitantes e inconciliáveis interesses de atores ou forças sociais. A ANS é o ator social ao qual caberá, pela natureza da sua missão institucional, produzir e fazer cumprir a legislação que configura o campo das relações entre operadoras, prestadores e beneficiários.

O Campo B é atravessado por várias lógicas de regulação externas ao campo e anteriores à regulação pretendida pela ANS; vetores de regulação que já estavam presentes no campo legalmente definido de atribuições da ANS, bem antes de esta ser criada e que seguem atuando. Basta lembrar o quanto os espaços relacionados 1 e 2 são fortemente regulados na lógica das corporações, com as entidades de classe atuando no sentido de ordenar as práticas profissionais. Como exemplo mais forte, pode ser lembrada a atuação do Conselho Federal de Medicina que, por suas resoluções, busca definir e resguardar certas características da autonomia da prática médica, freqüentemente em aberto conflito com os prestadores e com as operadoras. Atores estratégicos que, freqüentemente, se colocam em campos opostos.

Além do mais, tanto as operadoras como os prestadores, são regidos por um cipoal de leis e regulamentações também preexistentes - e

independentes da regulação pretendida pela ANS. Cada tipo de operadora é regido por sua legislação específica, como, por exemplo, as cooperativas médicas que se submetem, antes de mais nada, à legislação específica de constituição e operacionalização das cooperativas em geral. As seguradoras, as autogestões e as empresas médicas também são submetidas a legislações específicas. Toda a força de trabalho das operadoras e dos prestadores é regida pelas leis trabalhistas vigentes. Toda a movimentação orçamentário-financeira, em particular as questões tributárias, obedece a uma legislação específica. Em síntese, a ação reguladora da ANS se exerce sobre um campo previamente muito regulado pelo Estado brasileiro. Poderíamos dizer que a atuação da ANS significa a pretensão de uma forte regulação do Estado sobre um "mercado" que não é um mercado genérico, mas um mercado com características histórico-sociais bem singulares, específicos do nosso país, com sua história de relações ambíguas com o Estado. O "Estado-Padrasto", que regula, controla e pune, mas também o "Estado-Pai" generoso, cujos melhores exemplos são as questionáveis concessões de filantropia e a política de deduções de gastos com saúde. Dados da Secretaria da Receita Federal fornecidos ao Conselho Nacional de Saúde mostram que as deduções dos gastos com saúde das pessoas físicas em 1993 e das pessoas jurídicas em 1992 somavam R\$ 2,4 bilhões (CARVALHO, 2003). Almeida (1998), utilizando-se de dados fornecidos pela Secretaria da Receita Federal ao então deputado Sérgio Arouca, mostra que, de acordo com as declarações do Imposto de Renda de 1997, ano-base 1996, 34,6 mil empresas deduziram R\$ 3,23 bilhões sobre o lucro líquido real relativo a despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica, configurando uma renúncia fiscal de R\$ 808 milhões (alíquota-base de 25%). Quanto às pessoas físicas, alíquota-base de 15%, 2,2 contribuintes deduziram R\$ 1,1 bilhão, com renúncia de R\$ 168 milhões. Somados esses grupos, as deduções foram de R\$ 7,2 bilhões e a renúncia fiscal, de R\$ 1,7 bilhão.

A estruturação do setor de saúde suplementar nas últimas décadas pode ser vista como um desdobramento do conjunto de relações estabelecidas entre o Estado e o setor privado, desde o primórdio da constituição do sistema previdenciário brasileiro, com a regulação das caixas de aposentadorias e pensões, na década de 20 do século passado. O setor saúde, no Brasil, vem se constituindo há décadas como um mix público/privado, com composição variada no correr dos anos, em função da adoção desta ou daquela política de saúde, mas sempre significando um relacionamento estreito entre Estado e serviços privados de saúde, que foram se expandindo e consolidando no

correr dos anos com forte financiamento público. Cohn (1998) sublinha a extensa interface público/privado dos subsídios envolvidos com o financiamento dos planos privados de saúde.

A previdência social brasileira tem uma tradição, que remonta aos seus primórdios, de compra de serviços privados, como trabalhado em estudos já clássicos, em particular Donnangelo (1975), Cordeiro (1984), Oliveira e Teixeira (1986), entre outros. Viana (2000), em estudo recente de avaliação do SUS, retoma essas questões ao destacar a notável ampliação da rede hospitalar privada no Brasil, na década de 70 do século passado, em pleno regime autoritário, em função dos financiamentos obtidos junto ao FAZ (Fundo de Assistência Social – Caixa Econômica Federal). A autora destaca, também, a interação ocorrida no período entre atores privados e públicos, intermediados por segmentos político-partidários governistas.

Os políticos indicavam pessoas para ocupar postos-chave no aparato burocrático do Inamps e, através dessa burocracia 'indicada', atendiam-se demandas de fornecedores privados de bens e serviços, formando-se anéis burocráticos, cujo objetivo era beneficiar segmentos privados, políticos (parlamentares) e públicos (burocracia Inamps)" (VIANA, 2000, p. 117).

Apontando essa "promiscuidade" entre os setores públicos e privados no Brasil, Bahia (2001, p.331) formula as seguintes questões:

Como se movem os provedores de serviços em torno das opções de comercialização de planos de saúde e do financiamento do SUS? (...) Qual o impacto da legislação que regulamenta a operação dos planos de saúde sobre a configuração de subsistemas e de seus variados padrões de complementaridade com o SUS?

Tentamos caracterizar, até aqui, a complexidade e a singularidade do Campo B, sobre o qual a ANS busca fazer a regulação da regulação, seja por ser previamente muito regulado, seja por ser um tipo especial de "mercado" que mantém, historicamente, relações ambíguas com o Estado. Mas há mais tensões a serem exploradas no campo.

Prosseguindo na nossa caracterização da complexidade e conflitividade do Campo B, sobre o qual a ANS deve realizar a regulação da regulação, é interessante lançar um olhar mais cuidadoso sobre um dos atores que o compõem: os prestadores. Estes são, eles próprios, complexos campos de

enfrentamento de lógicas e interesses distintos. Isto é facilmente evidenciável quando procedemos a uma análise das organizações de saúde onde se realiza o cuidado. Deixando de lado as análises do tipo estrutural-funcionalista, que vêem as organizações formais atuando de acordo com objetivos e missão claramente estabelecidos, com papéis bem definidos e aceitos pelos participantes, os quais compartilham, de forma tão problemática, um conjunto de valores comuns, facilmente percebemos o quanto as organizações de saúde são lugares de disputa, de dissenso, de entrecruzamento de múltiplas racionalidades, nem sempre sinérgicas ou complementares. Basta pensar no confronto entre a lógica eficientista que todo hospital precisa buscar hoje e a forte autonomia com que atuam os médicos, mais comprometidos com os valores e ditames da corporação do que com a organização, procurando escapar de todo e qualquer mecanismo de controle sobre sua prática cotidiana (CECÍLIO, 1997; FRIEDBERG, 1993; DOUSSAULT, 1992). As práticas médico-hospitalares passam por um profundo processo de racionalização que se traduz, entre outras coisas, pelo tratamento dos hospitais como empresas, portanto submetidos a uma lógica econômica, a terceirização dos serviços, a automação crescente dos processos diagnósticos; o desmembramento do ato médico global em múltiplos atos diagnósticos e terapêuticos realizados por vários profissionais, sejam eles especialistas médicos ou outros tipos de profissionais, tudo isso resultando em uma sobrecarga do processo gerencial dos hospitais e em um aumento significativo de conflitos decorrentes das novas exigências de coordenação (CARAPINHEIRO, 1998; CECÍLIO; MERHY, 2003).

As relações que se estabelecem entre empregadores e empregados, nos casos de planos coletivos, também nos apontam conflitos e problemas potenciais. Focando o espaço relacional 3, pesquisa sobre Planos de Saúde Empresariais, concluída em março de 2000 e patrocinada pelo MS/BIRD, revelou tensões importantes no relacionamento entre empresas empregadoras e operadoras e que ficam fora do campo regulatório, pelo menos até o momento, da ANS. A pesquisa havia revelado que:

- i) as empresas empregadoras estão constrangidas pela oferta regional de operadoras e provedores de serviço;
- ii) situações de monopólio existem em algumas regiões, reduzindo o poder de escolha de algumas empresas;
- iii) a heterogeneidade do mercado de planos de saúde, em plano

nacional, aliada à diversidade do mercado de trabalho nesse mesmo âmbito, dificulta às empresas o controle de seus gastos com planos de saúde;

iv) a prática de *dumping* por operadoras, as quais, após conquistarem extensas carteiras empresariais, passam a submeter as empresas a aumentos abusivos de preços (BRASIL, 2000).

Lembrando a complexidade do campo, Bahia (2001, p. 334) refere que

a estratificação das demandas em torno dos planos de saúde molda sub-redes limitadas ao atendimento de clientes de um determinado status sócio-ocupacional. Tal modelo impede o trânsito até de clientes de planos de saúde entre as sub-redes de uma operadora e **requer um intenso e intrincado controle administrativo da parte dos prestadores de serviço e das operadoras** (*grifo nosso*).

A autora chama a atenção para o fato de que uma mesma base física de recursos geraria inúmeros sistemas diferenciados em função de uma gradiente de prestígio de profissionais e laboratórios: a elegibilidade do beneficiário e de seus dependentes, a baixa participação dos beneficiários/funcionários na negociação dos planos com as operadoras, a introdução de formas de contribuição para os empregados, de co-pagamentos, o grande poder dos empregadores para definir a relação ampliação/restricção de cobertura, entre outros, ainda estão fora da agenda regulatória da ANS e é de se perguntar se deverão ser objeto de regulação (BAHIA, 2000).

Temos que considerar, ainda, que uma possível expansão da atenção gerenciada (*managed care*) no nosso país, por conta dos elementos que opera, há de significar a introdução de novos mecanismos regulatórios no Campo B. Basta destacarmos alguns desses componentes da atenção gerenciada para projetarmos possíveis impactos nos três campos relacionais: contratação seletiva de prestadores e constituição de rede; gerenciamento da utilização de serviços finais e intermediários, incluindo adoção de protocolos clínicos; introdução do médico generalista na "porta de entrada"; requisição de autorizações prévias; revisão/supervisão das práticas médicas; adoção de incentivos financeiros e não financeiros aos prestadores para conter custos; remuneração condicionada à verificação das práticas do prestador; negociação de preços em função do número de pacientes; adoção de incentivos financeiros e não financeiros aos beneficiários para induzir a escolha de prestadores associados aos planos ou aqueles considerados

preferenciais (UGÁ, 2000). Não é difícil imaginar a importância e, como dissemos, o impacto desse conjunto de "orientações" no campo da microrregulação, em particular o significado real que há de assumir no cotidiano dos usuários dos planos e para o exercício profissional dos médicos.

Então, há que se considerar que a "regulação da regulação" pretendida pela ANS, ou seja, sua entrada no campo da microrregulação tal qual opera hoje se dará sobre um território de densas relações com suas opacidades, lógicas próprias, incontáveis atores e interesses conflitantes e que realiza, ele próprio, um intrincado processo de auto-regulação. Trata-se, então, da regulação (pela ANS) de um campo que vai construindo ativamente – pelo protagonismo de seus atores – seus próprios mecanismos de (auto-)regulação, os quais "transbordam" e escapam do conjunto de normas, resoluções, portarias, leis e decretos que qualquer agência estatal, com todo o seu poder de polícia, pretenda fazer valer. Para Bahia (2001, p. 337), boa parte dos mecanismos de auto-regulação do mercado de saúde suplementar *"não foram atingidos pelos refletores do processo de regulamentação"*. Esta afirmação talvez pudesse ser um pouco mais especificada com uma pergunta: até onde o espaço microrregulatório, em particular aquele onde se dá o encontro entre operadoras e prestadores, tanto hospitalares como os médicos em seus consultórios, pode ser regulado? O presente estudo teve a pretensão de trazer alguma contribuição para responder a essa questão crucial na atual etapa de regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: Ipea, 1998.

BAHIA, L. *Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90*. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):329-339, 2001.

BAHIA, L. *Mudanças e padrões das relações público-privadas: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: Funenseg, 2000.

BRAGA, J.C.S. *Texto-base da 2ª Oficina de trabalho do 2º. Ciclo de Oficinas da Agência Nacional de Saúde Suplementar*, 2001.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Planos de Saúde Empresariais*. Relatório da Segunda Oficina do 1º. Ciclo de Oficinas da ANS, mimeo, 2000.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia das organizações hospitalares*. Porto – Portugal: Edições Afrontamento (3a. Edição), 1998.

CARVALHO, E.B. *A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas*. Campinas: DMPS/Unicamp. Dissertação de mestrado, 2003.

CECÍLIO, L.C.O.; MEHRY, E.E. O singular processo de coordenação dos hospitais. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate*, 2003.

CECÍLIO, L.C.O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. Rio de Janeiro: *Revista da Administração Pública*, 31(3):36-47, maio/jun, 1997.

COHN, A. Estado e mercado no Brasil global. *Ser Médico* v1 (2):12-16. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 1998.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: E. Graal, 1984.

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade: os médicos e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rio de Janeiro: *Revista da Administração Pública*, 26(2):8-19, abr/jun, 1992.

FRIEDBERG, E. *O poder e a Regra: dinâmicas da ação organizada*. Porto – Portugal: Instituto Piaget, 1993.

MONTONE, J. Desafios e perspectivas da saúde suplementar. IN: *Imaginando e operando a gestão da assistência no âmbito da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.F. *(Im)previdência social – 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

TEIXEIRA, A. Relatório da 1ª. Oficina de trabalho (Coordenador). *Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar*. IN: 2º. Ciclo de Oficinas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2001.

UGÁ, M.A. 2º. Ciclo de Oficinas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000.

VIANA, A.L.D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período das reformas. IN: CANESQUI, AM. (org) *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas

Luiz Carlos de OliveiraCecílio

Giovanni Gurgel Aciole

Consuelo Sampaio Meneses

Celia Beatriz Iriart

As estratégias de disciplinamento e controle (de regulação) adotadas pelas operadoras de planos de saúde junto aos prestadores médicos e hospitalares.

Como se tentou caracterizar na apresentação, o espaço que está sendo denominado de **microrregulatório** conforma-se, até o momento, por ser um território bastante autônomo ou imune em relação a medidas de regulação e regulamentação por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ele opera com uma lógica própria, ditada, de um lado, pelo protagonismo de múltiplos atores, com seus interesses, cada um deles com controle diferenciado de recursos e, por outro, pela existência de certas regulações ou regras externas ao campo que, de alguma forma, configuram a possibilidade dos atores atuarem com mais ou menos liberdade. O campo é atravessado por "regulações" anteriores à regulação pretendida pela ANS, que, na sua missão regulatória, há que considerar tais características, inclusive para procurar ter mais claros os limites e as possibilidades da sua tarefa. O que se apresenta, na seqüência, é um esforço de sistematização das principais estratégias que as operadoras de planos de saúde têm desenvolvido (ou apresentam tendência a desenvolver), visando disciplinar

o campo, em particular as "microestratégias" que desenvolvem junto aos prestadores hospitalares e/ou junto aos médicos em seus consultórios. A **Figura 6** é uma apresentação sintética das estratégias microrregulatórias e os seus "dispositivos de operação", isto é, a materialidade que essas estratégias assumem no disciplinamento dos demais atores do campo. Na seqüência, é feito um aprofundamento dos dados apresentados de forma sintética na tabela.

Figura 6 - Principais estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde no processo microrregulatório e seus "dispositivos de operação".

Estratégias microrregulatórias	Dispositivos de operação
1 - Direcionamento da clientela para prestadores preferenciais	Construção de sub-redes/segmentação dos planos em função de prestadores; Negociação de "pacotes" com prestadores hospitalares preferenciais, associando custos mais baixos a maior volume de direcionamento de pacientes; Hierarquização de encaminhamentos para prestadores individuais a partir da utilização de "padrões de custos".
2 - Controle/disciplinamento da prática dos médicos em seus consultórios	Credenciamento criterioso dos médicos em seus consultórios a partir de critérios "mercadológicos" bem definidos pela operadora; Acompanhamento da "performance" do médico a partir de uma perspectiva econômica ("matriz de desempenho", "meta referencial", "custo agregado"); Adoção de protocolos; A necessidade de autorização prévia/auditoria para exames complexos e/ou de maior custo; A necessidade de autorização prévia/auditoria para internações e cirurgias eletivas.
3 - Controle/disciplinamento das práticas da rede hospitalar contratada.	Auditorias nos hospitais; Sistema de classificação dos hospitais para fins de credenciamento; Negociação de "pacotes" com prestadores hospitalares preferenciais, associando custos mais baixos a maior volume de direcionamento de pacientes; Glosas; Intermediação na compra de órteses e próteses; Imposição de tabelas de medicamentos.
4 - Controle do consumo excessivo do "sistema" por parte dos usuários	Acompanhamento da utilização dos serviços, por cada usuário, mês a mês; Co-pagamento/ franquia; <i>Case management</i> ; Programas de prevenção e promoção.

As quatro estratégias microrregulatórias apresentadas na **Figura 6** são aquelas mais comumente trabalhadas em praticamente todos os segmentos. São elas que permitem uma comparabilidade entre as operadoras estudadas. Pode-se afirmar, preliminarmente, que o direcionamento seria uma espécie de diretriz-síntese, na medida em que as demais estratégias, de uma forma ou de outra, contribuem para o seu sucesso.

O direcionamento da clientela para prestadores

De uma maneira geral, podemos afirmar que o direcionamento da clientela se constitui em uma estratégia microrregulatória de grande importância para todas as operadoras, seja pelos "dispositivos de operação" já efetivamente em uso, seja pela intenção de implantá-los a curto prazo. O direcionamento da clientela para prestadores individuais poderia ser considerado como uma "estratégia-síntese", na medida em que, pelo menos parte de todas as outras estratégias de disciplinamento/controle, tanto dos médicos em seus consultórios, como dos prestadores hospitalares e mesmo do uso do sistema pelos beneficiários dos planos contribuiriam, de alguma forma, para ela. O direcionamento da clientela, a partir dos seus múltiplos dispositivos de operação, assume vital importância para as operadoras não só por ser um mecanismo poderoso de controle de custos, aumento dos lucros e/ou viabilização financeira das empresas, como pela possibilidade de ser feito com bastante liberdade dentro das "regras do mercado", fora do alcance, pelo menos por ora, de qualquer política regulatória por um ente externo, como no caso da ANS. Ela permite uma margem de manobra operacional para as operadoras no sentido de sua viabilização financeira frente às novas exigências colocadas pelo processo regulatório. Há uma gradação no modo como as operadoras têm conseguido trabalhar com o direcionamento, em função de algumas características, em particular a existência (ou não) de rede própria e das características jurídicas da operadora. Do grupo de operadoras estudadas, as duas empresas de medicina de grupo se destacam pela utilização plena do direcionamento, como o eixo de sua política microrregulatória. Para o direcionamento, essas operadoras utilizam mais de um dispositivo de operação, "aplicados" tanto para o prestador médico no consultório, como para o prestador hospitalar. No caso do médico em seu consultório, o principal instrumento utilizado para o direcionamento é a "matriz de desempenho" de cada profissional, que alimenta, diretamente, os processos informatizados de direcionamento dos pacientes no *Call Center*. A "matriz de desempenho" mede o grau de

solicitação de exames/procedimentos por médico, permitindo a comparação do seu "custo agregado", tanto com os profissionais da mesma especialidade, como com o conjunto dos médicos. Com pequenas variações e nomes diferentes, é um mesmo dispositivo operado por praticamente todas as operadoras como estratégia de disciplinamento/controle da prática do médico e, no caso de algumas empresas, como poderoso instrumento para orientar o direcionamento.

Se, no caso das empresas de medicina de grupo, tal mecanismo é explicitamente assumido pelos dirigentes, nas demais operadoras as práticas de direcionamento para prestadores individuais é menos evidente, pelo menos a partir das entrevistas dos dirigentes. Na autogestão estudada, o tema do direcionamento aparece com a discussão do tema da "hierarquização" do acesso, a partir da constatação de que "hoje a porteira está aberta" (do acesso indiscriminado), como afirmou seu gerente da área de relacionamento com o mercado. O direcionamento, no caso, seria - sob a alegação de se conseguir encaminhar os pacientes para os níveis de complexidade tecnológico adequados - conseguir enfrentar o direcionamento feito pelos médicos e a procura desordenada dos pacientes para hospitais de alta complexidade (com grande poder de sedução e captação de clientela por conta de um competente "*marketing* institucional", segundo o diretor), que resulta em maiores custos operacionais. Esta é uma típica estratégia de direcionamento/controle dos médicos, que em boa medida detêm o poder de encaminhar pacientes para estabelecimentos hospitalares de seu interesse, onde mantêm vínculos empregatícios ou têm contatos pessoais.

Uma das cooperativas estudadas tem avançado na experimentação de "dispositivos de operação" que apontam para o crescente direcionamento da clientela como instrumento de racionalização de uso do sistema e contenção de despesas, em particular através da subsegmentação de planos e da construção de sub-redes correspondentes. Exemplo disso é a constituição de ambulatorios próprios, operando com médicos nas quatro grandes especialidades básicas (gineco-obstetrícia, cirurgia, clínica e pediatria), que funcionam como verdadeiros triadores e direcionadores de clientela, em um dos seus planos mais "populares".

O direcionamento nas seguradoras, apesar de não ser reconhecido por seus dirigentes, ocorre na fase da constituição de sub-redes que podem ser acessadas nos vários tipos de planos. Os planos se diferenciam de acordo

com a rede de prestadores. Ao adquirir um plano, o segurado estará vinculado a certas redes de prestadores, às quais acabará sendo direcionado. Se ele se utilizar de algum serviço fora da sua rede contratada (o que ele, em princípio, pode fazer por meio do ressarcimento que a seguradora garante), ele terá que arcar, em um primeiro momento e com recursos próprios, com o pagamento das despesas hospitalares, o que pouca gente pode fazer hoje. Então, ao escolher um hospital que faz parte da sua rede contratada, quem paga a fatura é, diretamente, a operadora do plano. A conformação de redes e seu gerenciamento estão no cerne da comercialização de produtos, no âmbito da assistência supletiva, para o que a microrregulação é absolutamente fundamental.

Os médicos ainda disputam o processo de direcionamento dos pacientes com as operadoras, fazendo uma verdadeira "transversalidade" dentro do sistema e influenciando de maneira importante o fluxo dos pacientes. Ocorre que o direcionamento feito pelos médicos nem sempre corresponde à lógica racionalizadora e de contenção de custos pretendida pela operadora. Uma das cooperativas médicas estudadas parece ser a que menos pratica, pelo menos enquanto operadora, o direcionamento, inclusive em menor medida que as próprias seguradoras que, por definição e história, seriam as menos direcionadoras.

Disciplinamento e controle da prática dos médicos em seus consultórios

Essa é uma estratégia que merece atenção de todos os dirigentes entrevistados e se apresenta como vital no processo de racionalização das operadoras. As características de autonomia da prática dos médicos parecem resistir, de todas as formas, à crescente racionalização das organizações hospitalares (CARAPINHEIRO, 1998). O esforço para compreender a gênese histórica e as características do trabalho médico tem sido tema de trabalho de autores da Saúde Coletiva brasileira (CAMPOS, 1988; DONNANGELO, 1975; GONÇALVES, 1979; SCHRAIBER, 1993). No âmbito do presente estudo, importa verificar o quanto tal autonomia tem sido tomada como alvo de estratégias de disciplinamento e controle, mais ou menos bem sucedidas, mas bastante semelhantes, por parte das várias operadoras, sem exceção, no seu esforço microrregulatório. A racionalidade da prática médica parece caminhar na contra-mão da racionalidade econômica pretendida pelas operadoras. Aqui, a importância do uso da informação como ferramenta gerencial é ainda mais evidente. Um dos "dispositivos de operação" mais

usados, de forma quase universal pelas operadoras para o disciplinamento do médico é a criação de indicadores que revelem a relação entre o número de exames/procedimentos solicitados por cada profissional em relação às consultas que realizou em determinado período. A preocupação aqui é com a caracterização da utilização considerada "exagerada" em relação a um certo padrão de consumo que vai sendo estabelecido para cada uma das especialidades e/ou para a média dos médicos. Os instrumentos utilizados pelas operadoras variam no nome ("meta referencial" ou "matriz de desempenho"), mas cumprem a mesma finalidade: penetrar no cerne da prática médica, lançando um olhar vigilante em um território historicamente fechado para qualquer controle externo. Essa "invasão" consegue atingir, de um só golpe, dois pontos cruciais no debate sobre o destino da Medicina, como INSTITUIÇÃO, no futuro próximo. O primeiro, o quanto será possível preservar a autonomia do médico nos moldes em que foi construída como prática social ou, dito de outra maneira, o quanto será possível submeter a prática médica a crescentes mecanismos de controles externos, sem descaracterizar sua essência como prática social singular. O outro, sobre o caráter fetichizado da prática médica, em particular a sua enorme dependência à produção de procedimentos como forma de legitimação social (ACIOLE, 2003).

Os desdobramentos dessa prática de controle da produção médica são vários. Uma das cooperativas médicas já trabalha com o conceito de "consulta bonificada", isto é, paga mais para o médico que gasta menos com exames/procedimentos. Interessante que a operadora considere que o instrumento continua sendo aperfeiçoado na medida em que vai ocorrendo seu refinamento como instrumento de controle, quando, por exemplo, passa a "descontar" do cálculo de exames solicitados aqueles ligados à promoção, tais como PSA, TSH e outros. Considerando, como veremos, que as mudanças no modelo assistencial fazem parte da política microrregulatória, esse refinamento poderia ser visto como o sinergismo de duas políticas microrregulatórias, mas sempre uma estratégia de disciplinamento e controle do trabalho médico no seu consultório.

Vemos, também, uma ousada estratégia de "compartilhamento de riscos", tipicamente adotada nas práticas de *managed care* e, ironia máxima, experimentada em uma operadora do tipo "cooperativa médica". cremos que são importantes os desdobramentos nos campos prático e simbólico desse tipo de medida.

A outra cooperativa estudada acaba de adotar o trabalho com "metas referenciais" que, embora não se traduza numa postura mais radical como a adotada por sua congênera, tem o evidente papel de experimentar algum avanço sobre a hoje incontrolável prática dos médicos. Como é reconhecido por vários autores que se ocupam da teoria das organizações, "quem avalia tem poder" (HALL, 1984). As empresas de medicina de grupo estão bem mais avançadas nesse aspecto de controle. Numa delas, a construção de "matriz de desempenho" de cada médico vai alimentar diretamente a operação do *Call Center* e resulta em um claro processo de direcionamento para os profissionais "com melhor desempenho", isto é, que acrescentam menos custos à administração da operadora. Mecanismos de controle que impactam diretamente na dinâmica de cada consultório médico, em particular na maior ou menor clientela que consegue captar. Vemos aqui a articulação e potencialização de dois "dispositivos de operação" que resultam em maior possibilidade de controle das operadoras sobre a prática médica. Em graus diferentes, todas as operadoras utilizam-se dessa prática para disciplinamento da prática médica, com exceção das seguradoras que, segundo seus dirigentes, não adotam nenhuma prática de direcionamento. Outro aspecto que chama atenção é que todas as operadoras reconhecem que os dados que emergem desses indicadores da produtividade médica são utilizados, no mínimo, para advertências, mais claras ou mais veladas, mas que essa atribuição é sempre de médicos, isto é, a advertência é sempre feita "entre colegas". No caso das empresas de medicina de grupo, existe a figura quase inquisidora do "médico visitante", que visa sempre ao disciplinamento e controle da prática médica. Não deixa de ser interessante observar como certos rituais da "ética médica" clássica, da relação cuidadosa e regulamentada entre pares é mantida, mas agora com novas funções.

Em ambas as cooperativas estudadas, os "comitês de especialistas" são adotados como instrumento de disciplinamento da prática médica, no que se refere ao controle da incorporação tecnológica, aliás, uma preocupação comum a todos os dirigentes, por ser área ainda não bem regulamentada e fonte de freqüentes conflitos com os usuários. Os dirigentes de uma das empresas de medicina de grupo fazem referência à incorporação de "notáveis" para ajudar na difícil tarefa de "enquadramento" dos médicos em relação à observância de protocolos orientadores de conduta. Há uma evidente preocupação de legitimação de tais comitês junto à corporação médica, que sempre incluem o presidente da sociedade de especialistas correspondente e que opinam sobre o que é ou não conhecimento científico já consolidado

e suas condições de aplicabilidade, passando a valer como regra para as indicações médicas. O comitê de especialistas realiza definição técnica, que é referendada pelo Conselho de Administração e transformada em norma institucional.

As operadoras que, aparentemente, se utilizam menos de mecanismos de controle dos médicos seriam as seguradoras, até por sua característica de livre escolha do paciente. No entanto, há indicações nas falas dos dirigentes entrevistados de que elas também estão desenvolvendo mecanismos de avaliação da prática médica. Como explicitamente reconhecido por um dirigente de uma das seguradoras:

Nós temos aqui um sistema auditor, que é também muito parrudo, baseado em tecnologia da IBM, que é relativamente uma coisa bem simples, mas eu acho que só nós é que temos. É um sistema que se baseia em média de especialidades, de acordo com alguns parâmetros internacionais e do Brasil. A gente sabe quantos procedimentos naquela especialidade, média, pacientes etc. Regularmente nós cruzamos as informações das médias dos nossos referenciados com situações particulares para diferenciar. Então, chamamos tal pessoa para conversar, perguntamos como você está fazendo, aqui tais e tais exames estão sendo repetidos nessa população que não precisa de tais e tais exames...

Como se vê, muito parecido com a lógica de "meta referencial" ou a "matriz de desempenho" e demais indicadores usados por todas as operadoras estudadas.

Outra estratégia de disciplinamento da prática médica refere-se à criação de serviços próprios, nos quais as operadoras têm mais possibilidade de exercer um controle cerrado sobre cada profissional. Bom exemplo disso é uma das cooperativas médicas que, em um dos seus planos, adota serviços próprios, com médicos nas especialidades básicas e que funcionam como triadores para uma rede de prestadores bem restrita. Espera-se dos médicos, nesses serviços próprios, um determinado grau de resolutividade, medido em termos de percentuais de encaminhamentos e monitoramentos. Processo semelhante é vivido pela autogestão estudada, quando cria seus serviços próprios e se utiliza de médicos triadores, em condições semelhantes.

A utilização de perícia médica realizada, de uma maneira geral, no próprio prédio da operadora, por especialista, para a autorização de determinados procedimentos ou cirurgias do mais alto custo, constitui-se em freqüente

dispositivo de disciplinamento da prática médica, além da necessidade de autorização prévia para todos os exames/procedimentos considerados de alto custo. A prática da autorização prévia para determinados grupos de exames mais complexos e/ou mais caros é comum a todas as operadoras pesquisadas, sem exceção. A autorização prévia tem sempre dois componentes: uma avaliação mais do tipo "administrativa", que, em resumo, está focada na elegibilidade do usuário, e outra, com um componente mais técnico, através do qual a indicação do médico passa pelo crivo técnico de um especialista. Ou seja, nenhum médico, de nenhuma operadora dispõe de autonomia plena, quando se trata de indicar procedimentos que onerem a operadora.

Por fim, é possível dizer que uma das cooperativas médicas estudadas tem adotado, mais claramente, princípios do *managed care*, que poderiam ser resumidos em uma idéia central, qual seja, a do compartilhamento dos riscos. Os médicos têm sido o alvo preferencial de tais estratégias. Para além das medidas já apontadas (consulta bonificada, médicos triadores em seus serviços próprios), é importante lembrar a prática recente adotada, juntos aos pediatras, de "pacotes de acompanhamento ambulatorial". As duas Unimeds também apostam, de maneira crescente, na adoção de protocolos, sempre a partir da idéia da "medicina baseada em evidência", começando pelas áreas de alta incorporação tecnológica (e de alto custo), como por exemplo, a oncologia e as cirurgias cardíacas.

Os vários dispositivos de disciplinamento da prática médica utilizados por todas as operadoras consistem em: **protocolo** - o conjunto de procedimentos, indicações, intervenções, cuidados baseados nos consensos científicos, que vão orientar a prática médica. A oncologia, por seus altos custos, é uma área que tem sido, tipicamente, objeto de protocolização nas várias operadoras; **auditoria** - tem o duplo caráter de verificação da correção dos procedimentos indicados e/ou realizados pelos médicos (feita pelo médico auditor), bem como a parte administrativa, no que diz respeito ao uso de materiais e medicamentos de acordo com normas estabelecidas (feita mais pelo enfermeiro auditor); **perícia** - é a avaliação direta do paciente por um médico, de preferência especialista, para verificar a adequação da indicação de determinado procedimento por outro médico, nem sempre baseada em protocolos como no caso da oncologia, mas no saber e na especialização do auditor; **as autorizações prévias** - feitas de forma bem estruturada, por funcionários bem treinados, sem passar por perícia e são baseadas em regras bem

estabelecidas que dizem respeito ao direito (ou não) do uso de certos procedimentos, com que periodicidade e outros.

Controle e disciplinamento das práticas da rede hospitalar contratada

Todas as operadoras, em graus diferenciados, por meio de variados "dispositivos operatórios", têm buscado interferir no mundo do hospital, visando à redução de seus custos operacionais. Aqui, também, há o desenvolvimento de complexos processos de informatização e mecanismos de controle para o rigoroso acompanhamento dos gastos hospitalares, boa parte deles automatizada. Na verdade, o momento de auditoria é apenas um dos instrumentos de controle das contas hospitalares e, não, "o" instrumento de controle.

Para a microrregulação das relações com a rede hospitalar contratada, é montada uma verdadeira rede de controle, composta por etapas minuciosamente articuladas entre si: negociação de gabaritos (estabelecimento de valores de pacotes e sua composição tecnológica) e a assinatura de contratos (que, como veremos, não são sempre tão claros e sem ambigüidades. No momento da pesquisa, a Resolução Normativa n.º 42, de 04 de julho de 2003 - que estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares - havia sido criada fazia pouco tempo e as operadoras e prestadores ainda estavam dentro do prazo de 180 dias concedidos para a sua adoção); a passagem das contas por verdadeiros "filtros" que captam qualquer irregularidade em relação ao contratado (exemplo, o lançamento, na fatura, de preços de medicamentos que não sejam genéricos, de acordo com o contrato); a auditoria propriamente dita e, finalmente, a revisão das contas para pagamento pelo financeiro. Com variações, essas complexas redes de controle são utilizadas por todas as operadoras.

Outra prática de disciplinamento dos prestadores hospitalares é a presença de auditores permanentes nos hospitais com maior movimentação e de auditoria ocasional nos hospitais com menos movimento para a operadora. O interessante é que as operadoras se utilizam, cada vez mais, de equipes multiprofissionais de auditores que incluem, necessariamente, enfermeiros e, freqüentemente, farmacêuticos, para aumentar o poder de controle.

As duas cooperativas médicas têm, em comum, avançado na regulação de suas relações com os prestadores hospitalares, em particular pela adoção de instrumentos tipicamente de acreditação (inspirados nas proposições da ONA - Organização Nacional de Acreditação) para classificar os hospitais em distintos níveis de qualidade, com impacto direto no estabelecimento das tabelas de pagamento. Da mesma forma, as duas operadoras em estudo têm interferido diretamente na composição dos custos finais da internação, através da valorização dos componentes mais "tradicionais" dos custos hospitalares (e, em princípio, sujeitos a medidas de controle e racionalização por parte da direção dos hospitais), tais como as taxas e diárias e forçando a adoção de tabelas de preço de medicamentos com valores mais baixos do que os impostos pelo *lobby* das indústrias farmacêuticas. Ambas as cooperativas também têm avançado nos processos de compra em larga escala para o suprimento dos hospitais contratados, dentro de uma lógica de "economia de escala". Uma delas tem outro "avanço" racionalizador em relação à sua congênera: está operando três hospitais próprios para ter "condição de estabelecer padrão de custos" e, segundo o seu diretor, para "regular o mercado".

Mesmo as seguradoras que em geral não dispõem de rede própria acabam reconhecendo um papel disciplinador junto aos prestadores hospitalares, como reconhece o dirigente de uma delas:

Esse preço só cabe no Executivo, se couber no Especial e a gente conversa isso com os hospitais; se você quiser atender um volume maior de segurados, se der uma redução de preço... aí é uma negociação comercial mesmo... negociação de preço, de volume. É um mercado que varia conforme o interesse de remuneração de cada um. É o poder de negociação de cada um.

Por esse tipo de afirmação, é possível reforçarmos a idéia de que todas as operadoras, sem exceção, estão operando mecanismos de direcionamento dentro de uma lógica fundamentalmente econômica e como espaço de manobra importante fora da regulamentação da ANS.

Controle/disciplinamento da utilização do sistema por parte do usuário

Moral hazard e **seleção adversa** são os dois conceitos centrais a serem considerados na análise das estratégias de disciplinamento e controle da utilização dos benefícios previstos nos vários tipos de planos. Pelo primeiro, é reconhecida a tendência de um maior consumo, muitas vezes

desnecessário, de consultas médicas e procedimentos, por parte dos beneficiários, a partir de uma lógica que poderia ser resumida pela idéia: "já que estou pagando, vou usar". Uma espécie de "perversão" da tendência ao consumo que, afinal, resultaria em gastos crescentes para as operadoras. Um movimento de difícil controle, na medida em que é anônimo e se potencializa a partir de incontáveis estratégias individuais. Por outro lado, a seleção adversa diz respeito ao fato de as pessoas com mais problemas de saúde terem tendência maior a buscar uma proteção por meio de um plano de saúde, tendência contrária dos que, sendo jovens ou não, vendo-se com problemas de saúde, não valorizariam ou se disporem a pagar muito por um plano de saúde, pelo menos como prioridade de gasto. Como resultado, os planos teriam uma tendência a captarem uma clientela com consumo superior a um determinado padrão de consumo. São, ambos, dois fenômenos altamente desfavoráveis à lógica de contenção de custos e/ou ampliação dos lucros das operadoras que atuam na lógica de mercado. São considerados como "imperfeições do mercado". Todos os dirigentes entrevistados, em alguma medida, fizeram referência ao fato e apontaram algum "dispositivo de operação" para o seu enfrentamento.

O dispositivo disciplinador mais evidente e reconhecido por todos os entrevistados é a utilização de "fatores moderadores do consumo", muito em particular a **co-participação** do beneficiário no custeio de suas despesas e, em situações mais raras, o pagamento de alguma franquia. Pelo que se pode apreender pelas entrevistas, a co-participação é um dispositivo de controle utilizado, principalmente nos planos empresariais ou coletivos e resulta de uma negociação direta da empresa contratante do plano com seus funcionários. Como afirmou um dirigente de uma das seguradoras:

(...) o seguro individual não tem franquia, nem co-participação, nós não trabalhamos com esse tipo de medida. No empresarial, é uma opção da empresa que às vezes a gente nem conhece. Eles fazem internamente a participação. A gente oferece os dados para gerenciamento deles, eles vão e fazem a co-participação.

Já para um dirigente de uma das empresas de medicina de grupo,

nós usamos a co-participação, sim. No passado, ela era usada muito raramente. Hoje, existe especialmente em planos empresariais. Algumas empresas aceitam a possibilidade de introduzir a co-participação. Mais recentemente, algumas empresas vêm até pedindo que isso seja feito, porque elas vêm a possibilidade de eventualmente terem uma taxa de manutenção mais baixa.

Para um dirigente de outra medicina de grupo, a co-participação não é considerada como estratégia significativa de disciplinamento do uso dos serviços pelos usuários. De fato, as entrevistas e os dados coletados não permitem informar o peso que a co-participação teria no custeio dos vários planos e qual o seu provável impacto como fator de disciplinamento de uso. Na experiência norte-americana, o co-pagamento é utilizado amplamente como importante fator moderador de consumo.

Mesmo para dirigentes de uma operadora sem fim lucrativo, como a autogestão, "o acesso desordenado, o excesso de acesso, o *personal doctor*, o uso abusivo" são problemas a serem enfrentados. Aparentemente, o fato de haver um co-pagamento de 30% dos valores não tem reduzido tal "consumo excessivo", que chegaria a ser o dobro das demais operadoras, segundo o dirigente. Então, várias operadoras têm buscado desenvolver estratégias de maior vinculação dos pacientes a profissionais ou equipes, na perspectiva de funcionarem como potentes mecanismos microrregulatórios, com força suficiente para se contrapor, pelo menos parcialmente, à lógica hegemônica da atividade médica e à prática corrente das pessoas de quererem sempre mais uma opinião, procurarem o especialista diretamente e o uso abusivo de certos serviços, como fazer *check-up*, aliados à má gestão da rede de serviços que resultaria no "efeito pingue-pongue", isto é, um profissional jogar para o outro, sem resolver o problema.

O uso "abusivo" de consultas e procedimentos pode ser visto como o problema central a ser enfrentado por uma das cooperativas estudadas que, hoje, produz 220 mil consultas/mês, que, num universo de 450 mil usuários, significa uma taxa de utilização de 50%. São produzidas sete (7) consultas usuários/ano e cada consulta médica gera, em média, 2,5 exames complementares. Essa cooperativa ainda trabalha como um "sistema aberto", ou seja, os usuários acessam, quase sem restrições, uma ampla rede de especialistas e exames.

A co-participação é uma estratégia de disciplinamento do consumo, que tem sido complementada, de forma cada vez mais importante, por outras estratégias que visam impactar, diretamente, na forma como é organizada a assistência e, afinal de contas, no modo como os beneficiários circulam na(s) rede(s) de serviço e consomem os "produtos" disponíveis para ir compondo o seu cuidado. Os avanços relatados pelos dirigentes das duas empresas de medicina de grupo estudadas, no modo como estão

experimentando a organização do cuidado para grupos crescentes de usuários, mostram o quanto tem se acumulado no sentido de uma verdadeira transição tecnológica (MERHY, 2002) no setor suplementar. Tal transição está centrada na busca da gestão do cuidado de grupos de pacientes prioritários, entre outras coisas, porque eles custam muito para a operadora e, não menos importante, porque há tecnologias de organização do cuidado altamente impactantes sobre certos tipos de patologias muito freqüentes, que são de implementação razoavelmente fácil na rede de serviços em geral ou em alguns serviços criados para tanto.

Fazer a gestão do cuidado significa, de forma simplificada, reconhecer, adscrever/direcionar, acompanhar, monitorar determinados grupos de pacientes, por meio de um trabalho necessariamente multiprofissional, vinculante (fidelizante, como dizem os dirigentes), com forte ênfase na construção da autonomia dos pacientes e na adoção de medidas de promoção da saúde.

Esses "ensaios de transição tecnológica" estão muito vinculados a estratégias de microrregulação, tanto do disciplinamento do uso do sistema pelos usuários, como de controle da prática médica. Tais modificações no modo de se organizar a atenção, embora ainda não se constituam num contraponto efetivo ao modelo médico hegemônico, assumem uma presença cada vez mais importante nas estratégias microrregulatórias das operadoras. Para dar uma dimensão da importância dessas formas alternativas de cuidado, basta lembrar a informação de um dirigente de uma das empresas de medicina de grupo de que haveria cerca de 12 mil acompanhados em programas tipo *case management*, que funciona há seis anos, em

um centro, um andar inteiro de prédio, todo informatizado. Tem todo um sistema de elegibilidade desses pacientes, tem um sistema de captação desses clientes que é feito a partir da informática, a partir do atendimento em prontos-socorros próprios, a partir da identificação de CIDs.

Essas estratégias **microrregulatórias**, centradas na construção de vínculo e responsabilização do "sistema" por conjuntos de usuários, se somam às estratégias reguladoras centradas no controle da indicação por parte do médico, do que seria considerado como "excesso" de solicitação de exames ou de encaminhamentos para especialistas.

Mesmo o dirigente de uma seguradora, uma operadora que, por suas características faria menos "gestão de rede", cumprindo um papel muito mais de garantia de consumo de serviços a partir da livre demanda dos seus beneficiários, se ocupa do tema da transição tecnológica. Como disse um dos seus dirigentes:

(...) eu vejo uma tendência do mercado de olhar para o doente de maior demanda de serviço e oferecer para ele um programa, não um programa de não acesso, **mas um programa de acesso**. Eu vi nos EUA um programa com diabetes, um grupo de 1% de uma determinada população que consumia 10% das despesas daquele grupo, se tratando no processo normal, isto é, sem um programa de acesso, sem direcionamento, sem acompanhamento. Na medida em que você adota um programa e oferece um *upgrade* de prestadores de serviços com uma responsabilidade de monitoramento, eles passaram a representar 3% do custo. Só que depois, você começa a analisar, eles ganham mais de 10% de tempo de vida, voltaram a trabalhar. É uma série de coisas que o seguro de vida não cabe nessa estatística (...)

Interessante comparar a fala do dirigente de uma seguradora com as declarações de um dirigente de uma cooperativa médica. Apesar de serem, em princípio, operadoras que atuariam de acordo com lógicas muito diferentes, vejamos como o diretor da cooperativa médica se expressa sobre a transição tecnológica desejada, embora ainda só como um projeto de mudanças futuras:

(...) você sabe que a lógica da estrutura dos planos de saúde, quando surgiram na década de 50 (sic), a lógica da utilização era a da não-utilização. O modelo de adoecimento era das doenças infecto-contagiosas. A lógica da utilização, hoje, das doenças crônico-degenerativas é a da utilização inteligente dos recursos através da prevenção secundária, impedindo principalmente as complicações no curto espaço de tempo (...). Não posso mais falar de medicina preventiva como eu falava antes. O diabético precisa visitar seu neurologista, se preocupar com seu pé, se preocupar com sua medicação, ou seja, ele tem que consumir. (...) Temos que preparar a estrutura da operadora para o consumo inteligente e não para o não-consumo. Estava tudo organizado para o não-consumo. Eu até dava bônus para quem não consumia. O uso inteligente é o que protege realmente as pessoas. Estamos migrando para o uso inteligente, onde a medicina preventiva faz parte (...). Esse negócio de ficar dando aulas sobre as doenças não funciona. Precisamos é ter programas eficazes de controle da hipertensão arterial, do diabetes, do colesterol alto, da detecção precoce do controle de mama, do câncer vaginal.... Vamos fazer aquilo que é preciso ser feito. Essa área voltou para essa diretoria para formatar isso em linguagem comercial. Para poder dizer ao empresário e ao comprador

do plano: vamos gastar menos e ter mais saúde. Ainda estamos trabalhando de forma tradicional. Esse negócio de só ficar fazendo palestra não resolve nada. Mas ainda não temos ferramentas gerenciais para operar dessa nova forma.

Impressiona a convergência das preocupações e das formulações para os problemas ligados à necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de disciplinamento de consumo, o que reforça a idéia da constituição de verdadeiros "campos organizacionais" no setor suplementar de saúde, hoje, em particular a hipótese de que as operadoras estariam cada vez mais semelhantes entre si. Autores reconhecem que haveria "práticas organizacionais cada vez mais homogêneas, ou isomórficas (constituindo um "campo organizacional), diminuindo a variedade e a instabilidade dos arranjos organizacionais a cada momento (...) Diante de um mesmo contexto legal, econômico ou político e pressões formais e informais exercidos pelo Estado ou pela indústria, as organizações adotam estratégias similares, o que caracteriza o isomorfismo coercitivo" (FONSECA, 2003).

Outro dispositivo de operação para controle da utilização da rede pelos usuários é a elaboração de relatórios de acompanhamento da utilização de serviços pelos beneficiários dos planos. Alguns dos dirigentes fizeram referência a esse tipo de dispositivo. Um dirigente de uma das empresas de medicina de grupo, por exemplo, informou que é esse tipo de monitoramento do uso dos serviços pelos clientes que permite a captura de clientela para os programas de *case management*. Um dirigente de umas das seguradoras reconheceu que o acompanhamento da utilização dos serviços, por parte dos usuários, faz parte dos cálculos finais de custo, dentro de uma perspectiva tipicamente atuarial.

O conjunto das informações que emergiu das entrevistas realizadas com os dirigentes das operadoras estudadas parece permitir o reconhecimento de certas tendências à "normalidade". Trabalhamos, aqui, com o conceito desenvolvido por Edoardo Grendi, e citado por Jacques Ravel, de "excepcional normal", que significa que ao limitar o campo de observação, fazemos surgir dados não apenas mais números, mais finos, mas que, além disso, se organizam segundo configurações inéditas e fazem aparecer uma nova cartografia social" (REVEL, 1998).

Sempre fazendo a ressalva de que não temos ou podemos ter a pretensão de fazer inferências a partir do material recolhido para o universo das cerca de 1.700 operadoras em atuação no Brasil, hoje, cremos que foi possível ir encontrando certas regularidades, certos vetores de tendência que parecem sinalizar os temas centrais que estão sendo enfrentados, debatidos, pensados no campo da microrregulação do setor suplementar. Como já afirmamos anteriormente, não perdemos a perspectiva de que os achados dessa investigação possam, de alguma forma, subsidiar a política reguladora da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parece-nos possível, também, afirmar que há semelhanças importantes entre as tendências observadas entre as operadoras de planos de saúde no Brasil e a experiência do *managed care* conduzida nos EUA e na Argentina. Todas as operadoras manifestam haver incorporado mecanismos típicos do *managed care*, chamando a atenção o amplo uso dos termos em inglês que os entrevistados fazem. Em geral, as entrevistas deixam evidente como as operadoras brasileiras estão se utilizando de vários dos mecanismos empregados pelas empresas norte-americanas para controlar os custos: incentivos por meio do valor da consulta para os médicos que limitam a solicitação de exames; maior direcionamento aos prestadores que agregam menos valor à consulta porque solicitam menos exames e encaminham menos; transferência do risco para os prestadores pelo uso de pacotes ambulatoriais e de internação; estabelecimento de protocolos, em especial no caso das patologias mais caras; *case management* para as patologias mais caras; *home care* e internação domiciliar para diminuir internações em hospitais, detecção de usuários de alto risco e portadores de patologias consumidoras de recursos e oferecimento de programas de promoção e prevenção; uso de serviços próprios, nos quais o controle é mais direto sobre o atendimento de emergências aos pacientes crônicos e de alto risco e a utilização da medicina baseada em evidências para a definição de protocolos. O único elemento que não foi referido diretamente pelos dirigentes das operadoras estudadas são os denominados contratos de risco compartilhado através da capitação, isso é, negociar com os prestadores uma soma fixa para determinados níveis de atenção para um determinado número de pacientes.

Estaríamos, portanto, diante de uma tendência de "isomorfismo" das operadoras, em função da atuação de "instituições" externas que acabariam tendo grande poder de modelagem organizacional, em particular a ação regulatória estatal da ANS, a Medicina e sua articulação com o complexo médico-industrial e as regras do mercado. Três "instituições" que, atravessando as operadoras, parecem anular ou minimizar suas histórias e formas tão diferenciadas de origem e objetivos, tornando-as cada vez mais homogêneas entre si.

Essa tendência ao isomorfismo tem implicações importantes para além da mera constatação descritiva do fenômeno. Por exemplo, a cooperativa médica, ao adotar medidas que a aproximam da 'normalidade' organizacional do campo, pode ficar prisioneira de um conflito: afinal, trata-se de uma empresa criada para estimular e defender a liberdade de ação do mercado, vítima da expropriação dos atravessadores; este não é um conflito simples, afinal ser cooperativa médica, feita por médicos e para os médicos, a joga diretamente na defesa dessa bandeira; no entanto sua sobrevivência no mercado impõe a adoção de mecanismos regulatórios, ou estratégias, o que a deixa mais próxima do pólo 'empresa' do que do pólo 'cooperativa'.

É interessante chamar a atenção como todos os dirigentes das operadoras, de uma forma ou de outra, por esta ou aquela razão, demandam uma ação regulatória diferenciada por parte da ANS, que leve em conta suas características e dinâmicas próprias. Algo como se o tratamento igual acabasse prejudicando todas as operadoras. A operadora que vai mais longe, nesse sentido, é a autogestão, que chega a propor uma legislação complementar à Lei nº 9.656/98 para o segmento.

Um dos dirigentes de uma das seguradoras, demandando por uma ação regulatória diferenciada, faz alusão ao tratamento desigual praticado pela Agência em relação às seguradoras, a quem deverão ser exigidas reservas financeiras de solvência (conforme regulamentação final de reservas, que está para ser aprovada), enquanto as operadoras com serviço próprio podem usar seus recursos patrimoniais (as próprias instalações físicas, por exemplo) como garantia de reserva, o que é considerado injusto pelo alto ônus que isso representa para as seguradoras. Inversamente, faz referência ao tratamento nivelado que a Agência dá a todas as empresas do mercado no

que diz respeito à aprovação das variações de custo, que, segundo ele, nas seguradoras é mais alto do que nas operadoras, em função, não de problemas de má gestão, mas sim de aumento da utilização de serviços, da incorporação de novos procedimentos ao Rol, e do custo intrinsecamente mais alto das seguradoras. Assim, pleiteiam tratamento diferenciado, com a justificativa de que seu preço final é maior pelo alto custo que representa toda a estrutura mais onerosa da seguradora, em função de não terem rede própria, sendo todo o serviço terceirizado, o que inviabiliza a possibilidade de interferir na conduta médica (de que eles próprios se abstêm); as coberturas serem maiores e serem obrigados a dar garantias financeiras à ANS. Assim, de uma certa maneira, o hibridismo das seguradoras, com um braço no ramo de seguros e outro no mercado de planos, permite-lhes transitar nos dois campos com níveis de argumentação que favoreça a ambas as condições.

O tema da "regulação homogênea" é um tema a ser considerado pela ANS à luz das experiências dos Estados Unidos, onde, durante as décadas de 80 e 90, as empresas sem fins lucrativos, que eram a maioria nos anos 70 e começo dos 80, foram desaparecendo, seja porque se converteram em empresas com fins lucrativos ou porque não puderam sobreviver e desapareceram. Nos Estados Unidos, as empresas com fins lucrativos representavam 18% do total dos planos de saúde oferecidos em 1981, e passaram a 78% em 1998 (GUELLEC, 1999). A proporção das pessoas afiliadas a empresas com fins lucrativos passou de 12%, em 1981, para 63% em 1998 e continuou crescendo (KUTTNER, 1998). A ANS, como órgão regulatório, deveria considerar os sinais de alarme lançados pela autogestão e pensar que, se as mesmas desaparecerem como empresas sem fins lucrativos, como isso afetará o conjunto do mercado. Seria importante ir monitorando essa situação e definir se não seria oportuno repensar, de fato, uma regulação específica para elas.

Por tudo o que foi dito até aqui, a partir das entrevistas com os dirigentes das operadoras, é possível afirmar que a análise do processo microrregulatório protagonizado, hoje, pelas operadoras, dentro do marco regulatório mais amplo definido pela Lei nº 9.656/98, nos reconduz, digamos assim, à lógica macrorregulatória sob responsabilidade da ANS. Vemos, então, que macro e micro fazem uma "dobra", mantêm interfaces e se interpenetram, de tal forma que, no limite, seria quase impossível separar o que pertence a um

campo mais "restrito" ou mais "amplo" quando se trata da regulação do mercado de saúde. Podemos dizer, também, que a regulação e a organização da assistência formam outra "dobra", se interpenetram de tal forma, que fica impossível definir o que "determina" o quê, numa complexa rede de relações que desafia qualquer raciocínio mais determinista.

Uma sistematização da visão e das (contra-) estratégias adotadas pelos prestadores médicos e hospitalares frente às estratégias de disciplinamento e controle adotadas pelas operadoras de planos.

Uma vez ouvidos os dirigentes das operadoras, foram entrevistados representantes dos prestadores hospitalares e médicos individuais, ligados a elas. Tivemos a intenção de fazer uma espécie de "contraponto" a partir de entrevistas com os outros atores estratégicos que compõem o campo microrregulatório. O que se apresenta, a seguir, são os resultados das entrevistas com dirigentes hospitalares e com médicos em seus consultórios. Para a realização dessa etapa da pesquisa, foram entrevistados 14 dirigentes de hospitais vinculados às operadoras estudadas, bem como 32 médicos, distribuídos entre cardiologistas, pediatras e gineco-obstetras. A opção por essas especialidades foi realizada a partir do interesse de verificar como estão sendo construídas certas "linhas de cuidado", em particular com o paciente com doença coronariana, a assistência ao parto e cuidados perinatais.

Para a sistematização, leitura e análise do amplo material empírico coletado, foram utilizados dois quadros analíticos (**Figuras 7 e 8**).

Figura 7 - Quadro analítico (blocos temáticos) para leitura das entrevistas dos prestadores hospitalares

Bloco temático	Principais "temas"
O acesso do paciente aos serviços	<ul style="list-style-type: none"> • autorização prévia • formas de encaminhamento • o médico como "encaminhador" • o acesso à CTI • as transferências inter-hospitalares • o atendimento em situação de urgência/emergência
As auditorias e outros mecanismos de controle hospitalares direto da operadora de plano sobre o serviço hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • a periodicidade • o "rigor" da auditoria • as "regras" da auditoria • os processos de negociação e as glosas • o conflito com o uso de materiais e medicamentos
A "protocolização" do hospital	<ul style="list-style-type: none"> • protocolos próprios/protocolos da operadora/ protocolos das sociedades • a adoção de pacotes
A contratualização com o corpo clínico	<ul style="list-style-type: none"> • a terceirização de serviços médicos • conflitos entre direção e corpo clínico
A "identificação" ("simbiose") entre o prestador hospitalar e a operadora	<ul style="list-style-type: none"> • O "peso" da operadora no volume total de atendimento do hospital • A comparação dos convênios com as várias operadoras • As "parcerias racionalizadoras" entre operadoras e prestadores.

Figura 8 - Quadro analítico (blocos temáticos) para leitura das entrevistas dos médicos.

Bloco temático	Principais "temas" tratados
A sobrevivência de práticas liberais no consultório: como se dá o acesso do paciente e a construção e manutenção do vínculo com os pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • direcionamento • livre-escolha • divulgação "boca-a-boca"
O grau de autonomia do médico na sua prática cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • a adoção de protocolos • o controle da produtividade e da jornada do médico • as restrições no acesso de tecnologias necessárias ao cuidado
O médico como construtor da linha de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • a existência de múltiplos empregos e de acesso a vários serviços • os contatos pessoais • o grau de intermediação da operadora entre o médico e o usuário
O protagonismo do médico (individual) no contexto da regulamentação	<ul style="list-style-type: none"> • conhecimento da Lei 9.656 • o conhecimento das regras da operadora
A (in)satisfação do médico com a operadora e a explicitação de conflitos principais	<ul style="list-style-type: none"> • a questão salarial • a autonomia "ferida" • as condições de trabalho.

A aplicação desses quadros analíticos (**Figuras 7 e 8**) para a leitura das entrevistas teve, metodologicamente, dois objetivos principais. O primeiro foi uma comparação "interna" entre os vários informantes (prestadores hospitalares e médicos) de uma mesma prestadora, de forma a verificar a consistência das informações prestadas. O outro foi buscar uma comparabilidade entre as várias operadoras, a partir das informações dos prestadores. Nessa comparação interoperadoras, buscou-se caracterizar diferentes graus de autonomia do médico no exercício da sua prática profissional, bem como os diferentes graus de racionalização que estão sendo adotados pelos prestadores hospitalares para fazerem frente às exigências das operadoras e à sua difícil sobrevivência no mercado de saúde.

Como os prestadores hospitalares vêem sua relação com as operadoras

Para leitura das entrevistas dos prestadores hospitalares, foi utilizado o quadro analítico já apresentado anteriormente, buscando organizar as falas em "temas" que vão constituindo uma espécie de **agenda de preocupações** dos prestadores hospitalares.

O acesso do paciente aos serviços hospitalares.

Como regra geral, todo paciente necessita de autorização prévia da operadora para internação eletiva, havendo complicações nesse processo que constituem um verdadeiro campo de disputa entre prestadores e operadoras e que podem ser sintetizados nos seguintes aspectos:

1. A internação em situação de emergência. Nesse caso, o "dispositivo" fundamental é a existência (ou não) de um *call center* da operadora que funcione de maneira ininterrupta, 24 horas por dia, e que possa informar, com agilidade, sobre a elegibilidade do paciente que está sendo internado. Há variações entre as operadoras. Algumas são mais ágeis e outras, em geral as menores, vão conseguir dar a informação de uma internação realizada no final de semana apenas na segunda-feira de manhã. Todos os prestadores falam em algum grau de "calote", isto é, assumem o caso da situação de emergência (coisa que todos os prestadores afirmam realizar sempre, por uma questão ética), mas nem sempre conseguem o reembolso. Essa situação parece ser menos problemática no caso das seguradoras, por sua própria natureza, mas prestadores hospitalares pesquisados ligados a uma delas

queixam-se de situações de "calote" de pacientes que não estavam em situação regular com a prestadora. Em particular, é criticada a proibição, pela ANS, da exigência do "cheque-caução", que acaba deixando o hospital sem nenhum instrumento de cobrança. É motivo de tensão porque, muitas vezes, a operadora não é solidária com o prestador, deixando que ele arque, sozinho, com os custos de uma internação, em situação de emergência, de paciente que não estava com a situação regularizada com a operadora. Fica por conta e ônus do prestador arcar com essas situações. Um aspecto levantado, em particular em relação às empresas de medicina de grupo, diz respeito ao fato de que, freqüentemente, pacientes atendidos na emergência de um determinado hospital são depois direcionados (transferidos) para hospital próprio da operadora, causando uma série de constrangimentos para os pacientes e seus familiares e para os médicos que os assistem, inclusive com as condições de transporte de pacientes graves que comportam algum risco. Os prestadores se sentem lesados por considerarem que manter um serviço de emergência é muito oneroso e que a internação (negada, pela transferência compulsória do paciente) seria uma forma de compensar os custos. Outro aspecto ligado ao atendimento na emergência que mostra o grau de conflito entre operadoras e prestadores diz respeito ao tempo de permanência na emergência. Alguns contratos prevêm a permanência por 12 horas. O prestador tem interesse em internar o paciente (para ganhar mais), da mesma forma que os familiares gostariam de ver o paciente em ambiente mais tranquilo e silencioso (a enfermaria), mas as operadoras fazem questão de "gastar" as 12 horas, na expectativa de que o paciente possa ter alta direta do pronto-socorro e ela economize a internação.

2. O processo de transferência de pacientes que não têm mais direito ao convênio. Esse é um desdobramento da situação anterior. Os prestadores hospitalares queixam-se de ter que arcar com a transferência de paciente, por conta própria, sem o apoio da operadora. O mais dramático disso é que, freqüentemente, a transferência deverá ser feita para hospital do SUS, que quase sempre apresenta problema de vaga. Apesar de haver um verdadeiro consenso por parte dos prestadores hospitalares entrevistados de que nunca haveria negativa de atendimento em situação de urgência

(por óbvias questões éticas), cremos que, se esse aspecto houvesse sido explorado com os usuários, as coisas não seriam tão tranquilas assim. Um dos hospitais ligados a umas seguradoras avalia como altamente positiva a permanência constante de uma funcionária da operadora, dentro do hospital, para tratar de forma direta as autorizações para atendimentos de todo tipo. De qualquer forma, todos os prestadores hospitalares se reconhecem como os negociadores diretos das solicitações de internação ou utilização de exames de alta complexidade junto à operadora.

3. A internação que resulta na necessidade de consumo de materiais/medicamentos/procedimentos de alto custo. Todas as operadoras estudadas, sem exceção, exigem autorização prévia, mesmo em pacientes já internados, quando surge a necessidade de utilização de materiais/medicamento/procedimentos de alto custo. Esse é um ponto de muito conflito na medida em que é um campo não regulamentado ou sempre precariamente acordado entre as partes. A dificuldade da adoção de "pacotes", com poucas exceções para alguns procedimentos, como veremos adiante, é fonte de muita disputa e um campo onde se entrecruzam estratégias e contra-estratégias entre operadoras e prestadores, cada um tentando "jogar" para o outro o ônus do custo crescente de materiais e da incorporação tecnológica. Frequentemente há discordância entre os protocolos de atendimento criados pelo hospital e as normas adotadas pela operadora, utilizadas nas autorizações. A direção do hospital frequentemente fica entre o "fogo cruzado" dos médicos que se aferram a determinados protocolos para justificar suas condutas e as operadoras que atuam de acordo com "suas" normas, nem sempre claras para os prestadores.

4. O processo de direcionamento das operadoras para hospitais de menor custo. Dirigentes hospitalares queixam-se de que, muitas vezes, a operadora se utiliza do bom nome do hospital para atrair clientes para o plano, mas que, na prática, fazem direcionamento para hospitais de menor custo. Assim, confirma-se, pela fala dos prestadores hospitalares, a estratégia de direcionamento que já havia sido detectada nas entrevistas com os dirigentes das operadoras. Nesse sentido, as seguradoras parecem ser as mais "liberais" e, no pólo oposto do direcionamento, estão as

empresas de medicina de grupo, que operam hospitais próprios. De qualquer forma, o "não" direcionamento por parte das seguradoras é relativo, na medida em que vão constituindo verdadeiras sub-redes de prestadores hospitalares credenciados de acordo com as várias segmentações dos planos, o que funciona, na prática, como efetivo direcionamento. É claro que, no caso das seguradoras, há sempre, em princípio, a possibilidade de ressarcimento, *a posteriori*, dos gastos com a utilização de um serviço de eleição do usuário. O problema é que poucas pessoas podem arcar com as despesas da internação hospitalar e aguardar um determinado período para ter suas despesas ressarcidas. Tanto os dirigentes das operadoras como os dirigentes hospitalares, e mesmo os médicos, confirmam essa "adscrição compulsória" dos clientes dos vários tipos de planos a "circuitos compulsórios" de prestadores. Na prática, um modo claro de direcionamento. Tanto é que o acesso restrito a determinados hospitais considerados *top* são o principal atrativo para a venda dos planos mais caros e "diferenciados".

Todos esses pontos vistos acima têm em comum uma coisa: são medidas racionalizadoras que, adotadas pelas operadoras, *impactam diretamente na assistência aos usuários dos planos*, mas que acabam sendo transformadas em um problema entre o hospital e o usuário, em particular com seus familiares, que viram "ator estratégico" nos momentos de impasse. As não-autorizações de internação ou de alguns procedimentos especiais e as transferências compulsórias para hospitais da rede própria, muitas vezes contra a vontade do paciente e de seus familiares, como lembramos acima, são exemplos comuns que acabam em conflito. Como diz a dirigente de um hospital de Belo Horizonte:

Chega um paciente aqui e quer um *stent* com rapamicina e a operadora não autoriza, porque fala que não tem indicação, porque não tem evidência científica, aí, pronto, fica na mão do hospital a briga com o cliente.

Vale, aqui, registrar a observação de um prestador hospitalar que foi apontada por mais de um entrevistado:

Eu acho que tem uma grande diferença entre aquele plano de gestão com aquele que não é. A autogestão está muito preocupada com o usuário que geralmente é um funcionário dele, ele sabe quem é. No

caso das seguradoras ou uma operadora, não sabe nem quem é o usuário, então ele é muito mais burocrático naquela autorização, ele não sai dali, não tenta uma negociação.

As auditorias e outros mecanismos de controle direto da operadora de plano sobre o serviço hospitalar

O que chama a atenção, neste bloco temático, é a sensação da existência de "não-regras", ou melhor, o quanto as operadoras operam com "regras arbitrárias" para ter uma espécie de margem de manobra sobre os prestadores hospitalares. Assim, se na análise das falas dos dirigentes das operadoras havíamos apontado as auditorias como estratégia de disciplinamento e controle dos prestadores hospitalares, a entrevista com esses últimos revelou uma situação inversa: a adoção de regras claras do "jogo" (protocolos, critérios de glosas, padronização de materiais e medicamentos), por meio de contratos mais transparentes, como estabelecidos pela RN n.º 42, de 04/07/2003, mesmo com a presença de uma auditoria mais presente, parece ser desejada pelos prestadores hospitalares como algo que tornaria mais previsível (e controlável) o processo gerencial, em particular o fluxo de caixa.

1. A presença dos auditores nos hospitais. É bastante variada a regularidade da presença de auditores nos hospitais. Há experiências diferentes no que diz respeito à auditoria, variando desde a presença diária de auditor médico e de auditor enfermeiro no hospital, em função do alto volume do atendimento prestado pelo hospital para determinada operadora, até situações de presença esporádica. Os dirigentes hospitalares que sofrem auditoria mais "cerrada" parecem gostar da situação, em função de poderem saber o que vão receber no final do mês. Quando o hospital envia a fatura para o convênio, ela já está devidamente auditada e "sacramentada" pelo auditor, que teve oportunidade de discutir "em ato", a indicação de procedimentos, duração de internação e utilização de materiais e medicamentos. Nesses casos, abrir-se-ia espaço para uma interlocução mais técnica, mais direta e "comunicativa" que seria de interesse do prestador. Em alguns hospitais, com volume pequeno de atendimento, as operadoras podem adotar a técnica de terceirização da auditoria.

2. As glosas. No caso de auditoria *a posteriori*, abre-se muito espaço para glosas, que parecem ser uma estratégia amplamente

usada pelas operadoras para ter uma margem de manobra "obscura" em relação ao prestador. Essas glosas "técnicas" podem atingir 30% de tudo o que foi faturado. Para os dirigentes hospitalares, são glosas arbitrárias e sem fundamentação e que, para eles, seria uma forma de ganhar tempo (e dinheiro). Segundo os prestadores entrevistados, as operadoras parecem usar todo tipo de subterfúgio para realizar as glosas, desde a alegação de que não foram respeitados os procedimentos burocráticos combinados, até questionamentos de indicações mais técnicas por parte dos médicos. A avaliação (melhor ou pior) que os prestadores fazem dos vários convênios é, em grande medida, pautada pelo nível de glosa ou, pelo menos, pela clareza dos critérios adotados. Para um dirigente hospitalar, os "convênios do mal" seriam aqueles que não apresentam uma coerência no sistema de glosas. Uma forma de glosa considerada arbitrária pelo prestador hospitalar ocorre quando é fornecida uma "senha administrativa" por um funcionário não-médico (que só verifica o vencimento da carteirinha, se é associado ou não é, se o procedimento está ou não previsto no contrato etc.) no momento da internação, sem uma avaliação técnica (leia-se: feita pelo médico). Mas depois, no momento da cobrança, há glosa. A senha administrativa não vale. As respostas aos recursos são muito demoradas e, quase sempre, não ficam claros os critérios adotados para o julgamento. Então, a "autorização administrativa" fica anulada por uma posterior auditoria feita por um médico. Um dos entrevistados chega a chamar esse procedimento de "falcatrua". Então, uma das características mais apreciadas pelos prestadores, quando comparam as várias operadoras, é o aparato médico qualificado, disponível, ágil e em tempo integral, para fornecer senhas mais definitivas, instalado no seu *call center*. Uma operadora que é apontada, por mais de um operador, como tendo essas características é uma das seguradoras estudadas. Mas isso parece depender da localização geográfica do prestador hospitalar. Por exemplo, os prestadores hospitalares de Belo Horizonte fazem, no aspecto de relacionamento, avaliações muito diferenciadas das seguradoras, em função de terem ou não representação em BH. A falta de representação torna mais moroso todo o processo de contatos, negociações, autorizações etc. Uma observação interessante de um dos entrevistados é que algumas operadoras

que têm o hábito de informar os seus beneficiários sobre os seus gastos mensais deixam de informar quando houve glosa, passando a impressão de que tudo está bem com o plano.

A protocolização dos procedimentos médico-hospitalares e administrativos.

Neste bloco temático, chama a atenção a percepção que os dirigentes hospitalares têm da inevitabilidade e da necessidade do avanço da adoção de protocolos, em todas as atividades, médicas e administrativas, como uma tendência de racionalização inexorável para todos os hospitais, em que pesem as reconhecidas, por todos os entrevistados, dificuldades para a sua implementação. Exemplo marcante dessa tendência é o que pudemos detectar a partir da entrevista com os dirigentes de um hospital ligado à ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados, que abrange 28 hospitais de excelência, entre eles o Einsten, 9 de Julho, Copa D'Or, Barra D'Or, que promovem encontro para a construção e compartilhamento de protocolos. Segundo relato de sua Diretora Financeira, que também é médica, o hospital tem hoje um projeto de qualidade (Projeto Qualitas) que desenvolveu 570 diretrizes médicas, 750 procedimentos assistenciais e 1.100 processos administrativos.

1. A adoção de protocolos médicos. Uma primeira constatação, bastante regular, é que as iniciativas de adoção de protocolos médicos são uma iniciativa muito mais dos prestadores, em parceria com os médicos, do que algo que parta das operadoras, o que de certa forma era de se esperar, tendo em vista o lugar de poder que o médico segue exercendo na sociedade, apesar de todas as transformações pelas quais vem passando a Medicina nas últimas décadas. Vários são os motivos para a adoção dos protocolos. O primeiro deles é de ordem econômica, em particular para fazer frente à incorporação tecnológica crescente e o conseqüente aumento de custos. Os protocolos são pensados, explicitamente, como estratégia de redução de custos. Tanto é que a área mais protocolizada, na informação de praticamente todos os prestadores, diz respeito à oncologia, pelos custos que acarreta. Para a formulação dos protocolos clínicos, as sociedades médicas são soberanas. Elas são a referência final para o processo que, freqüentemente, é conduzido em parceria com o corpo clínico. A outra razão para a adoção dos protocolos clínicos seria fazer frente

à necessidade de disciplinarização da avassaladora incorporação tecnológica que tem ocorrido nas últimas décadas. Aqui, o disciplinamento visa tanto ao médico que quer adotar, sempre, em sua especialidade, o "último avanço" científico e tecnológico (independentemente dos custos para o prestador e/ou operadora), como aos pacientes, cada vez mais (des)informados pela mídia sobre alguma descoberta que parece ser capaz de resolver, de forma definitiva, o problema de saúde que está vivendo. Um dirigente cita o exemplo de paciente que, diante da indicação de um *stent*, logo pergunta: "mas é aquele com antibiótico, né, doutor?" Aliás, a questão da utilização de *stents* (com ou sem rapamicina) aparece quase como um símbolo do debate em torno da incorporação tecnológica. Uma das cooperativas médicas estudadas dá um bom exemplo do papel central dos médicos no processo de criação de protocolos (normatização da prática médica): a operadora está organizada em departamentos científicos, por especialidade médica com forte poder de deliberação sobre sua política de atenção e organicamente vinculada às sociedades de especialistas correspondentes, de forma "especular", aos departamentos médicos que compõem o hospital onde realiza o maior número de atendimentos. Operadora e prestador, atuando de forma sinérgica na manutenção do papel inquestionável do médico como o profissional hegemônico da saúde. Assim, preserva-se, para os médicos, um lugar ainda não questionado no processo de protocolização. Algo como se os médicos tentassem se manter à frente do processo irreversível de racionalização de suas práticas. De qualquer forma, a adoção de protocolos parece oscilar, sempre, entre os ganhos de se trabalhar de forma mais científica, padronizada e respaldada pelos ditames dos avanços científicos e a margem de liberdade e autonomia que dão a singularidade da prática médica. Tanto é que, ainda é prerrogativa do médico justificar o desvio da norma, mesmo diante de todo o rigor e "cientificidade" do protocolo. O médico ainda não perdeu totalmente esse poder que parece ser ainda a única força capaz de se contrapor às considerações econômicas sempre presentes nas organizações que atuam no mercado. Como diz um dirigente hospitalar:

Não conseguimos ainda com o médico que ele em cem por cento dos casos faça aquilo que ele próprio descreveu. Muitas vezes o médico

acha que o paciente dele está fora daquilo e quer usar uma outra tecnologia, medicamento. É conversado com ele depois, mas é feito.

É possível compreender as origens históricas dessa prática autônoma e como ela parece se interpor, sempre, como uma forma de resistência ao processo de racionalização das práticas médico-hospitalares. Persiste, portanto, a atitude liberal que respeita o poder médico e a autonomia ético-científica da profissão em determinar, caso a caso, o que deve e pode fazer. Quanto mais íntegro permanece esse núcleo de autonomia, mais os médicos tendem a ver com bons olhos a operadora como aquela que não atrapalha, "deixa trabalhar", não cria casos, não tem dificuldades, mudando essa opinião à medida que essa relação se inverte. Entretanto, merece destaque a questão da chamada 'justificativa'. Diante de algum limite, basta uma justificativa, que a operadora autoriza - é a fala predominante. Pode-se considerar este fato como o típico resultado da presença de um intermediário, com poder econômico e com controle da fração de mercado consumidor que acessa o profissional. Quando, liberalmente, o médico adota o consenso de sua especialidade, ou um protocolo de um grupo de estudiosos, o faz imbuído de uma liberdade de escolha, de forma que pode 'desobedecer' a parte das definições do protocolo ou adaptá-lo a seu bel-prazer, conforme as necessidades que o caso apresente, ou as vicissitudes de sua prática clínica". Esse embate entre considerações de "ordem técnica e ética" e considerações de ordem econômica demarca um tenso campo que, com certeza, tende a escapar a medidas mais formais de regulamentação e prosseguirá, ainda por muitos anos, sendo tratada no campo mais autônomo do processo microrregulatório, escapando a qualquer tentativa de regulamentação "externa". De qualquer forma, o processo de implantação de protocolos tem tanta importância, que um dos prestadores afirma que já se montou "um protocolo de como montar protocolos", ou seja, uma rotina de como construir os protocolos a serem trabalhados por cada grupo de especialistas.

2. A adoção de pacotes. Junto com incorporação de protocolos propriamente clínicos, a adoção de "pacotes" fechados para a produção de procedimentos hospitalares segue sendo uma meta da maioria das organizações hospitalares. Uma distinção entre "diárias globais de internação" e "pacotes" é apresentada por Silva (2003). Segundo este autor, as primeiras seriam "a precificação única de um conjunto de serviços hospitalares, compreendendo

as diárias, os serviços de enfermagem, a utilização de equipamentos, a gasoterapia, honorários médicos em áreas fechadas e taxas diversas, independentemente da patologia apresentada pelo paciente". Já os "pacotes" seriam aquelas formas de contratualidade estabelecida preferencialmente para procedimentos de baixa complexidade, concentrando-se em cirurgias ambulatoriais e internações de curta permanência". No presente texto, utiliza-se o termo "pacote" no mesmo sentido que o autor utiliza para "diárias globais de internação". Pacote - entendido como a média estabelecida a partir de séries históricas e considerando um determinado estágio do desenvolvimento tecnológico - de consumo de materiais e medicamentos, serviços de hotelaria e outros insumos, tendo em vista a produção de determinados procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, em ambiente ambulatorial ou de internação, podendo incluir, ou não, os atos médicos e os procedimentos mais caros. Tal consumo médio permitiria o estabelecimento de um preço fechado e contratualizado de forma antecipada, entre operadoras de planos de saúde e prestadores. Um ideal da racionalização nunca atendido, apesar do aparente interesse de ambas as partes em alcançá-lo. De todos os prestadores entrevistados, surge a informação que já havia sido prestada pelos gerentes das operadoras de planos de saúde, de que muito poucos procedimentos são, hoje, trabalhados na forma de pacotes. As poucas exceções dizem respeito, de forma bastante regular, aos tratamentos em oncologia, à assistência ao parto normal e por cesariana e alguns raros procedimentos cirúrgicos. Praticamente não há nenhum pacote no que se refere à parte de internação clínica. Aqui caberia a questão óbvia: por que é que havendo (aparente) interesse de ambas as partes de se avançar no processo de construção de pacotes, medida extremamente racionalizadora e potencialmente capaz de pôr fim a grandes conflitos entre operadoras e prestadores isso não acontece? A resposta que nos pareceu emergir das muitas entrevistas realizadas com os dirigentes hospitalares foi a de que esse espaço, o da negociação da composição final dos preços, constitui-se em um lugar estratégico, para ambos os atores, para a produção de estratégias e contra-estratégias, de busca de aumento da lucratividade. Um espaço apenas recentemente

colocado como foco regulatório pela ANS (Resolução Normativa n.º 42, de julho de 2003) e que se constitui no núcleo do espaço microrregulatório. Território de sombras. Espaço em que operadoras e prestadores seguem construindo as (não-)regras, sobre acordos impossíveis, sempre dentro de uma perspectiva estratégica de "levar vantagem sobre o outro". A "Lei do Gerson". Aqui vale a lei do mais esperto, do predomínio dos mais comezinhos interesses econômicos, mesmo que isso resulte em prejuízo para o atendimento dos pacientes e tensione muito a prática médica. Vamos dar alguns exemplos coletados pelos investigadores, durante suas entrevistas, para ilustrar o que estamos afirmando. Um dos prestadores apontou, com veemência, o problema da **reutilização** ou não de determinados materiais. Dois exemplos: a reutilização de *shaver* em artroscopia e de filtros na hemodiálise é expressamente condenada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde. No entanto, as operadoras, em clara posição de enfrentamento com os prestadores e com a conduta dos médicos, só pagam 1/12 do valor, no caso do filtro para hemodiálise (pressupõe a reutilização por 12 vezes!) e 1/3 do valor, no caso da utilização do *shaver* (pressupõe a reutilização por 3 vezes!). Então, há uma regulamentação estatal sobre o assunto, elaborada no âmbito do Ministério da Saúde, que não é respeitada no espaço microrregulatório. O problema é que esse tema da reutilização, que tem fortes implicações sobre a segurança e a qualidade do tratamento prestado, acaba sendo uma das razões mais freqüentes de glosa de faturas. E de conflito aberto entre operadoras e prestadores. E, segundo os prestadores, não adianta justificar tecnicamente, buscar o embasamento legal. As glosas vêm de forma arbitrária, com todas as suas conseqüências sobre a saúde financeira do prestador. Por outro lado, aos prestadores também interessa a continuidade desse espaço não regulamentado, livre de práticas mais racionalizadas. Como admite, claramente, pelo menos um dos dirigentes hospitalares entrevistados, o hospital consegue alguma margem de lucro exatamente na sua política de preços com materiais e medicamentos. Vale citar o que um dirigente hospitalar afirmou, textualmente:

Há muitos anos, com essas crises, todas essas taxas hospitalares ficaram subdimensionadas e o hospital é obrigado a viver de material e medicamento. Da margem de comercialização de material e medicamentos. E isso é um inferno (...) Porque se baixo esse valor, o hospital morre. Se eu abro mão das margens de comercialização, ou se o mercado, o fornecedor interfere no preço, conforme ele fizer, nós estamos perdidos.

Tanto é que uma das medidas racionalizadoras impostas por uma das cooperativas médicas para os seus prestadores, e não aceita por todos, foi a adoção de uma tabela de preços de medicamentos (Brasíndice) que, por ser mais econômica que as anteriores, impacta fortemente nos custos finais das diárias. Para atrair os prestadores para tal política, a operadora ofereceu reajustes nos outros itens da diária. Essa medida foi avaliada como de "intromissão" e de exorbitância da cooperativa por parte dos prestadores, exatamente por tentar introduzir regras e uma nova racionalidade em um campo que, exatamente por ser pouco regulamentado, deixa margem de manobra para a composição final dos preços. Dessa maneira, a composição final das faturas segue sendo "aberta" e permanentemente sujeita a conflitos. Outro exemplo da importância dessa área de materiais e medicamentos pode ser visto na estratégia de algumas operadoras atuarem como compradores e fornecedores de materiais, incluindo órteses e próteses, e medicamentos para os seus prestadores, utilizando-se de razões econômicas advindas de compra em larga escala. Esse ponto não é pacífico e é motivo de novas tensões. Haveria, nesse processo de compra, o domínio de uma lógica econômica (compra de materiais pelo menor preço), que nem sempre corresponde a considerações de ordem técnica estabelecidas pelo médico e, potencialmente, capazes de resultar em prejuízo da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Favoreceria essa prática o fato de não haver uma regulamentação de preços máximos e mínimos para determinados produtos, que apresentam uma oscilação brutal de preço no mercado. Nem mesmo as mais "liberais" das operadoras parecem escapar dessa lógica, como relata um dirigente de um hospital de Belo Horizonte que afirma que a seguradora interfere, diretamente, na "marca" da prótese que será utilizada, em função do preço. "Eles não exigem muita justificativa, mas querem que o médico troque a marca e o médico; às vezes, não quer trocar a marca". Esse é um bom

exemplo do que temos destacado sobre a importância das características de autonomia da prática médica como um elemento que atravessa todo o campo microrregulatório.

A contratualização com o corpo clínico

O tema da forma de inserção do corpo clínico no hospital não mereceu nenhuma pergunta especial nos roteiros de entrevista que foram utilizados na investigação. Porém, no decorrer das entrevistas, esse tema foi surgindo e revela ter centralidade na discussão do processo microrregulatório. Assim, a despeito da relativa escassez de informações sobre o assunto, foi possível coletar algumas indicações de como os médicos se institucionalizam de formas muito variadas nos vários hospitais estudados e como isso guarda uma relação importante com o processo microrregulatório, inclusive porque os prestadores hospitalares se sentem "no meio" das disputas entre médicos e operadoras. De uma maneira geral, é possível afirmar que os prestadores hospitalares preferem "deixar de fora" os médicos das complexas relações que estabelecem com as operadoras, ou, como eles afirmam, fazer convênios "desvinculados".

Para as operadoras de plano, no entanto, parece não haver interesse nenhum em fazer convênios diretamente com os médicos. Os prestadores defendem a desvinculação porque acham que a vinculação acarreta a cobrança de impostos indevidos e custos maiores no processo de faturamento. Essa é uma área bem conflituosa e que, por certo, devido ao peso da corporação médica e sua forte capacidade de organização, dificilmente entrará na pauta da regulamentação. O modelo mais completo de desvinculação, quase um "tipo ideal", foi o que constatamos em um hospital em São Paulo.

Os médicos funcionam como clientes do hospital. "Nossos clientes internos", afirma o diretor clínico. Todas as equipes médicas são terceirizadas, isto é, organizadas em empresas com CGC e tudo o mais e que prestam serviço no hospital. Essas empresas organizam-se numa espécie de *holding* ou "empresa guarda-chuva", que agrega todas as empresas das várias especialidades e é ela quem negocia, diretamente com as operadoras, os honorários médicos. Os médicos são credenciados pelas operadoras através dessa *holding*, de forma independente da administração do hospital. Todos os honorários médicos passam por essa *holding*: da negociação de valores a todos os procedimentos burocráticos de faturamento e pagamento. Tudo que se refere à parte médica passa por fora do hospital. A *holding* tem um

conselho consultivo formado por representantes das várias empresas que agregam as várias especialidades. O diretor clínico do hospital estudado articula-se com a *holding* para ajudar a "defender os interesses dos médicos junto às operadoras de planos". A tabela da AMB é a referência para o estabelecimento dos valores dos honorários. Questionado sobre como o hospital "gerencia a prática médica", ou seja, consegue que os médicos atuem de acordo com os interesses do hospital, por exemplo, na utilização do centro cirúrgico, no planejamento de cirurgias etc., o diretor clínico informou que há uma Central de Gerenciamento de Leitos, composta por 12 funcionários, sendo 2 enfermeiras, que gerencia todo o processo de (maximização de) utilização do centro cirúrgico (CC) e dos leitos. O ponto de partida é a solicitação de horário para operar, por parte do cirurgião ou a demanda por uma vaga. A central planeja o horário de utilização do CC, com flexibilidade de um tempo X, "para eventuais complicações". Todo o sistema de vagas hospitalares alimenta um programa de computador que vai informando, de forma atualizada, vagas disponíveis, leitos em processo de desocupação e outros. Parece-nos que essa central de gerenciamento de leitos é o ponto de referência para compatibilizar a lógica de autonomia dos médicos com a lógica de funcionamento do hospital, buscando uma compatibilização entre as duas lógicas. Podemos dizer que a central é um dispositivo fundamental para a gestão do cuidado no hospital.

Nos hospitais que prestam serviços a uma das cooperativas médicas estudadas, a desvinculação radical foi predominantemente encontrada. Como diz uma gerente administrativa do hospital que faz mais atendimentos para a cooperativa, "Este hospital tem como preocupação primeira o médico (...) O cliente vem depois!". Os médicos integrantes dos corpos clínicos dos hospitais detêm grande autonomia em estabelecer tanto seus processos de trabalho como a organização de um 'modelo' assistencial, que se centra na oferta/consumo de procedimentos técnica, científica e eticamente justificados. Há uma clara lógica centrada no médico na maioria dos hospitais visitados. A preocupação maior é garantir condições de exercício liberal da profissão. Além de ideológica, esta é a centralidade que organiza o funcionamento do hospital. O estabelecimento se coloca como uma 'porta aberta' à atividade do médico: é este quem traz o cliente, quem faz funcionar as salas de procedimentos, os exames, as cirurgias e a ocupação de leitos. O acesso às internações ocorre pelo encaminhamento do médico, seja a partir de outros serviços da operadora, seja de dentro do próprio hospital. Para proceder à internação eletiva, o hospital solicita autorização prévia e/ou o usuário traz a

autorização da internação da operadora. Na internação de urgência e impossibilidade de autorização prévia da operadora (atendimentos realizados à noite, aos finais de semana e feriados), o hospital não necessita de autorização prévia, mas há um prazo para que isto seja providenciado posteriormente à internação.

No fundo, tudo funciona como se a atividade liberal dos médicos não houvesse sofrido mudanças profundas. Todos os atores reconhecem, contudo, que é muito presente, atualmente, a intermediação da operadora, mesmo que esta seja do tipo liberal como a cooperativa. Mas continua muito forte a visão centrada no médico do hospital, que constitui o valor de uso que lhe define papéis e missão. Claro que o reconhecimento desse grau de implicação (entre médicos e hospitais) não isenta a relação de conflitos e tensionamentos, haja vista a possibilidade de que ocorram conflitos de interesses, particularmente os gerenciais, da administração, frente aos operacionais, o poder médico.

É de se destacar, no entanto, a verdadeira "simbiose" existente entre os hospitais e uma das cooperativas médicas estudadas, dada pela composição do corpo clínico de ambos os estabelecimentos, praticamente constituída de 'cooperados'. Embora esta possa ser uma situação singular no campo, parece representar uma tendência forte no segmento cooperativa, ainda mais quando as cooperativas resolvem investir em hospitais *próprios*. Reproduz-se assim a tendência de organização do trabalho médico nesse setor, qual seja, o da inexistência de vinculação formal de emprego, neste caso substituída pela condição de cooperado. Pela mesma razão, esses hospitais são lugares nos quais o médico vem, define a linha do cuidado, interna, realiza seu procedimento, dá alta e continua a acompanhar o paciente, se ele já for seu cliente. Caso não seja, o devolve para o colega, que provavelmente já é seu amigo ou conhecido. A maneira como se resolvem as questões administrativas e financeiras são inteiramente 'liberais', isto é, voltadas para a garantia dos interesses mínimos e máximos, quer da operadora, quer dos prestadores. Como já se disse, o cliente, usuário ou paciente, vem depois. Dos hospitais visitados, pelo menos um, explicitamente, realiza a contragosto a vinculação do médico. De qualquer forma, como já afirmamos antes, o modo de "institucionalização" do médico nos hospitais deve ser considerado como um componente central no processo microrregulatório, incluindo os modos de se construir a integralidade do cuidado do paciente.

Uma das razões para os prestadores resistirem a que as operadoras sejam fornecedoras de materiais e medicamentos, como tem sido uma tendência claramente reconhecida de todas as operadoras é que os critérios econômicos (custo menor) adotados pelas operadoras muito freqüentemente são questionados pelos médicos em função da qualidade insatisfatória desses produtos mais baratos na perspectiva da qualificação do cuidado. Outra característica desejada pelos prestadores hospitalares em relação ao quadro médico é, além da "desvinculação", a estabilidade, isto é, a tendência de ter um quadro médico estável, "predominantemente da casa" visando facilitar a adoção de protocolos e a normalização das condutas.

A identificação entre o prestador hospitalar e a operadora

Há distintos graus de identificação entre o prestador e a operadora, variando de uma relação de tratamento de cliente preferencial (embora não haja nenhum exclusivo, entre os entrevistados) a uma relação de quase hostilidade, em particular os hospitais que prestam serviços para uma das empresas de medicina de grupo estudadas. A hostilidade é uma consequência da política agressiva de direcionamento da operadora para seus hospitais próprios, em detrimento dos interesses do prestador, do médico atendente e, principalmente, do usuário. A lógica econômica e racionalizadora da operadora se impõe de forma marcante sobre os outros parceiros. No caso de uma das cooperativas médicas estudadas, onde o "modelo liberal" aparece de forma mais pura, observa-se o contrário. A relação entre prestador e operadora é siamesa e um não pode ser entendido sem a existência do outro. O hospital também se parece muito com a cooperativa médica; chega a ser uma sucursal hospitalar na qual os cooperados realizam alguma atividade de procedimentos médicos, que se revertem em renda auferida com o trabalho.

Não deixa de ser curioso que ambos, o hospital e a cooperativa, tenham praticamente a mesma idade, pois nasceram no final dos anos 60, início dos 70, e andam pela casa dos trinta anos de idade. Parece que veio a calhar a fundação de uma cooperativa médica voltada, àquela época, para a defesa da profissão liberal do médico contra o empresariamento e a estatização, e a fundação de um hospital cuja tônica prevaiente continua a manter uma relação de sustentação a essa prática, garantindo excelência no padrão de acomodações e na cientificidade e técnica dos procedimentos realizados. Pode-se afirmar que, sem essa sustentabilidade a que os médicos aderiram sem receio ou resistência, em grande medida o sonho de efetivação da cooperativa teria sido retardado. Há uma forte situação de interdependência

entre a prática médica e o hospital, em que este se torna o lugar de acontecimento e de efetivação das práticas daqueles, à medida em que vai se tornando indispensável, inclusive, porque se torna depositário do arsenal de técnicas e equipamentos que, cada vez mais, só podem ser encontrados e utilizados em seu interior, ao mesmo tempo em que não pode prescindir dos médicos para seu funcionamento. Percebe-se, nesse caso dessa cooperativa médica, uma situação em que esta sustentabilidade recíproca se mantém. Essa mesma relação havida entre os médicos (da mesma cooperativa estudada) com um outro tipo de hospital, um filantrópico, cujo modelo mais emblemático é o das Santas Casas, não consegue se manter firme, enfrentando crises cada vez mais constantes, seja porque o seu modelo de financiamento se esgotou, seja porque a harmonia intrínseca necessária a esse compartilhamento se tornou limitada pela explosão dos custos. No caso do primeiro hospital a que nos referimos e que nasce de forma "siamesa" com a cooperativa médica, a pujança econômica desta parece ser a sólida diferença que lhe dá sustentação e fôlego.

Como os médicos vêem sua relação com as operadoras

Para a análise das entrevistas dos médicos falando de suas relações com as operadoras, foram utilizados os cinco blocos temáticos apresentados na **Figura 8**, quais sejam: *a sobrevivência de práticas liberais no consultório - como se dá o acesso do paciente e a construção e manutenção de vínculo, o grau de autonomia do médico na sua prática cotidiana, o médico como construtor da linha de cuidado, o protagonismo (individual) do médico no contexto da regulamentação dos planos de saúde e a (in)satisfação do médico com a operadora e explicitação dos conflitos principais*. Ao fazermos a leitura das entrevistas, foi ficando claro que seria interessante sistematizar as análises a partir dos dois últimos blocos temáticos, quais sejam, *"o protagonismo individual do médico no contexto da regulamentação e a (in)satisfação com a operadora*, na medida em que os seus conteúdos propiciariam ou facilitariam uma melhor contextualização das práticas médicas, bem como permitiriam fazer uma certa comparabilidade "interna" das informações prestadas. Assim, ambos os blocos serão tratados juntos na seqüência. Fazemos questão, outrossim, de distinguir, aqui, o protagonismo individual do médico, isto é, o posicionamento que ele assume a partir do seu consultório, frente à operadora, do protagonismo das entidades médicas que o representam. Estas têm tido um papel muito mais combativo e consciente na defesa da prática profissional dos médicos do que esses profissionais em suas práticas isoladas.

Algumas questões interessantes emergem das entrevistas. A primeira delas, altamente consensual, é o elevado grau de "alienação", chamemos assim, dos médicos em relação ao processo de regulamentação. Praticamente todos os profissionais disseram desconhecer a Lei nº 9.656/98 e afirmam não notar nenhuma diferença no relacionamento com as operadoras após processo regulatório. Como disse um cardiologista, "*no meu mundo cardiológico, nada mudou!*". Uma pergunta que fica no ar e que a pesquisa não se propõe a responder é: como mudanças tão importantes na área do mercado de saúde, no qual o profissional médico tem um papel central, não são percebidas como tal por eles. Isso fica mais destacado, ainda, quando consideramos que tanto os dirigentes das operadoras como das prestadoras reconhecem o impacto da regulamentação e estão mobilizados em estratégias racionalizadoras para fazer frente aos "novos tempos". Os médicos parecem ainda estar presos ao seu "território profissional", como se essas medidas não o atingissem. Também, de forma quase consensual, o único ponto que parece incomodar e está presente na fala de todos os profissionais entrevistados diz respeito ao aviltamento de seus honorários. A maioria das operadoras paga por procedimentos realizados, utilizando-se como referência a tabela de honorários da Associação Médica Brasileira (AMB 90). O que varia, entre uma operadora e outra, é o valor do Coeficiente de Honorários (CH), que é o valor que se aplica sobre a tabela. É muito grande a disparidade dos valores pagos pelas várias operadoras. Das operadoras estudadas, foi possível saber que as duas seguradoras estão pagando R\$30,00 a consulta, uma das cooperativas paga um valor variável que gira em torno de R\$31,00 e a outra consegue distribuir um rateio que fica em torno de R\$40,00 por consulta. Durante as entrevistas, foi possível saber que há operadoras, as menores, que pagam algo como R\$17,00 ou até menos por consulta. A maioria dos médicos refere congelamento dos honorários desde o começo dos anos 90. Esse nos parece um ponto que poderia ser objeto do processo de regulação pela ANS. Outro aspecto da "alienação" do médico, quando visto individualmente, é um relativo desconhecimento das regras adotadas pelas operadoras como estratégias de disciplinamento e controle de suas práticas.

Dois bons exemplos disso são as contradições dos médicos (da mesma operadora) em relação ao intervalo mínimo que deve ser observado entre as consultas e o relativamente freqüente desconhecimento da necessidade de autorização prévia para vários exames, como se *a partir do seu pedido*, o mundo se abrisse de forma mágica para o paciente, sem restrições ou regras

muito rígidas. Nas entrevistas com os médicos, como aconteceu com os prestadores hospitalares, vários deles acabaram falando de tantas outras operadoras além daquelas que eram foco da entrevista, isso, também, porque, com exceção dos médicos de uma das cooperativas que parecem respeitar rigorosamente a unimilitância ou "fidelização" (expressão usada por seus dirigentes), todos os médicos dependem de múltiplos convênios em seus consultórios para sobreviverem economicamente. Diante dessa "multimilitância", dois fatos merecem destaque. O primeiro, já comentado antes, diz respeito a quanto foi possível ampliar, metodologicamente, o leque de operadoras avaliadas a partir das falas dos médicos. O segundo é, como via de regra, os médicos se furtaram a criticar, com poucas exceções, a operadora que era foco da avaliação naquele momento. Algo como se ele se sentisse livre para criticar as outras, sem medir palavras (em particular, os aspectos ligados aos honorários e o maior controle nos pedidos de exames), poupando sempre a operadora em foco. Por exemplo, mais de um médico entrevistado em Belo Horizonte criticou duramente tanto a autogestão, como uma das seguradoras em aspectos (glosas freqüentes, dificuldade para autorizações, insensibilidade diante de situações específicas vividas pelos próprios médicos) que não haviam aparecido nas entrevistas com os médicos cariocas e paulistas ligados, respectivamente, àquelas duas operadoras.

É interessante perceber como são mais precisas (e duras) as críticas dos médicos que viveram a relação com as prestadoras na condição de clientes. É um outro ângulo de observação. Como exemplos, poderiam ser lembrados o relato de uma médica de BH com a filha com câncer e que se viu "abandonada" pela autogestão quando precisou interná-la em São Paulo, ou de outra médica com o irmão no CTI, ela tendo que pagar cheques-caução um atrás do outro, porque a seguradora não dava as autorizações, ou uma médica que tinha sérias queixas quanto ao atendimento prestado ao seu pai, quando ela, como cliente, precisou da operadora. É verdade que são exemplos esparsos, que apareceram de forma espontânea em algumas entrevistas, mas que permitem antever os tipos de problemas que seriam apontados se a pesquisa tivesse podido escutar, diretamente, os usuários dos planos.

Parece haver uma "regionalização" das relações, de forma que uma das seguradoras é mais bem avaliada pelos prestadores mineiros, pela proximidade de uma agência da operadora e o acesso mais fácil ao seu *call center*. Uma operadora, em particular, nesta etapa, nos chamou a atenção pela homogeneidade da (aparente) "satisfação" dos médicos a seu respeito:

uma das empresas de medicina de grupo. Apesar de os médicos que compõem o seu corpo próprio serem na verdade "cooperados", isto é, forçados a se filiarem a uma "cooperativa" (de fachada, pois na verdade são empresas que "agenciam" trabalho médico assalariado para burlar, de forma explícita, a legislação trabalhista vigente), pela qual trabalham com salário fixo, sendo também os mais sujeitos a regras que tolhem sua autonomia e interferem na relação médico/paciente, como veremos logo adiante, há uma expressiva consonância em avaliar como sendo *muito bom trabalhar para a operadora*. Mesmo entrevistados em locais diferentes, todos pareciam se sentir muito bem em trabalhar na operadora, vista por eles como uma verdadeira "família". Todas as suas críticas, quando existem, se voltam contra a "cooperativa", já que algo se passa no imaginário desses profissionais que deixa a operadora de saúde isenta de qualquer "truque" para escapar de lhes garantir os direitos trabalhistas mínimos. Outro exemplo da "alienação" dos médicos já apontada antes, foi a fala de um médico ligado à mesma empresa de medicina de grupo, já cinquentão, que mesmo reconhecendo um "certo medo" de ficar doente e não poder trabalhar e não ganhar mais nada pela ausência de qualquer vínculo trabalhista formal, mostrava-se totalmente desinformado sobre eventual proteção oferecida por um seguro que a operadora oferece. As condições de trabalho nas empresas de medicina de grupo, quando comparadas com as dos médicos cooperados, por exemplo, nos ajudam a entender por que o surgimento das cooperativas médicas na década de 70 foi, e continua sendo, apesar das grandes mudanças que estão vindo por aí, uma alternativa efetivamente melhor para o médico, seja do ponto de vista salarial, seja do ponto de vista da garantia de uma prática mais autônoma. Destacamos essas questões porque elas, por mais que os médicos aparentemente não tenham consciência delas, nos remetem ao núcleo do debate da microrregulação, em particular da qualidade final da assistência prestada aos usuários dos planos. As condições de trabalho médico em algumas entrevistas nos pareceram tão precárias, tão sujeitas a estratégias econômicas das operadoras, que o simples fato de receberem em dia, como parece ser o caso de uma das empresas de medicina de grupo, fazem com que os médicos a avaliem como boa.

Na análise dos próximos blocos temáticos, busca-se caracterizar como os diferentes tipos de operadoras constroem diferentes relações com os médicos. Assim, é possível, pelo menos parcialmente, recolocar a hipótese de que as operadoras estão cada vez mais parecidas entre si. É verdade, sim. Em particular o conjunto de estratégias de disciplinamento e controle

que vão adotando (ou tentando adotar), como que num aprendizado mútuo e constituindo um verdadeiro "campo organizacional". O que se quer destacar, neste momento, e a partir das entrevistas dos médicos, é que os diferentes modos de institucionalização do médico, seja nos hospitais, seja no âmbito dos seus consultórios, têm impactos importantes no modo de se organizar a assistência e trazem nuances de diferença para o processo microrregulatório.

A sobrevivência de práticas liberais no consultório: como se dá o acesso do paciente e a construção e manutenção do vínculo com os pacientes.

Aqui, trabalha-se esse tema *não* na perspectiva de uma análise mais acurada da prática médica hoje, mas para tentar ver como andam as estratégias microrregulatórias adotadas pelas operadoras quando olhadas a partir do consultório médico.

1. Como se dá o acesso do paciente ao consultório médico.

O ideal da livre-escolha, dentro dos limites e restrições colocados pelos vários planos, continua sendo exercido, em sua plenitude, em alguns tipos de planos, em particular nas seguradoras e nas cooperativas médicas que estamos analisando. Livre-escolha, tanto no sentido de que não há nenhuma forma de direcionamento por parte da operadora, para qualquer consultório, como no de que o paciente pode trocar de médico e procurar construir algum vínculo a partir dos seus próprios critérios. Em mais de uma entrevista, o médico reconhece o papel do boca-a-boca entre clientes como um mecanismo importante para formação de sua clientela. E eles se sentem orgulhosos disso. É interessante notar como um dos mais marcantes traços do liberalismo da prática médica consegue sobreviver às radicais transformações que estão ocorrendo no setor. Nas empresas de medicina de grupo, a forma predominante de entrada no consultório é, explicitamente, "encaminhamento feito pela central de atendimento da operadora". Aqui estão atuando os mecanismos de direcionamento, a partir de critérios bastante sofisticados de controle, desenvolvidos pela operadora, para aqueles médicos que se enquadram mais dentro de sua racionalidade de trabalho. A autogestão parece se situar em uma posição intermediária, na qual convivem os encaminhamentos feitos pela operadora, por colegas, mas também a livre-escolha e mecanismos

de boca-a-boca, mesmo na cidade grande. A análise do acesso aos especialistas é ainda mais "sensível" para avaliar esses mecanismos. As seguradoras e a cooperativa médica ainda mantêm a prática de permitir a livre-escolha do especialista no seu consultório, a partir de listas de conveniados acessíveis em manuais ou em *sites* na internet, o que tem sido, pelo menos por parte das cooperativas médicas, objeto de preocupação e busca de alternativas mais controladoras, embora mais de um médico de uma das seguradoras tenha reconhecido existir algum direcionamento por parte da operadora, em função de critérios geográficos (proximidade do consultório médico da residência do paciente). No entanto, ainda no presente momento, mantém-se essa forma mais liberal de acesso, mesmo que traga implicações desfavoráveis para a operadora quando se analisa o processo microrregulatório. Estratégias do tipo "médico de família" e/ou criação de serviços próprios têm sido adotadas como formas de controle e direcionamento do acesso dos pacientes.

O impacto de estratégias microrregulatórias no grau de autonomia do médico na sua prática cotidiana.

Para a análise deste bloco, foram destacados os aspectos que se referem ao controle da produtividade e da jornada do médico, a periodicidade para pagamento de consulta de retorno, a adoção de protocolos e o grau de restrição no acesso de tecnologias necessárias ao cuidado.

1. O controle da produtividade e da jornada do trabalho médico. Com exceção das empresas de medicina de grupo, as demais operadoras estudadas não trabalham com nenhum mecanismo de controle de produtividade e, como era de se esperar, da jornada de trabalho, pelas características do contrato estabelecido entre médicos e operadoras. Sobrevive, aqui, outra característica do trabalho liberal em medicina, para além do tema da livre-escolha, que é o controle do médico sobre sua jornada de trabalho, quando atuando no consultório. De novo uma das operadoras de medicina de grupo se destaca no grupo pelo alto grau de normatização que impõe sobre a prática médica, estabelecendo o número de pacientes a serem atendidos em determinado período. Mais de um médico relatou que a produtividade exigida é de um paciente a cada 15 minutos, o que confirma que há mecanismos realmente bem

controladores do acesso do paciente ao consultório, senão isso não seria possível. É a mesma prática adotada pelo SUS para os médicos que trabalham na rede básica: uma consulta a cada 15 minutos, sempre amparado em indicações da Organização Mundial de Saúde. O cruzamento de produtividade com "cotas" de produção diária resulta em verdadeiro estabelecimento de jornada de trabalho para os médicos das empresas de medicina de grupo e constitui um potente mecanismo de microrregulação, invadindo o sagrado espaço da autonomia do médico em seu consultório. Não há nada parecido com isso nas outras operadoras! Os médicos de uma das cooperativas fazem referência à exigência de um número mínimo de atendimentos mensais para que o médico não seja "desligado" da cooperativa (Um entrevistado aponta a necessidade de produção de, no mínimo, 60 consultas por mês), o que não foi confirmado por outros, como sendo uma prática freqüente. Dois entrevistados da mesma cooperativa apontam para o fato de que a cooperativa exigiria um certo "balanço" entre vagas reservadas para a operadora e para particulares, mas que, na prática, isso não seria um problema na medida em que os últimos vão se tornando cada vez mais raros.

2. A periodicidade para consulta de retorno. Aqui, todas as operadoras se parecem entre si, ao estabelecerem intervalo mínimo entre uma consulta e outra para serem consideradas uma nova consulta paga e não um simples "retorno" (que não é reembolsado). Há variações entre as operadoras: numa das cooperativas, o intervalo é de 28 dias; no caso da autogestão, a informação que os médicos dão não é precisa, pois há informação de que seria de 7 a 8 dias, (pediatra), variável conforme necessidade (ginecologista); nenhuma restrição (cardiologista que trabalha em serviço próprio da operadora) e nenhuma restrição (geriatra de serviço próprio também), o que parece mostrar que esse tipo de restrição se aplica apenas aos médicos credenciados e não aos próprios; em uma das seguradoras, o intervalo mínimo é de 15 dias; na outra, é de 30 dias. Para algumas especialidades, em particular para os pediatras e, menos, os obstetras, essa restrição do tempo é um dos principais problemas com as operadoras. Ilustra bem essa dificuldade a fala de um pediatra ligado a uma das seguradoras:

A questão que eu volto a frisar é esse intervalo de 30 dias. Para a pediatria não é muito agradável, não, não é legal, não. E eu não posso, por exemplo, cobrar de um paciente que vem duas a três vezes no mês, eu não posso cobrar porque ele não está sabendo desse impedimento. Porque ele não tem como exigir da operadora: -Ah! Mas eu tenho direito. O doutor não quer atender, ele quer me cobrar particular porque já passou de uma vez por mês. Aí fica uma situação difícil.

Algumas operadoras, em função das reclamações dos médicos, têm adotado algumas medidas "liberalizantes", entre elas a disponibilização de um certo número de "consultas de retorno" por mês, mas sempre exigindo uma boa justificativa por parte do médico. O aparente paradoxo nesse item é que os médicos de uma das empresas mais controladoras, uma das medicinas de grupo, são unânimes em afirmar que não há nenhuma restrição de intervalo de consulta! Isso parece reforçar a idéia do quanto o médico, nesse tipo de operadora, está expropriado do controle do seu processo de trabalho, ou seja, o controle da periodicidade de consulta é feito pela própria operadora. A operadora se interpõe entre o médico e o paciente de mais de uma forma. De fato, o médico credenciado da medicina de grupo, isto é, não considerado "próprio", é o único que em sua entrevista refere-se ao intervalo mínimo de 20 dias entre as consultas.

3. As restrições no acesso aos procedimentos diagnósticos.

Esse é, com certeza, um ponto fundamental do processo microrregulatório que envolve diretamente o médico e que tem muito peso no esforço de redução de custos das operadoras. Aqui, o que emerge das falas dos médicos entrevistados nem sempre é claro, apresenta inconsistências e merece uma análise mais cuidadosa. Os médicos das duas seguradoras estudadas são enfáticos em afirmar que não há nenhum controle na quantidade dos exames pedidos e que, afinal, o médico seria o árbitro principal do que é ou não (des)necessário solicitar. No entanto, um cardiologista de uma delas refere que a operadora veta a solicitação simultânea de ECG e teste ergométrico.

Se é realizado um exame, o outro não pode ser feito. Se realizo o teste ergométrico, não paga o ECG., o que é um absurdo.

Uma médica ligada à autogestão queixa-se de que

a gente só tem dificuldade aqui de fazer ergometria pros nossos pacientes de 40 anos que querem fazer exercício e a operadora glosa. É um absurdo, não posso liberar uma pessoa com 40 anos para fazer exercício físico sem uma ergometria. E se eu ponho 40 anos sem diabetes, sem hipertensão, mas quero saber a condição física dele, tem sido glosado. Isso é um absurdo. Só aceita se tiver hipertensão, hipercolesterolemia. Eu não vou esperar a pessoa ficar doente para mandar fazer exercício. O exercício é prevenção. Se a pessoa tem 40 anos e fuma ou que não fuma, só o fato de ter 40 anos eu não posso liberar ela pra fazer um exercício sem que eu saiba... A operadora glosa a ergometria, desde que não seja por uma patologia.

Para uma ginecologista, a seguradora a quem está ligada "cria caso com o Doppler, mas não com o ultra-som". No caso de uma das cooperativas, está em operação uma estratégia de disciplinamento por parte da operadora, bem reconhecida pelos médicos, que é a "meta referencial". Por ela, é estabelecida uma proporção ou percentual de exames que podem ser solicitados para um determinado número de consultas. Esse número parece variar por especialidade, mas os entrevistados fizeram referência a 40% (os procedimentos não podem ultrapassar esse percentual em relação ao total de consultas). Os médicos que ultrapassam a meta referencial são advertidos, primeiro por escrito e depois chamados "para uma conversa". Apesar de os médicos fazerem referência de que uma "boa conversa" com alguém da diretoria da cooperativa, na qual o médico justifica tecnicamente o "desvio da norma" (fazendo prevalecer, assim, sua autonomia e "autoridade"), acaba resultando em um "acordo", mesmo que provisório, dá para perceber que essa é uma estratégia bem percebida pelos médicos e que acaba tendo impacto na sua prática cotidiana. A direção da operadora afirma notar uma posição de aceitação da medida por parte dos médicos. De fato, conforme um médico entrevistado chega a dizer:

Em relação a essa questão (a implantação da meta referencial), sou de opinião que liberalidade (de pedir o que quiser) afunda qualquer um, imagine uma cooperativa com 2.700 médicos, com cada um fazendo o que quer. Além do mais, tem, como já disse, esta prática do exame autogerado que muita gente abusa, e aí depois reclama que o valor do CH (coeficiente de honorário), isto é, o valor pago por consulta, foi lá para baixo.

4. Solicitação de exames: De novo nos chama a atenção o fato de que os médicos de uma das empresas de medicina de grupo, a operadora que mais exerce mecanismos de controle e disciplinamento da prática dos médicos, são consensuais em afirmar que não sentem nenhuma restrição por parte da operadora na solicitação de exames, mesmo quando insistentemente "questionados" pela entrevistadora, embora reconhecendo o problema em relação às demais operadoras. Pelo contrário, quando comparam a operadora em questão com outras operadoras de sua experiência, a colocam em "um nível melhor" que os demais convênios. Uma hipótese a ser considerada, para entender tal fato, é a possibilidade de esses médicos se sentirem "médicos da casa" e terem já introjetado as normas da operadora e atuarem, aparentemente sem coerção externa, dentro de determinados parâmetros que são da operadora. Da mesma forma, poderíamos afirmar que todas as operadoras operam, hoje, com restrições nos intervalos de solicitação dos exames considerados de alto custo, dependendo, todos eles, de autorização prévia para sua realização. As autorizações são, regra geral, realizadas como procedimento administrativo altamente regulamentado: a liberação depende de uma autorização, construída a partir das normas estabelecidas pela operadora e que surge na tela de um computador, acionado por qualquer funcionário. O que acontece é que os médicos já trabalham com a internalização da norma, isso é, conhecem as regras que a operadora adota para autorizar a realização/repetição de determinado exame e adequam sua conduta à estratégia de disciplinamento da operadora. Outra constante na fala dos médicos entrevistados é que eles afirmam que sempre haveria uma brecha para negociação da norma, sempre respaldada na sua autoridade técnica. Não foi possível verificar, pelos conteúdos das entrevistas, se há diferenças de rigor entre as normas adotadas pelas várias operadoras.

5. A adoção de protocolos como processo microrregulatório: a prática do médico no consultório ainda escapa, como regra geral, a qualquer pretensão disciplinadora por parte da operadora, isto é, a operadora tentar impor, ela mesma, protocolos clínicos que estabeleçam condutas médicas. Ainda é escasso, nas operadoras estudadas, o uso de protocolos - estabelecidos pelas operadoras - como estratégia microrregulatória da prática dos médicos nos

consultórios. Apesar disso, praticamente todos os médicos reconhecem a importância crescente da adoção de protocolos, até como "respaldo" para suas práticas, mas sempre como uma iniciativa própria, a partir dos consensos estabelecidos por suas respectivas sociedades de especialistas. Ainda é muito forte uma certa tradição de fidelidade do médico à escola em que teve sua formação (em particular, a residência médica) e as orientações das sociedades de especialistas. De qualquer forma, é interessante notar que algumas especialidades parecem já começar a adotar protocolos mais formais vindos da operadora, como é o caso de algumas especialidades como a mastologia, em particular para o tratamento de câncer. Nesse caso, a estratégia de disciplinamento e controle por parte da operadora torna-se uma premência em função da incorporação tecnológica, em particular do alto custo. Uma das cooperativas tem um comitê de especialidades que produz, com a participação de representantes das várias entidades de especialistas, um conjunto de protocolos que, embora não sejam adotados como orientadores de condutas nos consultórios, são utilizados em situações conflitivas, em particular quando a indicação terapêutica do médico é questionada. O protocolo, nessas situações, funciona como uma espécie de "palavra final", capaz de dar o julgamento definitivo (porque apoiado no saber médico) em uma situação litigiosa. A possibilidade do avanço na adoção de protocolos ocorre, então, em três situações principais: a) no ambiente hospitalar, os médicos agrupados por especialidade criam consensos mínimos a serem adotados pela equipe e com o aval do estabelecimento hospitalar para alguns procedimentos, em particular, os cirúrgicos. Aqui, o grau de autonomia dos médicos é marcante e qualquer protocolo só é adotado com sua adesão voluntária. As operadoras ficam de fora desse tipo de protocolização; b) nas especialidades oncológicas, pelas razões já comentadas antes. É uma das poucas situações em que a operadora consegue disciplinar, em alguma medida, o núcleo do trabalho médico; c) por fim, está havendo um crescente processo de protocolização naqueles serviços próprios das operadoras, montados para funcionar como programas de atendimento a grupos especiais de risco ou como ensaios de "portas de entrada" para o seu sistema, um pouco parecidos com a lógica de funcionamento

das unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). A autogestão estudada é um bom exemplo. Os serviços próprios de uma cooperativa que funcionam como porta de entrada para determinados planos é outro exemplo. São espaços em que a prática médica é atravessada por medidas racionalizadoras, entre elas: a) controle da demanda inicial de paciente (fim da livre demanda); b) controle de horário e produtividade; **c)** direcionamento para especialistas e serviços diagnósticos preferenciais da operadora; d) direcionamento para hospitais preferenciais da operadora, inclusive com os quais negocia pacotes especiais de preço em função da garantia de um bom fluxo de clientela; e) adoção de protocolos, inclusive com bem-estabelecida divisão/delegação de tarefas consideradas médicas para outros profissionais, resultando na criação de equipes de saúde que, nem de longe, existem nos consultórios médicos.

O médico como construtor da linha de cuidado.

Estamos denominando de construção da linha de cuidado a articulação ou a facilitação do acesso ao conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares, aos cuidados de especialistas médicos ou de outros profissionais de saúde (psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiros e outros) e as tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado de que as pessoas necessitam.

Usou-se o termo "contribuir" por se entender que o consumo de todas as tecnologias disponíveis para melhorar e prolongar a vida é parte de um conjunto mais amplo de necessidades de saúde que precisam ser atendidas, entre elas, as condições de vida, a construção de vínculo com profissional ou equipe (CECILIO, 2001). Considera-se, ainda, que o acesso a cuidados em todos os níveis de complexidade e de forma articulada constitui-se em direito básico de cidadania e deva ser garantido tanto no SUS como no setor suplementar.

Conforme a opção metodológica que fizemos, focou-se a atenção em três linhas de cuidado principais: o cuidado com o paciente cardiológico, em particular em situações de enfarte do miocárdio, o cuidado ao parto e ao paciente pediátrico. Nas várias operadoras estudadas e com graus diferentes de possibilidades, o médico segue tendo um papel importante na construção da linha de cuidado do paciente, quando lhe é permitido, em

particular pelo papel de direcionamento que joga para construir o cuidado que o paciente requer. Ora, a prática do direcionamento é uma das principais estratégias que as operadoras adotam para alcançar uma maior racionalidade e controle dos seus recursos, na perspectiva de aumentar sua lucratividade e competitividade no mercado. Mesmo as seguradoras se utilizam do direcionamento ao constituírem sub-redes de prestadores hospitalares em função do tipo de plano. É interessante perceber isso a partir da visão dos médicos que, em geral bastante alienados em relação às estratégias regulatórias adotadas pelas operadoras, sabem exatamente os pacientes de quais empresas não podem usar certos hospitais, em função de restrições contratuais. Por exemplo, os obstetras ligados a uma das seguradoras, em Belo Horizonte, sabem exatamente que as mulheres que trabalham (ou são dependentes) em determinadas empresas, não podem ter acesso às maternidades consideradas diferenciadas na cidade. Eles "descobrem" isso na lida direta com as pacientes, quando tentam construir a linha do cuidado ao parto.

Esta seguradora tem sub-redes de maternidades muito estruturadas, no município de Belo Horizonte, em função dos vários tipos de planos que possui. Pode-se afirmar que, quanto mais o médico estiver "expropriado" de sua capacidade de construção do cuidado, maior será o controle que a operadora terá conseguido sobre o fluxo dos pacientes, de acordo com seus interesses (encaminhar/direcionar para serviços próprios, encaminhar/direcionar para serviços mais baratos etc). Nessa medida é que se entende que *a construção do cuidado é um tema central do processo microrregulatório*. As operadoras apresentam diferenças importantes entre si, que podem ser apreendidas a partir das entrevistas dos médicos. O médico controla alguns recursos essenciais para a construção do cuidado: a) o fato de trabalhar em vários lugares, o que lhe permite circular tanto por ambientes ambulatoriais como hospitalares; b) os contatos pessoais de que dispõe em vários serviços de saúde e/ou de serviços diagnósticos e terapêuticos que ele pode acionar, muitas vezes por telefone. Um exemplo disso é o fato, declarado por alguns cardiologistas, de que acionam, sempre que necessário, algum colega em um hospital que faz cineangiocoronariografia ou a colocação de *stent* em algum hospital cardiológico de alta complexidade em São Paulo. Uma médica fez a seguinte afirmação:

Sem nenhum problema (para encaminhar). Sem dificuldades. São todos meus amigos, só encaminhando para os amigos. A gente já fez uma rede aqui. Rede mesmo, e funciona cem por cento.

Uma pediatra de Belo Horizonte, credenciada por uma das seguradoras, deu o seguinte depoimento que ilustra à perfeição esse papel do médico e por isso vale a pena ser transcrito integralmente:

Todos os meus meninos que vão a subespecialidades, eu ligo para o colega – oh, Fulano, eu estou com um caso assim, assim, assim, queria que você olhasse meu paciente pra gente discutir o caso. Então, eu é que na verdade faço marcação do meu cliente. Mas é que não deixo ele solto porque tem que ir na figura de referência, alguém que você conhece, porque faz um elo, senão o paciente fica muito perdido. Quem tem mais de um médico, não tem ninguém, não (...) Eu não deixo os meninos soltos de jeito nenhum.

Esse tipo de contato pessoal facilita a vida do paciente, que tem o acesso agilizado e garantido a determinado serviço, mesmo que siga rigorosamente todas as regras da operadora. Vale a pena citar um pouco mais a médica mineira:

Eu arrumo, eu ligo, eu negocio com quem está do outro lado. Não deixo nada em mão de pai e mãe, porque acho que isso não é coisa pra pai fazer. Você com seu filho doente, e ainda vai ficar procurando vaga. A responsabilidade é de quem está olhando o paciente.

As seguradoras e uma das cooperativas são as operadoras nas quais essas práticas são ainda exercidas em sua plenitude, tanto no caso dos pediatras, como no dos cardiologistas e obstetras. Os médicos vão compondo uma rede de referências de serviços e/ou outros colegas que reúnam três atributos: primeiro, são considerados bons profissionais; segundo, são contatos ou referências pessoais do encaminhador e, terceiro, são credenciados da operadora do plano ao qual o seu paciente é segurado.

Situação oposta é relatada pelos cardiologistas de uma das empresas de medicina de grupo que referem a existência de um cardiologista da operadora que funciona como uma espécie de "central de direcionamento" para os serviços considerados de interesse da operadora. Aqui, há presença forte da operadora interpondo-se entre o médico e o paciente e funcionando de acordo com uma lógica que não é mais a do médico autônomo no seu consultório. O direcionamento é feito todo de acordo com a lógica e os interesses da operadora. Mesmo na autogestão, o médico parece manter uma maior autonomia para encaminhar para os hospitais credenciados, mas nos quais tenha algum vínculo profissional que lhe permite ver o paciente internado ou tenha algum contato com pessoas.

Como afirma um pediatra quando perguntado como consegue vaga para internar as crianças que atende no consultório:

Eu procuro. Deixa eu te explicar uma coisa. Eu atendo o meu paciente, eu só tenho dois credenciamentos. Eu só tenho duas operadoras, eu não atendo a nenhuma outra. Eu acho que quando você interpõe alguma coisa entre você e o doente isso despersonaliza demais o atendimento. Então, meu paciente, eu pego a vaga e eu acompanho. Eu ligo direto (...). O credenciamento [de hospitais] da autogestão é muito ruim, mas eu ainda tenho facilidades porque eu conheço todo mundo ali e consigo as vagas. Mas eu mesmo ligo e não dependo deles [da operadora] não, até porque depender de burocratas não é uma boa coisa.

Parece-nos que essa fala sintetiza bem o que se afirmou antes e é bem expressiva do quanto *o médico, sempre que pode, e "mesmo contra burocratas"* (lógica da operadora), *segue disputando a construção do cuidado*. Pode-se perceber, nas várias entrevistas, que o médico, na medida do possível, vai construindo seu "território profissional", qual seja, uma rede de serviços e contatos que ele utiliza a partir do consultório e que, em grande medida, escapa ao controle da operadora. A articulação apontada antes entre a rede de médicos de uma das cooperativas e os hospitais credenciados é um bom exemplo disso. Outro "analisador" interessante para se observar como o médico constrói o cuidado diz respeito a como os gineco-obstetras conseguem realizar o parto das pacientes que acompanham no pré-natal. A ginecologista entrevistada de uma das seguradoras afirma realizar mais de 50 por cento dos partos das clientes que fazem o pré-natal com ela e explica tal possibilidade pelo fato de ser credenciada em todas as maternidades da cidade e pela articulação que consegue com o colega de plantão, que a mobiliza quando a paciente entra em trabalho de parto. Ambos os obstetras da outra seguradora afirmaram realizar mais de 50% dos partos das pacientes que acompanham, embora um deles reconheça, explicitamente, que quando a mulher tem um "plano de enfermária", é mais difícil realizar o parto, porque os valores pagos não compensam. Os baixos valores pagos pela realização dos partos seriam um desestímulo para os médicos se envolverem com tal atividade.

Os médicos entrevistados de uma das empresas de medicina de grupo realizam raros partos das pacientes das quais acompanham o pré-natal, em particular por restrições de horários, por estarem mais "presos" aos consultórios, até pelas características que já apontamos. A gineco-obstetra

da autogestão afirma realizar a maioria dos partos, utilizando-se de mecanismos parecidos com o relatado pelos obstetras das duas seguradoras, isto é, conseguir que a paciente procure hospital credenciado pela operadora e no qual ela também trabalhe e uma boa articulação com o colega de plantão, que a avisa sobre rompimento de bolsa e estágio das contrações. Ela afirma que "vale a pena" financeiramente fazer partos por sua operadora porque a tabela de honorários adotada é da AMB, mas também informa que *"na autogestão não tem problema, não, mas em alguns planos eu não faço, porque a remuneração é muito pouquinha, não vale a pena"*. Convivem, então, os dois poderes: a modalidade de prestação de serviços dos médicos ainda define, numa relativa autonomia, os encaminhamentos, as necessidades eletivas, os critérios e os locais. Apesar dela, há forte modulação produzida pela questão das carências, coberturas e outros mecanismos que segmentam a clientela em vários subgrupos. A presença das operadoras introduziu, como já se mencionou, outras regras de acesso; porém, mais do que isso, introduziu mecanismos de controle e regulação na 'contratualidade' da relação em que antes interagiam, mais 'livremente', os médicos e seus pacientes, ou melhor, os médicos, seus pacientes e os hospitais.

Em busca de uma síntese

O presente estudo foi realizado em um momento muito particular do recente processo de regulação do mercado de saúde no Brasil, quando a Agência Nacional de Saúde Suplementar ensaia lançar alguma luz no campo *"que ficou fora dos holofotes da regulação"*, segundo a feliz expressão de Bahia (2002). Fruto de debates e confronto de interesses na Câmara de Saúde Suplementar e no Fórum de Saúde Suplementar, foi editada pela ANS a Resolução Normativa n.º 42, em julho de 2003. Tal ato pode ser visto como o mais substantivo esforço de regulamentação do, até então, autônomo campo de microrregulação que se estabelece entre operadoras e prestadores. É interessante lembrar que a Resolução CONSU no. 8 (4/11/98), talvez o mais "capilarizado" dos documentos do campo da regulação da regulação, pelo menos no que diz respeito à assistência final ao usuário, ao normatizar os mecanismos de autorizações prévias, em situações normais ou de urgência/emergência, os critérios de co-pagamentos e franquias, os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização do acesso, entre outros, mas tudo, enfim, que possa representar mecanismos de regulação efetiva na ponta (muitas vezes

"criptomecanismos" regulatórios), ainda segue sem implementação efetiva (por falta de regulamentação complementar e instrumentos fidedignos de acompanhamento e avaliação desses mecanismos mais "finos" de regulação adotados pelas operadoras).

Os resultados apresentados e discutidos, até agora, foram coletados no campo da microrregulação, em particular no espaço das relações entre operadoras e prestadores, nesse exato momento em que o Estado, por meio da ANS, tenta induzir um reordenamento das relações entre esses atores. Ainda não houve tempo, no momento da elaboração dessas reflexões, para se avaliar o alcance de tais medidas regulatórias por parte do Estado, de um território que se caracterizou, historicamente, por sua capacidade de auto-regulação, apesar do acúmulo de crescentes contradições que, no limite, ameaçam sua sobrevivência, mas que conseguem 'negociar' protelações importantes. Os poucos estudos realizados sobre as características desse campo (SILVA, 2003; LIMA; OLIVEIRA, 2003) e os presentes resultados podem contribuir para uma melhor compreensão das características do campo microrregulatório, em particular alertar para os limites e possibilidades da ação regulatória estatal: a Resolução Normativa n.º 42/03, por exemplo, previa um prazo de 180 dias para a adoção dos instrumentos jurídicos propostos.

O presente estudo nos autoriza a dizer que a agenda de temas mais importantes do campo microrregulatório, muito em particular as relações entre prestadores e operadoras, pode ser organizada em alguns grandes blocos temáticos. O primeiro deles diz respeito ao conjunto das **relações administrativas, financeiras e comerciais que se estabelecem entre operadoras e prestadores**. O segundo diz respeito à **construção de redes nas várias modalidades de planos** no contexto pós-regulação, em particular à adoção do direcionamento como importante estratégia microrregulatória. Um terceiro bloco, de limites e definição menos precisos, refere-se ao que poderíamos denominar da **transição tecnológica do setor e microrregulação** e sua importância estratégica para o futuro da saúde suplementar no Brasil.

Pode-se afirmar que o primeiro bloco temático, aquele que trata das **relações administrativas, financeiras e comerciais entre operadoras e prestadores** já é bastante conhecido nas suas características principais, em particular no que diz respeito ao que seriam os seus pontos mais tensos e que estariam exigindo uma intervenção externa, no caso por parte de um

ente estatal como a ANS. A proposta de minuta que instruiria a futura Resolução Normativa, apresentada na reunião da Câmara Técnica de 06/01/2002 e aprovada pelas entidades presentes, é um indicativo de como esses pontos de maior conflito já são bem conhecidos, em particular quando aquele diretor aponta os itens que deveriam constar de contrato entre operadoras e prestadores: prazos de faturamento e pagamento dos serviços prestados pelo hospital, a rotina de conferência e certificação das faturas recebidas pela operadora, o 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, entre outros aspectos (Ata da 30ª. reunião da Câmara de Saúde Suplementar, 12/06/03).

Entre esses pontos mais tensos, destacam-se os que foram identificados pelo presente estudo: os fluxos de pagamento (inadimplência, dilatação dos prazos de pagamento e crescimento do índice de glosas), situações que envolvem a utilização de órteses e próteses, a incorporação tecnológica, em particular a indicação de determinadas terapias de alto custo, incluindo aí equipamentos e medicamentos, as tabelas de medicamentos utilizadas, o atendimento em situação de urgência, a maior ou menor agilidade nas autorizações, as rotinas para auditoria técnica/administrativa, a transferência inter-hospitalar de pacientes, a reutilização de materiais, a sistemática de reajustes de serviços e os honorários médicos, entre outros.

A Resolução Normativa n.º 42/03 aborda, em boa medida, algumas dessas questões mais importantes, em particular quando estabelece um conjunto de cláusulas obrigatórias que devem constar em todo instrumento jurídico, que estabeleça as condições de prestação de serviços para operadoras de planos. Destaca-se, em particular, o item que estabelece "*prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados, como: a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado; b) definição dos valores dos serviços contratados e insumos utilizados; c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver; d) rotina para habilitação do beneficiário junto à entidade hospitalar; e e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora*". Em princípio, uma boa parte dos problemas que constituem o que está sendo chamado de bloco **das relações administrativas, financeiras e comerciais** está sob o foco da RN n.º 42/03, embora falte, pode-se dizer, um certo detalhamento

sobre como conduzir na prática tais questões.

Porém, mais do que dificuldades em um "como fazer", como operacionalizar a RN, tem-se a impressão de que operadoras e prestadores têm interesse que se mantenham essas áreas de sombras, longe dos holofotes da regulação, por elas se constituírem em verdadeiros campos de manobras para desenvolverem suas estratégias de sobrevivência. Essa posição parece ser comum a ambas as partes, embora o presente estudo aparentemente revele uma maior adesão dos prestadores a eventuais medidas regulatórias, pela necessidade de conseguirem trabalhar com maior margem de previsibilidade orçamentário-financeira no seu cotidiano. Além do mais, é possível afirmar que os prestadores têm se apresentado como a parte mais fraca nesse confronto de interesses conduzido ao sabor das regras do mercado.

De qualquer forma, permanece sem resposta, nesse momento da regulação, o quanto o espaço de microrregulação pode, de fato, ser iluminado pela regulação, mesmo quando atos formais editados pela ANS o colocam sob foco. Nele, se entrecruzam os interesses da indústria de medicamentos e equipamentos, com seu forte poder de *lobby* e imposição de preços, a lógica da racionalização crescente do mercado de saúde, em particular a vital busca de redução dos custos como estratégias de sobrevivência no mercado por parte dos hospitais e das operadoras. Silva (2003), por exemplo, é um autor que aposta na possibilidade de uma confluência estratégica, sinérgica, entre operadoras e prestadores em nome da preservação e mesmo expansão do mercado de saúde, a partir de um alinhamento negociado de interesses. Embora o autor defenda a idéia de que a "mão reguladora" do Estado poderia funcionar como um árbitro dos atuais confrontos e contribuir para a (re)construção de novos pactos mais "civilizados" entre as partes atualmente beligerantes. Essa visão, ao que parece, não encontra sustentação na atual situação de mercado, em que não há uma posição de sinergia, mas, como regra, um grande antagonismo e, não menos importante, a lógica da Medicina como instituição que, embora em grande crise de paradigma, ainda mantém poder de fogo suficiente para influir, e muito, na modulação do campo. Nesse ponto, vale a pena lançar a atenção sobre o segundo bloco de temas presentes no campo microrregulatório, qual seja, aquele que trata da constituição das modalidades de planos no mercado de saúde e sua forte influência no processo microrregulatório.

como são organizadas redes de serviços que permitem um direcionamento da clientela de acordo com critérios de base econômica, visando à racionalização dos recursos e à contenção de custos, tem-se constituído numa estratégia microrregulatória central para todas as operadoras, hoje, dentro dos marcos legais colocados pelo processo regulatório. Normalmente considera-se a existência de três modalidades principais de plano: a modalidade reembolso, a modalidade rede e a modalidade de acesso. A primeira é a categoria típica do seguro saúde, da livre escolha. Uma modalidade na qual o usuário adquire o reembolso livre das suas despesas, tanto clínicas como hospitalares, a partir da tabela de reembolso negociada no momento da compra. Nesse caso, não existiria (a princípio) qualquer direcionamento ou qualquer mecanismo de regulação por parte da prestadora, vigorando, de fato, o regime de livre escolha. Na modalidade rede, o usuário de um plano teria (a princípio) acesso livre a uma rede determinada de prestadores de serviços (profissionais médicos, laboratórios, clínicas especializadas e hospitais). O consumidor poderia (a princípio) ter acesso livre a qualquer um dos prestadores da rede de acordo com sua necessidade. A terceira modalidade de plano, qual seja, a modalidade de acesso, é aquela pela qual o atendimento ao usuário é garantido a partir de uma rede pré-definida, em geral quantitativamente mais restrita, com regras de acesso também pré-estabelecidas ou mecanismos de regulação: porta de entrada, solicitação de autorização para determinados procedimentos, direcionamento para prestadores específicos e outros.

O presente estudo revelou o quanto essa divisão está menos nítida, isto é, o quanto todas as operadoras, mesmo as seguradoras, operam claros mecanismos de direcionamento por meio da constituição de redes de serviços preferenciais e que acabam funcionando como verdadeiros circuitos por onde caminham, de forma compulsória, os beneficiários de planos que necessitam de algum atendimento. Nas empresas de medicina de grupo estudadas, o direcionamento constitui-se na estratégia central de regulação, embora todas as operadoras, em menor ou maior grau, também o pratiquem. Pode-se dizer que há uma gradação entre as operadoras em função do sucesso que alcançaram na utilização de mecanismos de direcionamento como estratégia microrregulatória. No pólo mais utilizador do direcionamento, estão as empresas de medicina de grupo e, no pólo menos utilizador, está uma das cooperativas médicas estudadas.

partir de redes diferenciadas de prestadores, sendo que os hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico considerados de excelência vão servir como atrativos para os planos considerados os *top* de linha. Assim, não se sustenta a visão de que as seguradoras não atuam com direcionamento. Da mesma forma, nem sempre o plano que está sendo vendido é realmente um plano de rede, pois muitas vezes tais planos acabam adotando mecanismos de direcionamento, permitidos pela legislação, desde que claramente expressos no contrato e que não impliquem qualquer mecanismo de exclusão financeira e administrativa ou de cobertura médica.

Mesmo quando existem experimentos bastante avançados de novas formas de organização da assistência, que chegam a configurar um verdadeiro ensaio de transição tecnológica no setor, como será discutido na seqüência, *a grande arma racionalizadora das operadoras é o direcionamento para redes, tanto hospitalares, quanto para serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e para médicos em seus consultórios.* As empresas de medicina de grupo parecem conseguir o maior avanço nessa direção, a partir da utilização de refinados sistemas de informação baseados em complexos bancos de dados informatizados, de forma que conseguem construir verdadeiros sistemas panópticos de acompanhamento, em tempo real, do fluxo de pacientes dentro do sistema. A situação ideal a ser perseguida pelas operadoras é conseguir alimentar os seus *call centers* com um conjunto de informações sobre a movimentação de usuários, utilização de serviços, solicitação de exames por médicos em seus consultórios, entre outros dados, de forma a construir um processo de "decisão automática" cujo produto é a indicação de encaminhamento que surge na tela do computador da atendente. Assim, os **call centers** *passam a ser dispositivos centrais do processo microrregulatório quando acoplados à construção de redes diferenciadas de prestadores*, isto é, para além de informarem sobre critérios de elegibilidade para determinados procedimentos, eles funcionam, também, como verdadeiros direcionadores para prestadores selecionados pelas operadoras com base em critérios econômicos, sejam eles médicos menos consumidores de exames, sejam estabelecimentos hospitalares com os quais se negociaram pacotes e/ou melhores preços, com base no compromisso de garantia de fluxo de paciente. Por questões mercadológicas, as operadoras cuidam para que esses processos de direcionamento não fiquem explicitamente colocados para os usuários no momento em que desejam utilizar algum serviço. São mecanismos de direcionamento que são realizados, operacionalizados, no contato com os

prestadores, de forma que quase nunca ficam claros para os usuários.

Finalmente, o bloco temático que trata da **transição tecnológica e processo microrregulatório** abrange um conjunto de questões afins e que só podem ser analisadas e, de alguma forma compreendidas, nas múltiplas relações que estabelecem entre si. Trata-se, aqui, em primeiro lugar, da sobrevivência (ou não) da Medicina enquanto instituição, tal qual a conhecemos hoje, no contexto das transformações que estão ocorrendo no mercado de saúde hoje. A Medicina, enquanto instituição, conserva um núcleo de identidade que tem sobrevivido às várias transformações que vem sofrendo desde sua constituição como instituição. Considera-se que a Medicina moderna constituiu-se, no início do século XIX, com a inauguração do paradigma da Clínica caracterizado pela substituição de uma medicina classificatória das espécies patológicas por uma medicina fundada na anátomo-clínica.

(...) A ruptura que se processou no saber médico não é devida basicamente a um refinamento conceitual, nem à utilização de instrumentos técnicos mais potentes, mas a uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos. O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais (...) Ao mesmo tempo, uma mutação paralela e complementar se delinea: o nascimento de uma medicina do espaço social, a consciência explícita da doença como problema político e do médico como autoridade administrativa fundada na competência do seu saber. (MACHADO, 1986)

Tal núcleo caracteriza-se, centralmente, pelo monopólio do diagnóstico e da terapêutica por parte dos médicos, processo socialmente construído e legitimado na sua articulação com o Estado capitalista e, à custa da expropriação do poder de cura dos outros "cuidadores/curadores", deslocando-os para uma posição periférica, quando não totalmente marginalizada da prática médica oficial, chancelada pelo Estado. Entre as transformações pelas quais passou a Medicina, sem perder seu núcleo de identidade, pode-se lembrar a passagem de uma prática liberal, de consultório, para a que se denomina de medicina tecnológica, a partir da incorporação de novos equipamentos no processo produtivo, o surgimento das especialidades e uma institucionalização crescente da prática médica (SCHRAIBER, 1993). Uma verdadeira reestruturação produtiva da prática médica que não abalou, substancialmente, as suas características de autonomia e autoridade mais marcantes.

Atualmente, está havendo um embate entre a Medicina tecnológica e sua articulação com o complexo médico-industrial, com as novas formas de organização da assistência médica, construída a partir de uma lógica racionalizadora cujo modelo é fornecido, nos seus delineamentos principais, pela experiência da atenção gerenciada (*managed care*), tal qual experimentado nos Estados Unidos. Pode-se estar vivendo uma transição tecnológica no setor saúde, ainda não vislumbrada em toda a sua dimensão, caracterizada não mais pela incorporação de tecnologias duras ao processo de cuidado, mas pela busca de uma verdadeira tentativa de captura da autonomia dos médicos, através de sofisticados mecanismos gerenciais que possibilitem a introdução de uma lógica administrativa e racionalizadora no território onde o médico se manteve, até os dias de hoje, soberano nas decisões e na construção das relações com os seus pacientes (MERHY, 2002).

Parece ser correto falar em embate entre duas lógicas, porque o estudo mostrou, de forma bastante clara, como elas coexistem de forma tensa nas várias operadoras estudadas, embora haja diferenças na radicalidade como estas têm conseguido disputar e impor uma racionalidade alternativa à racionalidade médica dominante. O que aproxima ou assemelha as operadoras entre si é que, na prática ou na intenção declarada de todos os dirigentes entrevistados, há um evidente esforço de "se adaptar aos novos tempos", isto é, experimentar, implantar, testar novas formas de relação com os médicos, centralmente, mas com as organizações hospitalares ainda modeladas pela Medicina tecnológica, também, de forma a alcançar um novo patamar de racionalidade e controle que lhes permitam ser competitivas e sobreviver no mercado de saúde. Produzir uma real transição tecnológica no setor saúde passa a ser a meta máxima de racionalização ambicionada por todas as operadoras.

Convivem estratégias de disciplinamento das práticas médicas ainda dentro do modelo hegemônico atual e suas formas de articulação com o complexo médico-industrial, com aquelas que significam a criação de formas alternativas de se organizar a assistência, sempre à custa de alguma forma de enquadramento do médico a algum mecanismo de controle e disciplinamento, de forma a submeter a lógica autônoma da prática médica a uma lógica centrada na previsibilidade, racionalidade e eficiência na utilização dos recursos. Desafio central para todas as operadoras e, também, para os prestadores hospitalares, no contexto do mercado de saúde pós-regulação. Tanto as estratégias de disciplinamento das "antigas" práticas,

como a invenção de novas práticas e arranjos que configuram uma verdadeira transição tecnológica no setor podem ser consideradas como centrais para o processo microrregulatório.

Assim, os avanços no disciplinamento das práticas médicas se dão em dois sentidos. No primeiro, há um avanço sobre os *settings* mais tradicionais da prática médica, onde ela ainda conserva características de uma prática liberal e em boa medida mantém seu núcleo de identidade inalterado: o hospital e o consultório particular. No outro, há a criação de novos contextos de prática, novos *settings* para a Clínica, cujos melhores exemplos são os serviços próprios criados por mais de uma operadora, que atuam como porta de entrada para o seu "sistema" de saúde, nos quais se destacam a existência do trabalho em equipe simultâneo ao parcelamento do ato médico, a preferência por médicos generalistas que funcionam como direcionadores para os níveis de maior complexidade, a utilização de protocolos e a incorporação dos conceitos de promoção e prevenção como centrais no processo de cuidado, a discriminação de grupos especiais para acompanhamento mais próximo e diferenciado (*case management*), entre outros. Nesse último sentido é que se pode afirmar estar havendo experiências mais radicais de uma verdadeira transição tecnológica no setor, no qual o modo de se organizar a atenção resulta em estratégia central para o processo microrregulatório. Avançar na micropolítica do trabalho em saúde para aperfeiçoar a regulação no sentido pretendido pelo capital que atua no setor saúde.

Essas experiências são, entretanto, uma espécie de proposta contra-hegemônica: processos em construção e testagem, mas que não conseguem colocar, ainda, em xeque o modelo da Medicina tecnológica hegemônico. São quase experimentos em situação protegida, muitas vezes em prédios próprios destinados para isso, com a utilização de tecnologias, saberes, composição de equipes que diferem muito do consultório médico tradicional. É, principalmente, uma outra concepção da organização da assistência, na qual o médico fica capturado por uma lógica de gestão muito mais institucionalizada e controladora. Há um claro paralelo, nessas experiências, com várias modelagens ou modelos tecnoassistenciais trabalhados na rede básica de saúde do SUS, de que resulta o médico desapropriado de sua forma tradicional de trabalho. Todas as operadoras trabalham com regras que significam algum cerceamento à liberdade do médico no exercício da clínica, em particular todos os procedimentos de autorização prévia, de

perícia médica, de direcionamento de pacientes, entre outros apresentados neste estudo.

Apesar de restritos, esses experimentos demonstram "resultados" impressionantes de racionalização da utilização de serviços e, por conseqüência, de redução de gastos, que se tornam muito estimulantes para as operadoras. Por outro lado, é possível afirmar que, apesar de a motivação primeira para esses verdadeiros ensaios de transição tecnológica ser de ordem econômica, como bem reconhecem os dirigentes das operadoras, é inegável que tais formas de organização da assistência são potencialmente produtoras de valores de uso para os clientes, em particular quando conseguem vincular grupos de pacientes a equipes cuidadoras regulares, que se responsabilizam pelo acompanhamento dos pacientes de forma mais regular e integral.

No entanto, a "velha" instituição Medicina sobrevive, mesmo cheia de fissuras, aos novos tempos. Assim, para além da experimentação de novas formas de organizar a assistência (não tão novas se considerarmos a tradição da Saúde Pública brasileira na implementação desses tipos de diretrizes e referenciais teóricos em vários dos modelos assistenciais em disputa na construção do SUS), é necessário conseguir algum controle da prática médica na atual medicina tecnológica e sua articulação como a indústria de equipamentos e medicamentos. Esse é um território a ser enfrentado na sua configuração atual, em particular o tema da *incorporação tecnológica*, preocupação central para todas as operadoras, na medida em que a cada dia surge algum problema referente à utilização (ou não) de um novo tratamento demandado pelos usuários e/ou pelos médicos e todos se defrontam com a falta de uma regulamentação mais clara sobre o assunto.

O avanço sobre os *settings* tradicionais se dá de várias formas, entre elas, por meio da utilização intensiva da informação para construir algum monitoramento da prática médica, tornando público o que ainda se mantém (ou se mantinha) no terreno privado e pela tentativa de adoção de protocolos que consigam, em algum grau, interferir na decisão do médico, que ainda hoje se mantém livre de constrangimentos externos, com todas as conseqüências desse fato. A utilização da informação como forma de monitoramento e controle tem encontrado solo mais fértil nos consultórios, enquanto que a protocolização é mais notada no ambiente hospitalar, embora seja muito incipiente. Tenta-se fechar um círculo de controle sobre a autonomia dos médicos. Nesse movimento de "fechar o círculo", dois fatos

se apresentam com bastante nitidez. O primeiro deles é o quanto o médico, individualmente, tem tido dificuldade para compreender esse processo e, de uma forma mais consciente, se posicionar diante dele. Há uma distância grande entre a politização das entidades médicas e a capacidade que têm tido de tentar se contrapor aos avanços da regulamentação do mercado de saúde que se contrapõem aos interesses dos médicos e a postura individual desses profissionais perante o rolo compressor das medidas racionalizadoras impostas pelas operadoras e mesmo pelos prestadores hospitalares. O outro é o quanto o avanço nas medidas de controle e disciplinamento tem conseguido expropriar os médicos de um papel que sempre tiveram, seja a partir do consultório ou no ambiente hospitalar, de protagonistas na construção da linha de cuidado do paciente sob sua responsabilidade.

Operadoras como as empresas de medicina de grupo se interpõem de forma plena entre os médicos e seus pacientes, trazendo completamente para si o papel da construção da linha do cuidado, a partir de considerações de ordem econômica, de forma que o que acontece da porta do consultório para fora deixa de ser motivo de preocupação ou responsabilidade do médico. O "sistema" se torna impessoal, sem face, tanto para o médico como para o paciente. Perdem ambos nesse processo. Nesse sentido, a avaliação do quanto as estratégias de direcionamento para a construção do cuidado do paciente estão mais ou menos sob o controle das operadoras pode ser vista como um "analisador" do grau de sucesso destas no avanço sobre o território da micropolítica de saúde. Como se explicita, convivem os dois poderes: a modalidade de prestação de serviços dos médicos ainda define, numa relativa autonomia, os encaminhamentos, as necessidades eletivas, os critérios e os locais. Apesar dela, há forte modulação produzida pela questão das carências, coberturas e outros mecanismos que segmentam a clientela em vários subgrupos. A presença das operadoras introduziu outras regras de acesso; porém, mais do que isso, introduziu mecanismos de controle e regulação na 'contratualidade' de relação em que antes interagem, mais 'livremente', os médicos e seus pacientes, ou melhor, os médicos, seus pacientes e os hospitais.

Excetuando-se as medicinas de grupo que, por uso extensivo do direcionamento, parecem ter reduzido a capacidade do médico de construir o cuidado, em todas as operadoras estudadas o médico conserva algum grau de autonomia para a construção do cuidado do paciente e isso faz parte do seu núcleo de identidade. Tal fato, olhado do lugar do paciente, é uma coisa

positiva e, certamente, uma das explicações para a manutenção da legitimidade do médico na sociedade. É possível afirmar que a organização da assistência centrada no usuário, tomando os seus interesses e necessidades como ponto de partida, e não modelos assistenciais definidos *a priori*, deverá levar em conta a manutenção e, até mesmo, o reforço dessa capacidade do médico de ser protagonista na construção do cuidado. Esse parece ser um tema que tem sido deixado de fora da discussão sobre a microrregulação e que deveria receber atenção na atividade regulatória da ANS.

Referências Bibliográficas

ACIOLE, G.G. *A Saúde no Brasil: entre o Estado e o Mercado*. DMPS/FCM/Unicamp, 2003, 336 p. Tese de doutorado.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Editora Afrontamento, 1998.

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: ANS. Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. *Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Textos de Apoio*. Rio de Janeiro: ANS, janeiro de 2002.

CECILIO, L.C.O As necessidades de saúde como conceito estruturante da luta pela integralidade e eqüidade na atenção à saúde. IN: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS – UERJ – Abrasco, 2001.

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

CAMPOS, G.W.S. *Os médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e o empresariamento, a defesa da prática liberal da Medicina*. São Paulo: Hucitec, 1988.

FONSECA, V.S. A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos. IN: VIEIRA, M.M.F e CARVALHO, C.A. *Organizações, instituições e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2003.

GONÇALVES, R.B.M. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo: DMP/FM/USP, 1979, 210 p. Dissertação de mestrado.

GUELLEC, D. *Marketizing HMO's to Latin America. Profits and health care = strange bedfellows*. <http://mai.flora.org>. Outubro 1999.

HALL, R.H. *Organizações, estrutura e processo*. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

KUTTNER, R. *Must good HMO's go bad? First of two parts: the commercialization of prepaid group health care*. NEJM 1998; 328 (21):1558-1563.

LIMA, C.R.M.; Oliveira, R.M.S. *Prestadores de serviços no setor de saúde suplementar no Brasil*. <http://ans.gov.br> 2003.

MACHADO R. Por uma genealogia do poder. IN: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Graaal, 1986. Introdução: VII-XXIII.

MERHY, E. *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

REVEL, J. Microanálise e construção do social. IN: REVEL, J. *Jogos de escalas, a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1998.

SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA, A.A. *Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços - um novo relacionamento estratégico*. www.ans.gov.br. Acesso em nov/2003.

Parte 03

Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado

Deborah Carvalho Malta

Alzira de Oliveira Jorge

Túlio Batista Franco

Mônica Aparecida Costa

Introdução

Nas últimas décadas ocorreram inúmeros avanços relativos às políticas setoriais públicas, em especial no setor saúde no Brasil. O movimento da "Reforma Sanitária" constituiu-se em um movimento político em torno da remodelação do sistema de atenção à saúde, tendo a compreensão da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Este movimento aglutinou diversos atores sociais, formando uma ampla coalizão em torno de princípios que sustentavam a criação do Sistema Único de Saúde e que resultaram no arcabouço jurídico da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990, que definiram as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante; de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de verbas públicas. Em função dos baixos investimentos em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores médios para os planos e seguros privados (MALTA, 2001).

A expansão da saúde suplementar nas últimas décadas foi significativa, estimando-se, segundo os dados da PNAD/98, em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,5% da população do País (IBGE, 2000). Esses números expressam as profundas alterações que a prestação dos serviços de saúde vem sofrendo, colocando na agenda governamental a necessidade do estabelecimento de um ordenamento jurídico legal para o setor, que incorpore a regulamentação desse mercado privado, e a definição das suas responsabilidades. Essa regulamentação iniciou-se em 1998, mediante a Lei nº 9.656/98, mas ainda existe um grande percurso na sua consolidação (BRASIL, 1998). Convive-se com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, fragmentação e descontinuidade da atenção, que comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo, atingindo as redes de cuidados básicos, especializados e hospitalares, que atendem a clientela de planos de saúde.

A chamada "assistência médica supletiva" adquire inúmeros formatos na prestação da assistência e esses inúmeros aspectos devem ser mais bem conhecidos. O atual capítulo abordará os diferentes modelos assistenciais praticados na saúde suplementar, o processo de trabalho em saúde, as tendências de intervenção do capital no setor (atenção gerenciada) e as reflexões sobre modelos de atenção que se pretendem cuidadores.

Modelo Assistencial na Saúde Suplementar

Modelo assistencial, na literatura que trata especificamente da saúde suplementar, é um assunto pouco discutido e investigado, embora a temática esteja presente na legislação que regulamenta o setor. Na Lei nº 9.961/00, alterada pela MP nº 2.097-36, de 26.01.01, o tema de modelos assistenciais aparece em seu Capítulo I - art. 4º, que trata da competência da ANS: "XLI

– fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o parágrafo 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, incluindo: a) conteúdos e modelos assistenciais". (BRASIL, 2000). Verifica-se, portanto, que é objeto da ANS a regulação dos modelos assistenciais da saúde suplementar, embora os textos publicados que tratam do tema se preocupem, principalmente, com as discussões relacionadas ao financiamento, gestão e regulação geral. A despeito dessa situação, a saúde suplementar não deixa de determinar e operar modelos de atenção.

De acordo com Paim (1999), modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde/doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.

Autores como Merhy et al (1992) discutem a dimensão articulada dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência:

Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entendemos, desse modo, que os modelos tecnoassistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais" (MERHY et al, 1992).

Estes autores consideram que os modelos se apresentam como projetos tecnoassistenciais de grupos sociais, formulados para serem implementados enquanto estrutura concreta de produção das ações de saúde, realizando-se de forma "pura" ou incorporando propostas de outros modelos. Esses projetos tecnoassistenciais apóiam-se em conhecimentos e saberes que definem o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, para que servem e como devem ser organizadas tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas.

A conformação desses modelos expressa uma dada forma de poder político e, portanto, uma dada conformação do Estado e de suas políticas que pressupõem a construção de uma visão dos outros modelos, seja para a disputa enquanto projeto, seja como estratégia de sua manutenção.

Campos (1992) considera "modalidade assistencial" ou "modelos tecnológicos" como partes integrantes de um certo modelo tecnoassistencial.

Por sua vez, 'modalidades assistenciais' ou 'modelos tecnológicos' se prestarão para designar as várias partes constitutivas de um dado modo de produção, sempre combinadas segundo um sentido determinado pela totalidade do modelo. Combinações que, por sua vez, tenderiam a alterar as características arquetípicas (tipos ideais) de cada modalidade ou modelo tecnológico: clínico ou epidemiológico, estatal ou privado, produção de serviços segundo a lógica liberal ou assalariado, da pequena produção ou de empresas etc (CAMPOS, 1992, p.37).

A produção do cuidado na Saúde Suplementar

As principais características do modelo de assistência praticado na saúde suplementar assentam-se na fragmentação do cuidado, na ênfase em procedimentos, nas diretrizes biologicistas e interesses de mercado, conforme vem sendo discutido por diversos autores: Merhy (2002), Iriart (2000) e Bahia (1999). Dentro do "modelo médico produtor de procedimentos", ou Modelo Médico-Hegemônico, a assistência à saúde se tornou algo extremamente sumário, centrado no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde/doença referentes às condições sociais, ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando-se apenas as questões biológicas. Outro problema do modelo atual está no seu custo, extremamente elevado, porque utiliza como insumos principais para a produção recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos, como se estes tivessem um fim em si mesmos e fossem capazes de restabelecer a saúde por si só. São produzidos atos desconexos sem uma intervenção competente, articulada, cuidadora, reduzindo-se, portanto, a eficácia da assistência prestada nos serviços de saúde.

consiste na crescente especialização dos médicos e demais profissionais da saúde, o que acarreta redução da capacidade resolutive, da abordagem sob a perspectiva da integralidade, o que por sua vez aumenta a alienação desses profissionais em relação ao trabalho e seus resultados. Isso porque na medida em que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção, em tese, ninguém pode ser responsabilizado pelo resultado do tratamento como um todo. Este modelo se aplica também no cotidiano da clínica, ocorrendo uma progressiva perda da eficácia das práticas clínicas, diminuindo a resolubilidade dos profissionais. Por sua vez, as áreas básicas tendem a funcionar cada vez mais como "triadoras", avaliando riscos e encaminhando para outros. Isto implica mais e mais especialistas envolvidos, demanda por mais apoios diagnósticos, maior custo e maior imposição de sofrimento e restrições aos pacientes.

Para se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes como a integralidade do cuidado, o vínculo e a responsabilização, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, sobre a natureza do processo de trabalho, particularmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde.

Propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde buscam incorporar outros campos de saberes e práticas em saúde e configurar outras formas de organização da assistência anti-hegemônicas. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas à produção do cuidado, apostam em novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um devir para os serviços de saúde, centrado nos usuários e suas necessidades. Este é, atualmente, o contraponto à crise vivida pela saúde e indica um caminho novo a ser percorrido para sua superação.

A ação cuidadora envolve mecanismos de responsabilização por parte da operadora e dos produtores de serviços, envolve cuidados específicos e ação integral na qual não ocorrem a interrupção e a segmentação do cuidado.

O trabalho em saúde possui especificidades que o diferenciam dos outros trabalhos. Implica um espaço relacional, envolvendo o usuário e o produtor. Mesmo com os atravessamentos das operadoras e administradoras, essa relação intercessora entre o cliente e o produtor de saúde se dá em ato, em cada encontro e produz momentos criativos carregados de subjetividades que são determinantes no processo de recuperação da saúde.

Portanto, ao falar de modelo assistencial, a dimensão do processo de trabalho em saúde não pode ser de maneira alguma preterida, pois depende essencialmente do trabalho humano, vivo e em ato, sendo essa sua característica fundamental e insubstituível. O trabalho ocorre através das relações que são estabelecidas no encontro entre os indivíduos trabalhadores e os usuários.

O consumo de ações de saúde difere daquele do setor de serviços em geral, pois não se operam escolhas livres neste ato da decisão. O usuário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, em função de ser desprovido de conhecimentos técnicos e por não deter as informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Não cabem as premissas comuns ao mercado, como a livre escolha e a concorrência. Muitas vezes o consumo em saúde é imposto por situações de urgência e emergência, quando até a escolha do serviço e do profissional torna-se muitas vezes condicionada por outros determinantes, como por exemplo, a proximidade e a disponibilidade.

Revisitaremos alguns conceitos que se tornam fundamentais para subsidiar os marcos teóricos desse trabalho, entre eles, o do "trabalho vivo", que se refere ao trabalho em ato, o trabalho criador, liberado pelos profissionais de saúde no momento do ato cuidador; e o seu oposto, o "trabalho morto", que consiste no trabalho aprisionado e mecânico, comum nas linhas de produção, mas que também pode estar presente na saúde quando comandado pelas "tecnologias duras" (equipamentos, exames) e "leve-duras" (saberes bem estruturados como a Clínica Médica, a Psicanálise, a Epidemiologia e os protocolos delas decorrentes). O desejável é que o trabalho vivo em saúde lance mão também das "tecnologias leves" (saberes que resultam na produção do cuidado em saúde), liberando assim o potencial transformador e qualificando a assistência (MERHY, 1997a; MALTA; MERHY, 2003).

No setor saúde, mesmo que o "trabalho vivo" seja "capturado" pelas tecnologias mais estruturadas, descritas como duras e leve-duras, ou se estiver também submetido ao controle empresarial, o "espaço intercessor" referente ao encontro entre o usuário e o profissional de saúde abre possibilidades de mudanças e de atos criativos, sempre podendo ser recriado. Esse encontro é singular e sempre opera em ato, tornando difícil capturar o "trabalho vivo" na saúde. Por outro lado, esse espaço relacional é sempre conflituoso e tenso, existindo diversas possibilidades de desdobramentos, tornando-se um momento especial, portador de forças "instituintes".

A potencialidade desse encontro pode ser, entretanto, "amordaçada" em função do modelo de assistência praticado e dos seus pressupostos; poderíamos afirmar que, na maioria das vezes na saúde suplementar, os espaços intercessores são preenchidos pela "voz" do profissional de saúde e pela "mudez" do usuário. Esta relação em saúde deveria ser não "objetal", comandada pelo autoritarismo do profissional e baseada na "mudez" do usuário, mas do tipo "interseção partilhada", ou seja, onde acontecessem trocas, compartilhamentos, seja pela ética do profissional, pela sua disponibilidade de liberação de saberes e atos cuidadores, seja pela busca do usuário em restabelecer sua autonomia. O espaço intercessor é o lugar que revela essas disputas das distintas forças; e mesmo que se torne invadido pelas forças instituídas, as forças instituintes estarão sempre gerando "ruídos" em seu interior. Ou seja, cotidianamente ocorrem processos silenciosos nas relações entre os agentes institucionais, até o momento em que essa lógica funcional é rompida. Esses "ruídos" devem ser percebidos como processos instituintes que abrem possibilidades de interrogação sobre o modo instituído (MERHY, 1997b; MERHY, 2002; BAREMBLIT, 1996).

No caso da saúde suplementar, cumpre conseguir captar e entender esses "ruídos". Um momento muito claro nessa ruptura ocorre quando o usuário se dirige ao *site* da ANS e faz a sua denúncia, ou às entidades de defesa do consumidor e formula sua queixa. Esses ruídos devem ser monitorados, pois consistem em um observatório do funcionamento do sistema.

Analisar a saúde suplementar implica também interrogar o processo de liberação do trabalho vivo e sua potencialidade instituinte e criadora. Para assegurar a qualidade em saúde, faz-se necessário combinar a autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade dos profissionais de saúde com os usuários, recuperando a prática clínica assentada no "vínculo" e na responsabilização com o usuário, combinando autonomia e responsabilidade profissional.

A compreensão da importância de se operar sobre o trabalho vivo, visando ao seu controle e assim à reformulação do processo produtivo, já vem de longa data. Desde o século XIX, Taylor estudou a gerência científica e como expropriá-la do seu processo criativo, visando à maximização dos lucros. Esta concepção evoluiu com o Fordismo, o Toyotismo, o Total Quality Control e outros. Recentemente, nos EUA, desenvolveu-se por parte das

trabalho, visando à sua captura e ao direcionamento para outras lógicas, não no sentido da sua publicização e do seu direcionamento para práticas em prol do usuário, mas ao contrário, a serviço do capital. Essa perspectiva significa um novo ciclo, uma nova captura do trabalho, onde novamente o capital percebe a importância do "trabalho vivo" e introduz mecanismos de regulação do mesmo pela atenção gerenciada.

Principais tendências controladoras do capital sobre o trabalho em saúde: Atenção Gerenciada

Segundo Iriart (2000), a atenção gerenciada se caracteriza pela organização de serviços de atenção à saúde sob o controle administrativo de grandes organismos privados, financiados pela captação de usuários. Estes organismos intermedeiam a relação entre produtores de serviços e consumidores, e um ator fundamental é o capital financeiro, externo ao setor de saúde.

Os estudos em torno da "atenção gerenciada" vão apontando para um processo produtivo e de consumo, organizando uma rede articulada, pactuada entre diversos atores, a saber, a operadora do plano, os prestadores e usuários. Ao mesmo tempo, os processos produtivos vão transitando de um formato em que os processos de trabalho operados a partir do médico passam de uma liberalidade e autonomia para outro em que há uma certa regulação e controle das ações clínicas do profissional, mas que ainda mantém a lógica produtiva centrada nas tecnologias duras e leve-duras (FRANCO, 2002).

A Atenção Gerenciada (AG) representa o controle do ato médico operando a relação custo/efetividade, tendo como consequência a alteração da lógica de produção da saúde. A Atenção Gerenciada não tem *a priori* uma preocupação com a produção do cuidado, do ponto de vista do atendimento às necessidades do usuário, mas uma ação reguladora externa, visando à redução de custos. O processo de trabalho permanece centrado no modelo de "produção de procedimentos". Um elemento-chave no processo de implantação da atenção gerenciada é a introdução de um ator "auditor", na pessoa de um administrador como autorizador de procedimentos, guiado por protocolos técnicos, pelos quais este conduz o controle dos atos médicos, limitando-os de acordo com a pretendida eficiência do sistema. O auditor, que no caso representa interesses do operador do plano, fica entre o prestador (no caso, o médico) e o usuário (detentor da necessidade) e se coloca como

o regulador do uso das tecnologias de cuidado. Todo comando é realizado pela lógica administrativa. Procedem-se também mudanças organizacionais importantes, visto que o contrato de trabalho entre o operador e prestador é estruturado nos termos de uma nova pactuação da sua relação, onde o critério do ato prescritivo é determinado geralmente por protocolos, seguindo a lógica dos instrumentos administrativos e metas de consumo/receitas do respectivo operador do plano de saúde. Portanto, centra-se no trabalho morto para operar um controle externo.

Segundo Merhy (2002), o setor da Saúde Supletiva tem experimentado, nos últimos anos, uma importante mudança no sentido de otimizar custos na produção da saúde:

toma-se a possibilidade de transferência do processo de decisão sobre as ações de saúde a serem realizadas nos serviços, do campo das corporações médicas para o dos administradores, como uma estratégia vital para atacar a relação custo/benefício do sistema. Mas este não é o campo restrito de intervenção dessas propostas, pois ela também se filia a um outro conjunto de estratégias que visam à reorganização dos modelos de atenção partindo da ação dos prestadores privados, centrados nas políticas das instituições seguradoras e financeiras. (MERHY, 2002, p. 69-70).

Essa prática vem sendo reproduzida por operadoras de planos e administradoras não somente no mercado americano, mas são difundidas sem fronteiras, representando uma nova reconfiguração do capital e a absorção de novas estratégias que visem a novos controles e regulações do setor. Por isso, a perspectiva de repensar o processo de trabalho a partir da sua micropolítica é tão vital para a saúde suplementar. Essa pode ser uma nova perspectiva na recriação de uma nova forma de atuar. Frente a esse novo fazer no setor, torna-se fundamental analisar esse processo e tomá-lo como eixo da investigação, pois estamos diante de novo paradigma. Processa-se por meio da AG uma transição tecnológica que está articulada de fato a uma reestruturação produtiva em geral. Segundo Merhy (2002 p. 14)

reestruturação produtiva na saúde, hoje, pode não estar sendo marcada pela entrada de equipamentos, mas tanto pela própria "modelagem" da gestão do cuidado em saúde, quanto pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos.

Portanto, a novidade posta não está mais na introdução de novas tecnologias, do agir da indústria de equipamentos, na rendição dos médicos aos novos instrumentos, mas do capital, especialmente o capital financeiro, ao introduzir a ferramenta do cuidado e propor novos formatos de intervenção. Segundo o autor, a transição tecnológica que se vem construindo busca atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo, em ato, descentrando o trabalho em saúde, inclusive dos equipamentos e dos especialistas.

Observa-se desta forma que esta não se constitui em mais uma aposta anti-hegemônica do movimento sanitário em relação à medicina tecnológica, mas foi assumida como modo de intervenção do setor financeiro do capital, que assumiu a necessidade de um "gerenciamento do cuidado em saúde" como forma de criar uma gestão competitiva entre prestadores de serviços. Essa opção se dá em função da racionalização dos custos da produção dos atos de saúde, mas pode impactar positivamente na melhora da qualidade dos serviços prestados. Esta prática traz consigo o interesse das grandes corporações financeiras e outros setores, alicerçados no modelo americano, berço da proposta.

Opera-se um deslocamento da microdecisão clínica pela administrativa, o que, segundo Merhy (2002, p. 34),

altera profundamente o próprio ato de cuidar e o modo de operar a sua gestão, tanto no interior dos processos produtivos em saúde, quanto no campo de organização do próprio sistema.

Essas mudanças trazem em si um desafio básico para o movimento sanitário brasileiro, no sentido de se aprofundarem esses novos conceitos, bem como o tema da reestruturação produtiva e da transição tecnológica em saúde. Uma das grandes questões diferenciais na aposta do movimento sanitário e do capital consiste no entendimento de que o "gerenciamento do cuidado" seja inevitavelmente marcado pela idéia de saúde como direito universal de cidadania. Vários autores têm se debruçado na construção de modelos de atenção à saúde que superem o modelo médico hegemônico neoliberal. As proposições são claras no sentido de se investir em constituir organizações de modo mais coletivo, com processos de trabalho mais partilhados e coerentes com uma lógica centrada no usuário, apoiados em compromissos e vínculos entre os trabalhadores e os usuários (CAMPOS, 2000; CECÍLIO, 1997; MERHY, 2002).

A busca de novos modelos de atenção: a linha do cuidado

Não é fácil construir novos referenciais, mas a saúde suplementar terá que ser repensada sob essas novas bases, assentando-se em atos cuidadores que retomem a dimensão do vínculo no seu cotidiano, orientando o seu papel regulador a partir da ótica do usuário.

A reestruturação produtiva em curso nos traz novas questões que poderíamos enunciar da seguinte maneira:

Como criar novos formatos do trabalho em saúde, que se pautem pela resposta ao sofrimento dos usuários? Como buscar novas formas de prestação de assistência que possam dar proteção ou resolução aos problemas dos usuários? Como os modelos de assistência podem romper com a fragmentação e o descompromisso hoje existentes? Como pactuar um modelo nos pressupostos de garantia do acesso, acolhimento aos clientes, responsabilização, estabelecimento de vínculo e integralidade da assistência? Como democratizar a relação profissional e usuário? Seria possível criar espaços de acolhida às demandas e sugestões dos clientes na gestão do cuidado?

Visando aprofundar essa reflexão, levantaremos a discussão das redes de cuidado e as suas implicações dessa nova modelagem.

Segundo Cecílio; Merhy (2003), o desenho da linha do cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, aos quais está associada a imagem de uma "Linha de Produção" voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

A concepção da linha do cuidado parte da "missão" institucional do estabelecimento/serviço de saúde, definida a partir de quais produtos, para que clientela e com quais características (CECÍLIO, 1997). Entende-se a linha do cuidado alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto, seja em serviços de urgência, consultórios ou clínicas contratadas/conveniadas pela operadora. A partir desse lugar de entrada, abre-se um

percurso que se estende conforme as necessidades do beneficiário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O fluxo pressupõe um nível de acompanhamento ou de responsabilização da operadora/do prestador cuidador por esse usuário. O consumo de "tecnologias duras" (exames, imagens, procedimentos) implicará o retorno ao "cuidador" que definirá sempre pela necessidade de novos procedimentos ou pela instituição de determinada terapêutica. A figura do cuidador é central e pressupõe o uso intenso da "tecnologia leve" (dos saberes, da capacidade de decisão do profissional). Este é um espaço relacional pleno de subjetividades, implicando o encontro entre o usuário e o cuidador. O caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. Esse fluxo se faz sempre marcado por subjetividades, pelo encontro singular entre o profissional e o usuário. O usuário não faz esse percurso de forma impessoal, mecânica ou desvinculada de sentimentos e impressões. A retomada de uma perspectiva de um projeto terapêutico adequado a cada usuário na sua singularidade implica um fluxo contínuo, monitorado e controlado pelos atores que figuram como "gestores do cuidado" ou cuidadores.

Diversos são os atores que influenciam a linha do cuidado, sendo responsáveis pela sua (des)continuidade. Há os beneficiários que buscam assistência; as operadoras e os prestadores que regulam seu funcionamento pela pactuação de contratos e definição de fluxos; os profissionais de saúde que operam processos de trabalho tecnologicamente determinados e a Agência Nacional de Saúde Suplementar no seu papel regulador. Neste sentido, ocorre um grande pacto entre esses atores como condição para sua existência e eficácia no cuidado aos beneficiários (FRANCO, 2003).

A análise da linha de cuidado possibilita mapear todos os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir o beneficiário quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de negação de acesso, utilização dos recursos das clínicas especializadas, vigilância à saúde, promoção e os ruídos produzidos.

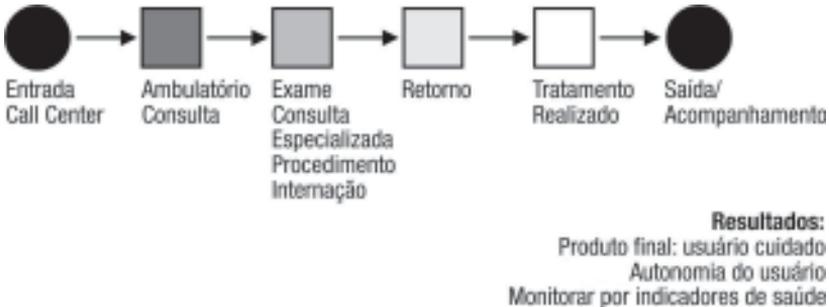
Ao analisar o caminhar do usuário na linha, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo das necessidades dos usuários, determinado

pelo suposto projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, seguimento de tratamento, acompanhamento, orientação e promoção ou, ao contrário, se ocorre interrupção da assistência ou fragmentação da mesma nesse processo.

As linhas de cuidado possibilitam descrever e avaliar a pactuação existente entre os diversos atores implicados com a organização e funcionamento, a sua contratualidade e intencionalidade na estruturação da assistência à saúde dos beneficiários. O esperado é de um “caminhar” na rede de serviços, que seja seguro e tranquilo, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência.

Importa registrar, ainda, que a “linha de produção do cuidado” não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico; ela deve continuar, dependendo do modelo assistencial que opera nessa linha, por meio do acompanhamento desse usuário para garantir a integralidade do cuidado, conforme fluxograma (Figura 9).

Figura 9 - Fluxograma da Linha de Produção do Cuidado em Saúde



Fonte: Franco (2003), modificado.

Cada etapa deste fluxograma configura um microprocesso de trabalho específico, determinado pelos atos de cada produtor de serviços/profissional de saúde envolvido no que se desenvolve ao longo da “linha do cuidado”, como uma determinação maior da produção da saúde. O consultório médico e o laboratório constituem-se em microunidades produtivas. Os processos existentes em cada etapa estarão integrados ou não, dependendo do modelo produtivo em curso. Ele poderá se expressar de forma fragmentada ou integrada. O importante é perceber que os processos de trabalho específicos de cada etapa acontecem em microunidades produtivas, nas quais umas fornecem insumos para outras.

O fluxograma possibilita indagar sobre os cuidados fragmentados em diversos pontos da cadeia. A ausência das práticas de promoção e prevenção pode ser determinante do estímulo à entrada na rede de serviços. Essa preocupação tem sido objeto muitas vezes de *marketing*, de anúncios nos sites das operadoras, mas não de uma prática efetiva. Exemplos simples como a prática de vacinação em idosos, a criação de grupos de acompanhamento de hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e puericultura poderiam vincular clientelas específicas e evitar consumos desnecessários de serviços. Enquanto essa prática não for assentada em uma responsabilidade concreta da operadora, que resulte em ações efetivas de promoção e prevenção, muitas ações mais complexas e desnecessárias serão praticadas. Algumas situações que podem quebrar a linha de cuidado:

a) Deficiência da rede de serviços (insuficiência do apoio diagnóstico terapêutico), inexistência de ofertas específicas (alta complexidade, exames não cobertos, carências) e outros. Pode-se interrogar, por exemplo, se a rede de serviços oferecida pela operadora é insuficiente, seja pelo número, seja pelas especialidades e/ou complexidades disponíveis. Neste caso, o usuário, frente à sua necessidade, não encontra resposta na rede disponibilizada pela operadora. O mais comum é, no momento da adesão ao plano da operadora, ser apresentada uma suposta rede credenciada e no momento da necessidade essa rede não se encontrar efetivamente à disposição, por descredenciamentos realizados, não atualização dos manuais dos clientes, barreiras e dificuldades impostas para acesso dos serviços, entre outros.

b) A própria segmentação dos planos (plano hospitalar, plano ambulatorial, plano obstétrico, plano odontológico) por si só pressupõe a interrupção da linha do cuidado. Os planos segmentados resultam no parcelamento do cuidado. No plano ambulatorial, as consultas de urgência, mesmo quando necessárias, não são seguidas da internação, tornando novamente o usuário responsável por encontrar a solução para seus problemas de saúde.

c) Atitudes de desresponsabilização do cuidador, tais como não-vinculação, saber insuficiente, negação ou cerceamento de uso de tecnologias adequadas, retardo ou não-fechamento do diagnóstico, não-oferta de mecanismo de acolhida às demandas agudas. Soma-se a isso a fragmentação do processo de atenção à saúde, centrado na execução de procedimentos, o que leva o usuário a buscar novas alternativas

assistenciais, numa seqüência totalmente determinada por ele. Como não existe um responsável pelo cuidado, a repetição de procedimentos desnecessários torna a atenção mais onerosa e ineficiente.

d) Atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora. A regulação do cuidado por parte da operadora está centrada no processo restritivo. Para isto, são criados inúmeros passos e autorizações para que o usuário tenha acesso ao cuidado (*call center* adiando as entradas - fila de espera, limites de exames, limites de diárias de UTI, restrição a retornos). Fundamentados numa falsa lógica de racionalidade, estão colocadas restrições quantitativas e qualitativas a procedimentos, bem como o não-atendimento a patologias específicas. Outra forma de restrição constitui-se no não-acesso a tecnologias específicas, como próteses e procedimentos de alta complexidade e custo.

e) Prestador com falta de insumos, perda de exames ou qualidade questionável na prestação de assistência. Essa interrupção ocorre quando a rede própria e/ou contratada pela operadora, devido à política de contenção de custos apresenta um nível de qualidade que não responde às necessidades de atenção do usuário, que acaba por ter que se responsabilizar pelo seu próprio cuidado. Faltam mecanismos racionais na escolha de prestadores, como seleção por critérios de eficiência, mecanismos de avaliação da qualidade do serviço prestado ou monitoramento através de indicadores de avaliação da satisfação dos usuários (MALTA, 2004).

Para evitar a fragmentação da linha do cuidado, dever-se-ia operar em outra lógica ou outro formato de modelo assistencial. O desejado é que o projeto terapêutico operado na linha do cuidado fosse comandado por um processo de trabalho cuidador e não por uma lógica "indutora de consumo". Quando não existe um cuidador orientando esse percurso, o usuário faz o seu caminhar de forma "anárquica", peregrinando pelas redes de serviços. O que existe são vários indutores de procedimentos que, estimulados por interesses diversos, promovem consumos, muitas vezes desnecessários. Nesse caso, a marca é a desvinculação, onde muitas vezes o usuário define o seu percurso e consumo pela rede de serviços, opta por novas e repetidas procuras de novos profissionais e novos insumos, muitas vezes estimulado por estratégias de *marketing* promotoras de consumo dos atos médicos ou por modismos. Essa "peregrinação" é altamente perversa, podendo levar a erros de diagnósticos, acessos negados, procedimentos mais onerosos e

não-efetividade do cuidado. Muitas vezes, só o usuário consegue recuperar a história da sua peregrinação, sendo o seu próprio "fio condutor".

O grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática estimulando a promoção e prevenção por meio de uma clínica referenciada no vínculo e na responsabilização, entre outros mecanismos. A própria operadora poderia estimular a prática da vinculação a cuidadores. Por exemplo, mapeando certos grupos de risco (diabéticos, hipertensos, nefropatas) ou certos ciclos de vida (idosos, gestantes, menores de 1 ano), estimulando os usuários a se vincularem a "cuidadores" que fariam acompanhamento sistemático, com retornos programados, definição de um projeto terapêutico adequado a cada situação, estimulando a participação em grupos educativos, bem como o acompanhamento e monitoramento desses usuários com algum risco diferenciado. No caso da gestante de alto risco, implicaria também a definição de centros de referência ao pré-natal e parto; no caso das crianças menores de um ano, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliação do uso das vacinas, alimentação e o pronto atendimento às intercorrências; no caso dos hipertensos e idosos, o acompanhamento da medicação de uso contínuo, a garantia do atendimento aos casos agudos, o contato quando o retorno não foi cumprido, a informação sobre as intercorrências, possíveis internações, enfim, a garantia da continuidade da assistência.

Ao se estabelecer a operadora como a articuladora da linha do cuidado, propõe-se um novo papel, qual seja, o de estimular a ação cuidadora, buscando ressignificar a relação profissional/usuário, pautando-a em outras referências. Neste caso, as demandas estarão centradas no usuário e suas necessidades. Busca-se alcançar melhores resultados e a autonomia do usuário na condução da sua vida. O que deve comandar essa nova relação não é a redução dos sinistros e maximização dos lucros, mas a defesa da vida.

Referências bibliográficas

BAHIA, L. *Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 1999.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Capítulo da Saúde, Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial União. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961. Dispõe sobre a criação da ANS. 2000.

CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. IN MERHY, E.E.; ONOKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. ; MERHY, E.E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas (SP), 2003 (mimeo).

CECÍLIO, L.C.O. ; MERHY, E.E.. *A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Mimeo. Campinas: Unicamp, 2003.

FRANCO, T.B. *Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2002.

FRANCO, T.B. Relatório parcial do projeto de pesquisa *Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para a ANS*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. DIPRO / GGTAP. Maio de 2003.

GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios. *Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*, 1998. Ministério do Planejamento. Brasil. Rio de Janeiro, 2000.

IRIART, A.C.. *Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2000.

MALTA, D.C.; MERHY, EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 7 (1):61-66, jan./jul. 2003.

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

MALTA, D.C. Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. IN: MONTONE, J; WERNECK, C. (Org.). *Documentos Técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro. p. 7 - 51. 2004.

MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: MERHY, E.E.; ONOKO, R.(orgs). *Agir em Saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997a.

MERHY, E.E. *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. In: FLEURY, S. (org). *Saúde e Democracia, a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997b.

MERHY, E.E. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. IN: Rouquayrol; Almeida. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª Edição. MEDSI, Rio de Janeiro, p. 489 - 503, 1999.

Os modelos assistenciais praticados nas operadoras investigadas

Deborah Carvalho Malta

Alzira de Oliveira Jorge

Túlio Batista Franco

Mônica Aparecida Costa

Visando analisar os modelos assistenciais a partir da sua matriz discursiva, adotaremos a compreensão de Merhy et al (1992), assumindo que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias dos grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam dada forma de organizar a assistência.

Autores como Silva Jr. (1998) e Reis (2002) se referenciam na compreensão de Merhy et al (1992) sobre o tema. O primeiro, analisando os modelos tecnoassistenciais formulados pelo campo da Saúde Coletiva Brasileira, propõe uma matriz analítica adotando as seguintes dimensões: concepção de saúde e doença, integralidade na oferta das ações, regionalização e hierarquização de serviços e articulação intersetorial. Reis (2002), por sua vez, analisa os modelos tecnoassistenciais em Belo Horizonte

desde o início do século XX e propõe uma matriz analítica com o objetivo de caracterizar cada um dos modelos ao longo desse período, abordando o ator (que institui o modelo), os objetivos, as políticas, saberes e tecnologias, organização e assistência.

No atual trabalho, adotamos para a análise dos dados acerca dos modelos assistenciais em saúde suplementar uma matriz analítica que aborda as seguintes dimensões: objetivos, política, saberes tecnológicos, organizativa e assistencial.

Objetivos: foram trabalhados segundo a definição dos propósitos que instituem o segmento, ou seja, a missão institucional.

Política: essa dimensão foi caracterizada pelos atores implicados em cada segmento e seus interesses disputantes. Buscou-se identificar as relações do ator, a sua forma de operar junto aos demais atores em cena, a relação com a ANS (ressarcimento ao SUS, regulação, segmentação), a relação com o SUS, a relação com os usuários (informações, participação e avaliação), outras parcerias utilizadas (trabalho social desenvolvido), as disputas no mercado, como a incorporação de novas tecnologias, as relações com os prestadores. Procurou-se mapear as relações e os graus de tensão entre os atores e, por fim, as pactuações existentes que incidem sobre a modelagem dos serviços de saúde.

Saberes tecnológicos: entendendo-se que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias na sua configuração, pretendeu-se apontar quais saberes sustentam e direcionam essa organização e identificar se a sustentação ocorre a partir dos pressupostos da clínica moderna, da saúde coletiva, da promoção à saúde ou de outros.

Organizativa: buscou-se discriminar a forma de gestão e gerência, as características da rede existente, abrangência geográfica, coberturas, acesso, acolhimento do cliente, sistemas de informação utilizados, fluxos e direcionamento dos usuários através das portas de entrada e outros mecanismos.

Assistencial: foram analisadas as práticas assistenciais estabelecidas pela operadora, a existência de ações de promoção e prevenção à saúde, a consecução da integralidade da atenção à saúde, a existência de projetos de desenvolvimento técnico-científico ou de capacitação, a adoção de práticas

de gerenciamento do cuidado (*case management*, *follow up*, e como são constituídas ou direcionadas as ações nas linhas do cuidado da mulher, da criança, da cardiologia e saúde bucal), a assistência farmacêutica, internação domiciliar, alta complexidade, assistência à saúde mental, saúde do trabalhador e outros.

A matriz proposta (**Figura 10**) é apresentada abaixo e foi a base para o desenvolvimento da análise dos diversos produtos desta investigação, tendo sido a referência dos pesquisadores para os estudos de casos desenvolvidos.

Figura 10. Matriz analítica para caracterização do Modelo Tecnoassistencial (MTA) utilizado nas modalidades da Saúde Suplementar

Dimensões do MTA e categorias analíticas propostas para análise dos estudos de casos
Objetivos
Política:
<ul style="list-style-type: none"> - Relação com ANS (ressarcimento ao SUS, regulação, segmentação) - Relação com o SUS - Relação com o usuário (informação, participação, avaliação) - Outras parcerias (projetos e investimentos sociais) - Disputas no mercado e incorporação de novas tecnologias - Relação com os prestadores
Saberes Tecnológicos
Organizativa :
<ul style="list-style-type: none"> - Caracterização da rede assistencial (serviços credenciados e próprios, abrangência geográfica, cobertura, % de planos individuais ou empresariais/corporativos) - Mecanismos de controle de acesso (porta de entrada, <i>call center</i>, autorização prévia, referenciamento) - Sistema de informação - Gestão junto aos prestadores (regulação e avaliação da qualidade dos prestadores, gerenciamento do trabalho médico, adoção de protocolos clínicos, mecanismo de remuneração dos prestadores) - Gestão interna / modelo de gestão
Assistencial:
<ul style="list-style-type: none"> - Promoção à saúde - Projeto de desenvolvimento técnico-científico / capacitação - Integralidade da atenção à saúde - Gerenciamento do cuidado - Adoção do <i>case management</i> -Linha do cuidado da mulher - Linha do cuidado da criança - Linha do cuidado da cardiologia - Linha do cuidado em saúde bucal - Assistência farmacêutica - Internação domiciliar - Alta complexidade - Saúde mental - Saúde do trabalhador e outros

Análise dos dados primários (entrevistas)

Frente a essas considerações, passaremos, a seguir, a analisar o material empírico, procurando elementos nas falas dos entrevistados que, apoiados no marco teórico descrito anteriormente, facilitem a compreensão do modelo assistencial praticado pelas operadoras selecionadas pela pesquisa, apoiados na matriz analítica descrita. Apresentaremos os principais resultados das entrevistas realizadas com dirigentes, prestadores e visita ao *call center*. Optamos por discutir os resultados das entrevistas das sete operadoras em bloco. A denominação dada às operadoras foi: Seguradoras A e B, Autogestão, Empresas de Medicina de Grupo A e B (ou EMG A e B), Cooperativas A e B.

Objetivos

Entendemos por objetivos da operadora o que move o grupo diretivo, definindo a sua existência. Assim, observa-se que, apesar de os diversos segmentos pesquisados serem determinados por objetivos diferenciados na sua gênese, na medida em que as operadoras desenvolvem seus mecanismos de competições no mercado, têm se tornado progressivamente semelhantes, não apenas nos serviços prestados, mas também têm se aproximado quanto aos objetivos institucionais e aos mecanismos de regulação adotados, à rede prestadora utilizada, às práticas de preços, entre outros.

Podemos afirmar que a maior diferenciação ainda se processa entre as "autogestões" por se destinarem à clientela mais fechada e por não objetivarem essencialmente o lucro, embora tenham que, progressivamente, incorporar práticas para competição no mercado, até para a sua própria sobrevivência. Na operadora de autogestão pesquisada, os objetivos se fundamentam na atenção à saúde de uma clientela específica e a missão declarada se pauta por uma linha que busca a promoção e o cuidado.

O subsegmento comercial (cooperativas, as empresas de medicina de grupo, incluindo as filantrópicas e as seguradoras) já tem no lucro uma importante motivação na sua atividade comercial.

Segundo a definição, cooperativa é uma "sociedade ou empresa constituída por membros de determinado grupo econômico ou social, e que objetiva desempenhar, em benefício comum, determinada atividade econômica" (FERREIRA, 1986). As cooperativas são consideradas grupos do terceiro setor, ou seja, buscam defender os interesses comuns de seus sócios.

Duarte (2001) discute que as Unimed se caracterizam como empresa cooperativa, cujos principais traços são a participação dos cooperados nos processos decisórios - cada trabalhador, um voto - e a divisão do lucro conforme o trabalho e não conforme o capital:

A combinação de características desses dois modelos de organização imprime à Unimed uma história e um desenho peculiares, os quais expressam os caminhos percorridos por dirigentes da categoria médica para conformar uma organização capaz de otimizar as possibilidades de ocupação do mercado de trabalho e fugir da submissão salarial a empresas médicas, adotando o discurso do exercício liberal, ético e socialmente comprometido da profissão. (DUARTE, 2001, p. 5).

Figueiredo et al (2002, p.8) distinguem mudanças no sistema Unimed que, embora apresentem como princípio básico a possibilidade do exercício da 'medicina liberal', questionam o cumprimento desse princípio:

a própria filosofia de trabalho inicialmente assumida pelas cooperativas médicas tem se desvirtuado em função da competição com as medicinas de grupo pela clientela das empresas industriais, comerciais e bancárias, na forma do convênio médico.

Verificou-se no estudo essa transição, levando as cooperativas médicas estudadas a assumirem novo formato de gestão, o que tem gerado contradições com os interesses puramente corporativos da categoria médica, demandando nova racionalidade em termos de custos e propósitos, e resultado em progressiva modernização gerencial, adoção de preceitos da promoção à saúde e maior interferência no trabalho médico.

As medicinas de grupo se pautam desde a sua criação pela comercialização de serviços de saúde e se constituem em numerosos grupos autônomos. Progressivamente, têm buscado alternativas para baratear os custos, que consistiram na diferenciação dos produtos ofertados, segundo o poder de compra dos beneficiários. Assim, foram criadas opções que variavam do acesso restrito a determinados estabelecimentos de saúde credenciados, até a possibilidade de facultar o atendimento em serviços próprios ou permitir a livre escolha do usuário por meio de reembolso de despesas. O que observamos é que os objetivos da comercialização de serviços de saúde se mantêm e têm-se adotado estratégias mais claras de

racionalização de custos, além de inúmeros mecanismos de regulação e de algumas práticas de *managed care*, conforme discutido no texto.

As seguradoras claramente atuam na comercialização de serviços de saúde e entendem a saúde como um negócio e, como tal, deve ser administrado. Afirmam que sua missão seria garantir o acesso de seus usuários à rede de saúde e não o gerenciamento do cuidado à saúde dos beneficiários.

Política

Discutiremos nesta dimensão as disputas que estão colocadas em pauta e as relações das operadoras junto aos demais atores em cena (ANS, SUS, usuários, mercado, prestadores médicos e hospitalares).

Relação com a ANS

De uma forma geral, as operadoras estudadas referem a necessidade de regulação do setor de saúde suplementar e nesse sentido defendem a atuação da ANS. Entretanto, demonstram um certo incômodo com o processo de regulamentação implementado pela ANS, avaliando como muito restritivas as limitações impostas pela legislação adotada.

A direção das operadoras refere nas entrevistas que a Lei nº 9.656/98, por ter aumentado as coberturas e as exigências para controle de preços, acabou onerando financeiramente os produtos oferecidos e gerou um desequilíbrio entre os custos e faturamento. De maneira geral, demonstraram grande preocupação com a inviabilização dos planos pela dificuldade no reajuste de tarifas e enfatizaram a necessidade de se conseguir identificar e estimular a entrada de pessoas mais jovens, saudáveis, com menor risco de adoecimento para superar esse desequilíbrio.

As seguradoras chamam a atenção naquilo que definem como o seu papel precípua, ou seja, a gestão financeira dos planos, reafirmando o caráter eminentemente privado desse segmento empresarial e objetivando a obtenção do lucro com a prestação desse tipo de serviço.

Uma das operadoras de medicina de grupo ressalta divergências quanto ao papel da ANS na regulação, principalmente no que diz respeito à não-liberação da subsegmentação, o que reduz a possibilidade de comercialização por encarecimento dos planos, ressaltando, ainda, que as regras da ANS,

como novos custos agregados, restrição dos reajustes dos planos, receita contida e despesa aumentada reduziram a margem de lucro e levaram muitas operadoras à insolvência, o que teria concentrado o setor e reduzido o número de clientes. Essa operadora de medicina de grupo tem uma visão do Estado como "âncora do mercado", demandando que a ANS deveria ter um papel claro de fomento ao privado.

A autogestão estudada criticou a parcialidade da regulação praticada pela ANS, avaliando que não se pratica a regulação assistencial. São dadas sugestões à ANS como: a) abrir um capítulo específico na lei que trata diferentemente das autogestões, entendendo as suas especificidades; b) acompanhar as operadoras pelos indicadores de saúde, segundo melhorias produzidas na qualidade de vida; c) discutir reajustes em novas bases, ancorados em indicadores; d) instituir câmara técnica para discussão das ferramentas do cuidado/promoção à saúde.

As cooperativas também reivindicaram um tratamento diferenciado junto à ANS, em função da especificidade do cooperativismo, inclusive sugerindo dupla tributação do Imposto Sobre Serviço (ISS), o que deveria ser revisto pelo Estado.

Os médicos entrevistados, em sua maioria, apresentaram um desconhecimento do papel da ANS e da legislação do setor. Alguns prestadores hospitalares referiram-se à melhoria de práticas após regulamentação, lembrando, por exemplo, a prática comum das operadoras antes da Lei nº 9.656/98, de retirar paciente do CTI, de altas forçadas e avaliando que isso mudou para melhor.

Relação com o SUS

Na prática não existe interface das operadoras com o SUS. Pontualmente, algumas empresas estudadas (autogestão, cooperativa), desenvolveram parcerias no combate à epidemia de dengue. A utilização da rede de serviços do SUS, entretanto, é realizada pelos clientes das operadoras em demandas de alta complexidade, oncologia e na urgência. Alguns reconhecem que seus clientes podem eventualmente procurar o SUS, mas na maioria criticam os processos de ressarcimento ao SUS na sua concepção, fluxo etc.

As maiores críticas partiram de uma operadora de medicina de grupo e uma cooperativa. Uma das EMGs estudadas afirmou que dificilmente concorda com as cobranças feitas por meio do ressarcimento, questionando

a qualidade do serviço público e recorrendo de todos os casos identificados. Os dirigentes de outra operadora entrevistada afirmaram que nunca ressarcem o SUS, usando de todos os mecanismos jurídicos possíveis para não efetuar o pagamento.

As seguradoras afirmaram que pagam o que é devido. Uma das seguradoras estudadas avalia que para a população de baixa renda a opção é o atendimento do SUS, tendo em vista os preços dos planos ofertados. Os dirigentes afirmam que os beneficiários da seguradora utilizam muito pouco o SUS e somente quando em situação de urgência/emergência ou no caso de cidades do interior, em função do pequeno número de prestadores. De acordo com as operadoras de seguro saúde, a única interface com o SUS se dá pelo sistema de ressarcimento.

Relação com o usuário

Existem diversas maneiras de as operadoras se relacionarem com os usuários dos planos de saúde. Dentre elas, as mais freqüentes são: *call center*, ouvidoria, *site* da operadora, Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), Central de Fax, serviço de atendimento telefônico, boletim informativo, jornal do usuário, manual de rede e máquinas de auto-atendimento. Muitas realizam pesquisas periódicas junto ao cliente para avaliação da sua satisfação em relação aos serviços ofertados, profissionais, prestadores etc .

Existem variações entre as operadoras. Algumas, apesar de manterem serviços de atendimento com funcionamento por 24 horas, cumprem uma função muito mais informativa, orientadora e de recepção de reclamações. Existe ainda contato dos clientes pela *internet*, agências de atendimento localizadas em alguns pontos específicos e mesmo em algumas empresas de clientes de planos coletivos. Por outro lado, foram encontradas operadoras que realizam quase todas as autorizações para realização dos serviços por meio de serviço telefônico, facilitando o acesso dos beneficiários.

Os médicos não dispõem de instrumentos específicos para contato com a clientela e alguns enviam cartas ou similares. Os prestadores hospitalares dispõem de SAC, ouvidoria, boletins informativos, entre outros.

Outras parcerias: trabalho social.

Das sete operadoras investigadas, seis apresentam parcerias com entidades, organizações não governamentais (ONGs), serviços beneficentes,

órgãos públicos (Secretarias de Saúde, Prefeituras), entidades sociais, entidades culturais e outras. Apenas uma operadora não relatou atuação ou parceria com a sociedade.

Disputas de mercado: incorporação de novas tecnologias

As disputas de mercado são acirradas, sendo o cliente coletivo o grande alvo das disputas. A diferenciação no mercado depende de: rede de prestadores de serviços, gerenciamento, capacidade de introduzir mecanismos de regulação do consumo, sistema de informações sobre a assistência e gerenciamento de crônicos, entre outros.

As seguradoras avaliam que o mercado de seguros não terá grandes expansões e que a grande questão em disputa seria conseguir conquistar e manter o público jovem na sua carteira.

As cooperativas têm procurado estabelecer maior competitividade profissionalizando sua gestão. Na Cooperativa B há uma política de busca de relacionamento eficaz junto à clientela, estabelecendo um sistema de inteligência que subsidia a alta direção da operadora. Cotidianamente são trazidas informações sobre macroeconomia, do mercado de saúde suplementar e corporativas, de tal forma que seu organismo diretivo tem condições de tomar decisões a partir do municiamento de dados que lhes são disponibilizados. Há ainda uma série de informações gerenciais, como parte do sistema de informações, que também subsidiam a direção para decidir sobre as estratégias assistenciais, especialmente o gerenciamento do cuidado em saúde.

A Autogestão tem buscado como um diferencial de mercado a ênfase na promoção à saúde. Outras iniciativas consistem na busca de ampliação da sua carteira, agregando além dos funcionários, ofertando planos de administração para outras empresas privadas.

Quanto à incorporação de novas tecnologias, as operadoras demonstram resistência às novas tecnologias e sua incorporação só é assumida após solicitação, avaliação e aprovação por intermédio de equipe técnica designada. Os pareceres dependem de comprovação científica, respaldo das sociedades de especialidades, estudos e pesquisas produzidas por instituições de pesquisa. As divergências acontecem especialmente quanto aos procedimentos novos ainda não contratados. As operadoras reclamam muito da pressão da indústria de equipamentos e da falta de respaldo atuarial

para a incorporação de novas tecnologias. Existe uma demanda para que esse tema seja assumido pela ANS, regulando a entrada de novas tecnologias, definindo política de custos e concedendo reajustes dos planos em função dessas novas incorporações.

Relação com os prestadores

Nesta dimensão, existe muita diversidade entre operadoras e prestadores, não havendo como obter uma avaliação única.

Iniciando pela relação das cooperativas com os seus cooperados, destacamos na Cooperativa B a profissionalização da sua gestão, o que leva à revisão de alguns interesses corporativos, estabelecendo um maior diálogo com interesses do mercado e dos usuários. Visando minimizar conflitos, foram estabelecidas novas ferramentas gerenciais (protocolos, sistema de auditoria, perícia médica, regras na solicitação de exames etc). A operadora obteve boa adesão dos cooperados utilizando instâncias para negociação e pactuação, como os Comitês (Técnico e de Especialidades) e assembleias. Foram criados ainda serviços de comunicação junto ao cooperado, como o Informativo do Cooperado. Em geral, os prestadores médicos avaliam positivamente a operadora pelo fato de serem cooperados e de as grandes decisões serem emanadas de assembleias. Constatamos que existe uma maior aceitação dos mecanismos regulatórios implantados pela operadora. Apesar disso, os médicos relatam vários pontos de desacordo com as medidas implantadas (consultas bonificadas, diferença de honorários para profissionais cujos clientes têm plano enfermagem e apartamento, tempo de retorno à consulta, valor da consulta e outras).

A Cooperativa B tem adotado junto aos prestadores hospitalares entrevistados um permanente processo de negociação, priorizando o pagamento por pacotes. Os hospitais acabam por defender a medida em função de vantagens como: garantia de pagamento de um valor fixo para o tratamento a determinada nosologia, possibilidade de melhor gerenciar os casos, reduzindo a permanência e custos e com isso obtendo ganhos no valor do pacote. Além disso, o hospital fica protegido de possíveis glosas, comuns quando o pagamento se dá por produção, porque tem um valor fixo garantido como pagamento. De qualquer forma, é um processo de discussão e pactuação importante em curso, na relação entre a operadora e hospitais.

A Cooperativa A ainda não processou uma modernização de sua gestão. Entretanto, refere manter uma relação muito próxima com os prestadores hospitalares, com interesses semelhantes, seja na adoção de protocolos ou na forma de lidar com incorporação tecnológica, sugerindo mais uma parceria que uma relação comercial. Os médicos cooperados gozam de alta liberdade de ação e de tomada de decisão, não havendo grandes capturas do seu processo clínico. Os dispositivos para isto são muito incipientes e fruto de uma preocupação na operadora com a redução dos altos custos operacionais. Os interesses da cooperativa médica, como defesa da profissão liberal do médico e contra a estatização, acabam por se aproximar dos interesses dos hospitais entrevistados, como se fossem uma única empresa. Os conflitos têm emergido mais recentemente, seja na tabela a se adotar, nas glosas, nas auditorias, mas são tratados com certa cordialidade, até por serem faces da mesma moeda. No entanto, a crescente transformação que vem sofrendo a Cooperativa A, no sentido da adoção de práticas racionalizadoras e administrativas de controle de fluxos, de introdução de mecanismos de regulação, de implantação de protocolos clínicos, entre outros, parece apontar para uma tendência à ruptura dessa harmonia, ainda que possa ser resolvida pela conciliação provisória de novos pactos.

A Autogestão estudada foi bem avaliada por prestadores médicos e hospitalares entrevistados. Avaliam que a mesma não se pauta pela redução do custo em detrimento da queda da qualidade, embora tenham sido identificadas algumas práticas de exclusão de usuários. Em parte, essa avaliação positiva pode ser motivada por um menor controle/regulação dos prestadores, ou maior liberalidade quando da negociação de procedimentos.

As medicinas de grupo exercem maior regulação dos prestadores e existem muitos pontos de tensionamento, o principal sendo o descontentamento dos médicos em relação à remuneração. A pior remuneração dentre as operadoras estudadas foi de uma dessas empresas, apresentando R\$17,00 a consulta. Alguns médicos afirmam a existência da prática de exclusão de uma EMG e recusas, embora não generalizadas. A principal questão é a tentativa de caracterizar doença ou lesão preexistente (relatórios de temporalidade), particularmente nos contratos antigos, que excluía esse tipo de situação, além da limitação do número de procedimentos prescritos pelos profissionais.

As seguradoras adotam menos mecanismos de gerenciamento do trabalho médico do que as outras operadoras estudadas, concentrando a regulação principalmente através dos *Call Centers*, que são bastante protocolizados, segundo consenso de associações médicas, universidades ou especialidades. Definem previamente o rol de procedimentos, exames e fluxos autorizativos.

Os hospitais avaliam que a tabela de preços está defasada, necessitando de reajuste ou indexação.

Os prestadores hospitalares relatam pequena interlocução com as operadoras, sobretudo as seguradoras, ao não assumirem a responsabilidade financeira dos seus clientes com os hospitais, especialmente quando da realização de procedimentos não cobertos pela operadora e atendimento de urgência de clientes com planos vencidos. Alegam que não têm como verificar a cobertura de determinados planos na recepção do paciente ou, às vezes, realizam atendimento em caráter de emergência e depois não são ressarcidos.

As divergências administrativas referentes a glosas, embora pouco habituais, ocorrem; por isso, os prestadores sempre buscam a autorização da operadora para atender o cliente.

Saberes Tecnológicos

Os saberes tecnológicos utilizados pelas operadoras estudadas estão centrados em diversos campos, como os da clínica, com destaque para o modelo médico-hegemônico, Economia da Saúde, Administração, Epidemiologia Clínica (medicina baseada em evidência), gerenciamento do cuidado, diretrizes do *managed care*.

Algumas operadoras (cooperativas e autogestão) utilizam-se mais dos saberes do campo da saúde coletiva como os da promoção e, mais recentemente, a adoção da linha do cuidado como tecnologia de intervenção em saúde. As demais se utilizam desses saberes de forma muito incipiente.

Os médicos utilizam-se prioritariamente dos saberes da clínica e da medicina baseada em evidência.

Organizativa

Caracterização da rede assistencial

A abrangência geográfica das sete operadoras estudadas é nacional, variando a cobertura em função do segmento. A maioria tem grande concentração no Sudeste (entre 80 e 99% de cobertura na região). As que têm maior distribuição em outras regiões são a autogestão e as seguradoras.

A autogestão possui 43% no Sudeste, 24% no Nordeste, 12,7% no Centro-Oeste, 16,6% no Sul e, por fim, no Norte, cerca de 3%. As seguradoras estudadas têm grande concentração em grandes centros urbanos, especialmente nos mercados do Sudeste (entre 70 a 80%), Nordeste (10 a 12%), Sul (3 a 10%), Centro-Oeste (4 a 5%) e Norte (1%).

As seguradoras estudadas apresentam uma concentração de suas carteiras nos seguros empresariais. Existe uma priorização e privilegiamento do atendimento aos planos coletivos, oferecendo um volume maior de benefícios e vantagens, reforçando e apostando em seu crescimento. Uma das seguradoras possui cerca de 82% de planos coletivos, sendo que os seguros individuais têm participação de apenas 18% no volume de seguros comercializados. A opção por esse investimento nos planos empresariais ocorre em função da maior lucratividade, por tratar-se de clientela mais jovem e inserida no mercado de trabalho. Outra razão apontada pelas operadoras seria o maior controle praticado pela agência nos reajustes de planos individuais. As seguradoras optam por investir nas apólices com mais de 1.000 vidas, desenvolvendo tratamento prioritário e privilegiado para os planos coletivos, especialmente para as grandes corporações, definindo seus produtos e benefícios a partir das demandas apresentadas. Isso pode ser verificado em alguns benefícios somente ofertados às grandes empresas estipulantes, que visam ao monitoramento dos pacientes hipertensos, à disponibilização do sistema de informações gerenciais e redes de serviços, entre outros.

As demais operadoras, em geral, têm percentuais maiores de planos coletivos, mas apresentam-se muito mais equilibradas que as seguradoras em termos de distribuição percentual entre planos coletivos e individuais.

Nas seguradoras observa-se a existência de uma rede assistencial padrão, mas também uma grande flexibilidade nessa rede, sendo prioridade e

determinante básico de sua composição as demandas apresentadas pelos contratantes. Entretanto, essa flexibilidade quanto à rede só é ofertada para grandes empresas, ou seja, para aquelas com mais de 3.000 vidas. Essa flexibilização possibilita a retirada ou inclusão de determinados prestadores. Nas empresas menores e nos planos individuais não há esta possibilidade, justificada pelas seguradoras pelos altos custos de operação. A oferta ou não de determinada rede (hospitais, laboratórios, clínicas) já conforma em si um direcionamento da operadora, embora as seguradoras neguem ser este um mecanismo de regulação praticado.

As EMGs estudadas tendem a possuir hospitais próprios voltados para o atendimento de alta complexidade ou então utilizam a estrutura da rede credenciada alocando equipes próprias para o atendimento.

Uma cooperativa estudada não tem um parque produtivo próprio, sendo toda a rede credenciada. Isso, no entanto, é relativizado pelo quase monopólio da operadora no mercado regional. Isto certamente dá à operadora um grande poder de negociação com seus prestadores, podendo definir fluxos, regras e normatizações. Entretanto, pela presença dos médicos cooperados no corpo clínico e nas direções dos hospitais, este processo é altamente dificultado, prevalecendo uma relação de interesses corporativos. A outra cooperativa também trabalha predominantemente com rede credenciada. Nos últimos anos tem ocorrido expansão dos serviços próprios (compra de hospitais, organização da porta de entrada para urgência) exclusivamente para planos coletivos, de menor custo, visando a uma racionalização de custos e direcionamento da rede.

A autogestão estudada organiza suas redes de serviços fundamentalmente mediante o credenciamento de provedores. Existem serviços próprios, voltados à promoção e atenção básica, mas que não abrangem toda a clientela.

Mecanismos de controle de acesso: porta de entrada, call center / autorização prévia, referenciamento

Existem diversos mecanismos de controle de acesso utilizados, sendo que o tipo de plano adquirido constitui-se no principal determinante do acesso à rede e aos serviços. Os principais mecanismos de regulação identificados junto aos prestadores entrevistados foram:

- Pacotes de procedimentos previamente acordados quando da contratação ou credenciamento (pacote para cirurgia cardíaca e vascular, por exemplo). Apesar de ser uma prática comum das operadoras, nem sempre se detecta essa prática nos hospitais pesquisados. Mas todas as operadoras confirmaram que a utilizam e os prestadores afirmam ser esta a tendência do mercado;

- Auditoria no pós-pagamento para verificação de irregularidade por parte do prestador de serviço;

- Utilização dos protocolos. Diversos prestadores hospitalares e médicos utilizam os consensos de especialidades visando orientar a conduta em algumas especialidades. As seguradoras não orientam o seu uso diretamente, embora no *call center* existam protocolos para autorização de procedimentos e estes, ao mesmo tempo, apóiam o uso pelos prestadores. São ainda utilizados pelas operadoras nos *case management* e nos grupos prioritários;

- Estímulo, junto às empresas contratantes, à co-participação dos funcionários, visando a um controle maior sobre os sinistros;

- Utilização do mecanismo de glosa de procedimentos junto a prestadores em casos de divergências administrativas;

- Autorização prévia via *call center* para procedimentos mais complexos (cineangiocoronariografia, ressonância nuclear magnética, ecocardiograma, tomografia computadorizada, cirurgia de revascularização, o uso de *stents*, angioplastia). A solicitação de exames mais simples é pouco controlada, sendo suficiente a indicação médica para pedidos como ECG e exames laboratoriais, entre outros. As EMGs tendem a ter maior controle, inclusive dos exames mais simples, exigindo um fluxo autorizativo mais burocrático;

- Acesso ao CTI e urgência passando pelos *call centers* em algumas operadoras, embora sejam liberados conforme indicação médica por serem procedimentos de urgência;

- Prática do direcionamento para os prestadores pelas EMGs;

- Supervisão junto aos prestadores dos procedimentos e/ou exames utilizados acima da média praticada;

- Supervisão realizada por médicos visitantes nos hospitais monitorando e validando as internações realizadas. Poucas operadoras utilizam auditoria prévia para liberação de procedimentos, apenas para aqueles de grande custo (EMG A);

- Utilização de outros mecanismos de regulação: fator moderador e franquia para os planos empresariais e avaliação *a posteriori* (no pós-pagamento).

A seguir, detalharemos alguns mecanismos mais específicos utilizados por determinadas operadoras.

As seguradoras não realizam a prática de direcionamento, procurando interferir menos na prática médica. O principal mecanismo de controle de acesso utilizado refere-se às autorizações prévias exigidas para alguns serviços ou procedimentos, feitas por meio de sua Central de Atendimento 24 horas. O *call center*, por meio de um sistema informatizado, possibilita a autorização prévia da maior parte dos procedimentos com grande agilidade e eficiência.

Uma das seguradoras tem seu sistema de autorização e senha centralizado e desenvolveu um sistema de informações gerenciais altamente complexo e eficiente com capacidade para monitorar detalhadamente todos os procedimentos realizados, enfatizando o processo de auditoria de contas. Tal sistema tem cerca de 400 a 500 critérios definidos que permitem o processamento inicial de aproximadamente 85% das contas, sendo mapeadas para análise minuciosa dos auditores apenas aquelas solicitações que fogem aos parâmetros estabelecidos e protocolizados.

As EMGs têm o processo de regulação mais intenso, e alguns mecanismos de regulação utilizados têm suas especificidades. Dentre os mecanismos, o direcionamento é considerado a principal estratégia de gestão.

Uma das medicinas de grupo estudadas usa critérios rigorosos na seleção dos seus prestadores: grau de qualificação, especialização profissional, avaliação de performance com Matriz de Desempenho nas variáveis custo e volume, performance em outros indicadores da especialidade como índice de retornos, consultas x procedimentos, tempo de credenciamento na rede assistencial da operadora. O objetivo principal consiste em assegurar que o credenciado tenha um perfil de atuação condizente com os princípios e as orientações da operadora em termos de qualificação, conhecimento e

interesse de inserção no sistema. O direcionamento constitui-se numa forma de contratualização entre prestadores e operadora, na qual são definidas as responsabilidades dos prestadores considerados preferenciais. A rede de prestadores deverá realizar o que a operadora espera num padrão de "qualidade" e não necessita de autorização prévia para o atendimento ao cliente da operadora.

Os procedimentos obrigatórios pela Lei nº 9.656/98 de alta complexidade, tais como os transplantes de córnea e renal, radioterapia e quimioterapia, cirurgia para obesidade mórbida possuem uma rede de direcionamento exclusivo. Essa estratégia diminui as divergências de indicação ou de abordagem terapêutica que possam existir, uma vez que os critérios são discutidos no momento da contratualização com esses prestadores exclusivos ou preferenciais. Esta EMG avalia sistematicamente alguns indicadores de desempenho dos prestadores, interferindo no trabalho médico, seja pela prática do direcionamento, seja pela definição de clientes que comporão as linhas de cuidado prioritárias, referenciando esses clientes para determinados médicos. Por meio da Matriz de Desempenho, são realizados cruzamentos entre o custo e o volume de cada prestador em relação aos seus pares, classificando os profissionais médicos segundo o seu desempenho. Outros indicadores também utilizados referem-se aos índices de retorno em relação às primeiras consultas e à relação entre o número de consultas e o número de procedimentos para cada especialidade.

Outra forma de regulação consiste na adoção do supervisor da operadora nos hospitais de referência, responsável pela intermediação entre o médico assistente e participante do processo de definição do tipo de acompanhamento que será ofertado na pós-alta. Atualmente este acompanhamento pode ser feito por intermédio dos diversos programas de cuidado da operadora.

Os supervisores cobrem cerca de 80% das internações da operadora, existindo também uma equipe volante que se desloca para hospitais não cobertos no caso de necessidade. Como 50% dos custos do sistema encontram-se na assistência hospitalar, a operadora investe de forma clara e prioritária nessas unidades.

Um outro ponto que merece destaque no processo de regulação de uma das medicinas de grupo estudadas é a "segunda opinião médica" solicitada em algumas condições específicas, tais como cirurgia de obesidade mórbida e cirurgia plástica. Os critérios adotados para o credenciamento e

direcionamento promovem uma forte identidade entre a operadora e os prestadores, de forma que existem poucas divergências com relação à indicação de certos procedimentos. No caso da cirurgia plástica, as divergências existentes são geralmente contratuais, uma vez que a cirurgia plástica estética não é coberta pelos planos. Com relação à obesidade mórbida, as divergências existentes são de caráter mais técnico. Os critérios de indicação dessa cirurgia são bem definidos no direcionamento que é feito por meio de uma rede exclusiva, diminuindo os conflitos de opinião.

A outra empresa de medicina de grupo estudada também trabalha com inúmeros mecanismos de regulação da porta de entrada, autorização prévia para quase todos os procedimentos (ressonância magnética, ultra-som, Doppler e outros). A co-participação é praticada especialmente em planos empresariais, porque as empresas vêem a possibilidade de terem uma taxa mensal de manutenção mais baixa. Operam com direcionamento ou a utilização direcionada de prestador, onde existe rede própria e planos de menor custo, inclusive adotando o médico generalista na porta de entrada para os planos de menor custo. O forte direcionamento praticado acaba por resultar em fragmentação do cuidado no acompanhamento dos clientes. Nas entrevistas com médicos credenciados, os casos mais simples são atendidos por eles e os de maior complexidade são encaminhados para a rede própria da operadora; esta prática permite a redução dos custos, mas interrompe, muitas vezes, o seguimento do médico cuidador.

No caso das cooperativas, observa-se uma particularidade: o cooperado é, ao mesmo tempo, co-proprietário e as decisões são tomadas por assembléia de cooperados. Desta forma, são adotadas algumas medidas de regulação com o aval dos próprios médicos, sendo que entre as principais, na Cooperativa B, constam aquelas que definem uma bonificação às consultas dos profissionais que mantêm sua solicitação de exames abaixo da média de todos os médicos assistentes, verificada a cada mês. Não se sabe, até o momento, que impacto isso pode causar na qualidade da assistência que se presta.

Outro mecanismo que tem sido utilizado consiste em apostar na organização de serviços próprios (compra de hospitais e organização de porta de entrada para a rede básica). Esses mecanismos visam à maior regulação do processo de trabalho, à introdução de diretrizes para direcionamento assistencial e à redução de custos, possibilitando à cooperativa operar um plano de menor custo dirigido ao mercado consumidor de planos coletivos.

Em relação à Cooperativa B, as diretrizes racionalizadoras utilizadas empregam vários dispositivos, entre eles, protocolos clínicos que padronizam a conduta médica, sistemas de auditorias sobre as decisões médicas. A cooperativa tem adotado práticas racionalizadoras como: oferta de planos com co-pagamento e priorização de contratos empresariais. Observam-se dois temas importantes: a definição de porta de entrada (núcleos de atendimento próprio) e o gerenciamento do cuidado, este ainda sem regras definidas de funcionamento, mas na agenda prioritária da direção da operadora.

A Cooperativa A adota menos mecanismos na regulação médica. Os médicos cooperados são todos acessados pelo sistema de livre escolha do beneficiário, os mecanismos de regulação são menos intensos, embora já se trabalhe com a perspectiva de aprofundá-los rapidamente, adotando medidas racionalizadoras que possibilitem uma maior competitividade.

A Autogestão realiza pequeno controle dos prestadores, o que se pode verificar na fala de quase todos os entrevistados. A opção foi regular áreas consideradas estratégicas, por exemplo, na oncologia, por ser considerada anteriormente como pouco resolutiva e de custos imensos; a Lerdort (Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares), pela alta prevalência na sua clientela e, com serviços desarticulados, mantendo os pacientes errantes, sem vínculo e baixa resolutividade. Essa reorganização foi considerada estratégica e a operadora estabeleceu condutas protocoladas e inverteu o fluxo, instituindo porta de entrada própria e redesenhando a rede conveniada de encaminhamento. O uso de protocolos nessa autogestão só é adotado pela operadora em situações específicas ou em patologias, como obesidade, oncologia, Lerdort e nos pacientes idosos. Outros protocolos são adotados pelos médicos e prestadores, mas se referem a acordos de especialidades, como por exemplo, na Ginecologia e Obstetrícia, onde se segue o protocolo que as universidades e sociedades de especialistas preconizam. Os médicos do quadro próprio revelam que não existem regras em relação à produtividade e número de consultas definidas por turno de trabalho. Os médicos credenciados também referiram a inexistência de regras em relação à produtividade e quanto aos retornos cuja média seria de uma consulta por mês, operando com regras flexíveis. As divergências administrativas ou glosas são pouco habituais, segundo os prestadores. A solicitação de exames mais simples é pouco controlada, sendo suficiente a indicação médica para pedidos como ECG e exames laboratoriais. A repetição

de exames também não é um problema. A perícia médica funciona encaminhando o paciente para avaliação no caso de alguns procedimentos de maior custo, medicamentos, atividades consideradas complementares às consultas (psicoterapia, acupuntura, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia), cirurgias estéticas, varizes, colocação de *stents*, entre outros. O acesso ao CTI e urgência não sofre restrições, sendo liberado conforme indicação médica. Em geral, a operadora é bem avaliada pelos prestadores médicos e hospitalares, possivelmente até em função de mecanismos de regulação mais flexíveis.

Call Center

No início da pesquisa, propusemos a análise do funcionamento do *Call Center* por avaliarmos que este seria um local privilegiado para observação, possibilitando a identificação de mecanismos de regulação, referenciamento, direcionamento e outros mecanismos que poderiam dificultar o acesso do usuário.

Ao longo da investigação, concluiu-se que o *call center* atua com regras claras, rígidas, bastante normatizadas, segundo os contratos realizados. As seguradoras, em especial, contam com *call centers* com sistemas informatizados modernos, que recuperam na tela todas as informações do cliente, como: coberturas, limites, carências, pendências, exames prévios já realizados. Desta forma, grande parte das liberações se processa no âmbito administrativo, não precisando da análise médica.

Os beneficiários parecem estar bem informados desse serviço, na medida em que contam com uma Central de Atendimento que atende na maioria das vezes à demanda e solicitações de beneficiários de todo o país e tem funcionamento de 24 horas. Nas visitas realizadas ao *Call Center*, pôde-se observar eficiência e rapidez nos atendimentos prestados.

Uma das seguradoras tem 90% das ligações com espera de, no máximo, 20 segundos e as autorizações, incluindo a análise médica, são liberadas em 6 minutos. Os atendentes da Central de Atendimento são monitorados e submetidos a treinamentos constantes com vistas à melhoria da qualidade do atendimento prestado. Por outro lado, identificou-se um controle estrito do trabalho desses funcionários, não possibilitando margem à ociosidade, produtividade baixa ou grande número de erros por atendente. Além disso, e talvez até para tentar amenizar essa grande exigência de melhoria da

qualidade e controle rígido do trabalho dos atendentes, essa central conta com área de motivação dos funcionários. O sistema de telefonia utilizado por este *Call Center* é altamente especializado e interativo, possibilitando integração com voz e dados. Todas as ligações são gravadas e registradas, sendo que a qualquer momento podem ser revistas para se recuperar informação ou avaliar a qualidade do atendimento. Esse sistema também tem um recurso de acompanhamento de todas as chamadas, sendo que o monitoramento é em tempo real.

Comparando esse sistema com uma das EMGs, que também dispõe de Central de Atendimento Nacional 24 horas, Central de Marcação de Consultas e Exames, observa-se que o atendimento não é feito *on line*; utiliza-se o fax, o que pode levar entre 24 e 48 horas para a autorização de procedimentos, diferindo quanto à agilidade e capacidade de retorno ao beneficiário.

Sistema de Informação

A informação como ferramenta de gestão constitui um dos grandes investimentos realizados pelas operadoras. Dentre as operadoras investigadas, diversas trabalham com detalhamento das informações disponíveis auxiliando os diferentes níveis de dirigentes entrevistados. Pelas observações feitas, a informação subsidia de forma permanente o processo decisório, existindo cadastro de clientes, cadastro de prestadores, sistema de custos, sistema de informações gerenciais e Codificação Internacional de Doenças (CID) para as internações hospitalares. O Sistema de Informações concentra suas atividades em coletar e processar os dados gerenciais de produção, especialmente, com o objetivo óbvio de subsidiar a direção para decidir sobre a atenção à saúde, principalmente o gerenciamento dos processos produtivos.

Entretanto, observa-se que o Sistema de Informação trabalha predominantemente os dados de produção de procedimentos e faturamento, sendo poucos os registros epidemiológicos.

Destacamos uma cooperativa pesquisada cujo Sistema de Informação interliga *on line* os consultórios médicos e prestadores hospitalares com transmissão imediata para a operadora, o que é utilizado para validação das consultas e checagem cadastral dos beneficiários. A operadora trabalha ainda com núcleo de inteligência que monitora informações estratégicas

que orientam a empresa, incluindo indicadores de competitividade e de monitoramento do desempenho. São utilizados ainda indicadores epidemiológicos: taxa de internação, taxa de mortalidade, assistência farmacêutica, interações medicamentosas, medicamentos prescritos por médicos. O sistema monitora a utilização do usuário, enviando ao mesmo, entre outros, o seu extrato de utilização, que funciona também como mais um elemento de auditoria externa.

A EMG A dispõe de um Sistema que avalia o desempenho dos prestadores por meio de indicadores como: capacidade instalada do consultório, ociosidade ou desempenho do profissional médico, performance em relação ao custo gerado, perfil dos atos cirúrgicos dos médicos, mapeamento comparativo entre os profissionais. Segundo a avaliação da performance do profissional e sua produção, são tomadas decisões quanto ao direcionamento dos prestadores e contato com o médico, dentre outros.

Entre os prestadores hospitalares, verifica-se que a maioria conta com sistema de informação próprio, incluindo indicadores epidemiológicos. Entre os prestadores médicos, alguns têm *software* próprio em seus consultórios (prontuário eletrônico) e outros contam somente com o prontuário papel.

Gestão junto aos prestadores hospitalares e médicos

A avaliação da qualidade dos prestadores hospitalares de apoio ao diagnóstico terapêutico não é uma prática comum entre operadoras. O mais usado consiste em aliar pesquisas de opinião de usuários sobre prestadores, que indiretamente avaliam a qualidade dos serviços prestados. Ainda dispõe de sistemas de informação que monitoram indicadores de produção e consumo de procedimentos. Comumente incluem hospitais de renome, como os de excelência no mercado, na relação de prestadores de planos "top de linha", visando atrair clientela mais diferenciada, ou mesmo apenas como estratégia de *marketing*, porque muitas vezes esses hospitais são pouco utilizados pelos planos.

A análise do desempenho de prestadores médicos constitui-se em prática mais comum, sendo que uma operadora de medicina de grupo e outra cooperativa realizam avaliação periódica de seus profissionais sobre a perspectiva do seu desempenho, a performance em termos de custo e a avaliação dos procedimentos solicitados e realizados.

A Cooperativa B adota política de remuneração variável a partir da análise do desempenho dos prestadores. Este mecanismo consiste em estabelecer um adicional ao preço da consulta médica, quando o profissional solicita número de exames abaixo da média mensal de solicitação de exames da respectiva especialidade. Nas demais operadoras não se observou esta prática.

As operadoras em geral trabalham com tabelas próprias de remuneração, na maioria sem reajustes freqüentes, principalmente em relação aos honorários médicos.

Outra modalidade referida em uma das medicinas de grupo é a complementação dos honorários médicos por parte do usuário, o que não seria *a priori* combatido pela operadora. Nas demais operadoras esta prática não foi relatada. Em uma cooperativa isso também foi identificado e referido ser motivo de exclusão de cooperados, caso a prática seja denunciada pelo cliente.

Quanto à existência de projetos de desenvolvimento técnico-científico ou capacitação, observou-se ser uma prática pouco freqüente das operadoras, identificando-se em apenas uma medicina de grupo (EMG A). Esta EMG forma seus quadros, especialmente os da odontologia, mas também aqueles médicos que farão o acompanhamento de casos crônicos. Para isso desenvolvem programas de capacitação, enviam os profissionais para cursos, congressos e ainda lançam mão da possibilidade de obter uma segunda opinião médica em caso de dúvidas. As cooperativas têm programas de capacitação em desenvolvimento, como por exemplo, a Universidade Unimed, não sendo entretanto utilizados como pré-requisito no ingresso na cooperativa, mas como capacitação permanente dos cooperados.

Gestão interna / colegiados

O modelo de gestão praticado é variável, existindo em algumas operadoras um grande investimento em sistemas de inteligência organizacional, incorporando tecnologias de informática e comunicação para controle dos processos produtivos e gerenciais da saúde. Essas operadoras têm buscado a modernização gerencial, a profissionalização de seus quadros dirigentes, bem como o envolvimento e participação cada vez maior dos gerentes nos processos decisórios, estimulando a articulação e relação estreita entre eles. Entre as operadoras estudadas, podemos afirmar ser uma prática comum a profissionalização da gestão na maioria delas.

As cooperativas têm uma forma de gestão particular, tomando as suas principais decisões no Conselho Administrativo e na assembléia dos cooperados, esta última detendo o poder maior sobre a cooperativa, pela própria natureza da operadora. Utilizam-se, principalmente, do recurso político, como fonte de poder, no caso, o Conselho Administrativo, que deve ter legitimidade interna para exercício desse poder decisório. Seu poder decisório está fortemente presente quando se trata da incorporação de novas tecnologias e a decisão é precedida de um parecer técnico do comitê de especialidades, que repassa este parecer para o Conselho Administrativo, onde finalmente é tomada a decisão.

A diferença entre as cooperativas estudadas consistiu na forma de gestão muito mais moderna e profissional adotada na Cooperativa B, enquanto a Cooperativa A permanece gerenciada apenas pelos médicos cooperados eleitos.

Uma das EMGs estudadas também mantém na sua direção os acionistas da operadora, caracterizando uma direção mais tradicional, sem profissionalização da gestão.

A Autogestão funciona com um conselho administrativo e organizacional, diretoria geral e gerências executivas. No âmbito regional existem os gestores regionais. As unidades funcionam de uma forma matricial com núcleos por áreas temáticas, sem um organograma rígido, o que permite maior flexibilidade e matriciamento. Mas o grande diferencial consiste na introdução do controle social dos seus usuários. Existem conselhos deliberativo, fiscal e dos usuários eleitos. Os usuários participam ativamente e existe uma disposição ao diálogo. Os conselhos consultivos são estaduais e participam das discussões estratégicas da operadora. Os conselhos ocupam um papel importante também no enfrentamento com o mercado e prestadores. Existem ainda Conferências de Saúde do Conselho de Usuários a cada dois anos, e nelas são definidas as linhas que serão adotadas nos dois anos seguintes. Cada estado tem a sua Conferência de Saúde. Essa estrutura singular de gestão possibilita maior democratização e participação dos beneficiários no processo decisório.

Assistencial

Práticas de Promoção e Prevenção

As atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças foram observadas na autogestão estudada, nas cooperativas e medicinas de grupo. As seguradoras não priorizam essa prática, ofertando somente para os planos coletivos, quando demandada pelas empresas, e sendo oferecida como mais um produto a ser agregado e não como parte importante da assistência integral à saúde.

Os prestadores médicos e hospitalares acabam por não desenvolverem práticas de promoção à saúde, restringindo-se a desenvolverem ações isoladas em seus consultórios. Os médicos que atuam em consultórios desempenham processo de trabalho liberal em *stricto sensu*, operando a assistência ao usuário a partir do conhecimento da clínica, com total liberdade sobre os atos médicos, que na maioria dos casos não incluem orientações de promoção à saúde.

A Cooperativa B demonstra maior investimento na promoção, procurando desenvolver seu modelo assistencial com foco também em promoção à saúde, gerenciamento do cuidado, criação de serviço próprio com ênfase na promoção, investimento em imunização de idosos, farmácia própria para facilitação do acesso aos medicamentos etc. Em relação à adesão dos médicos cooperados a esses programas, verifica-se que apenas aqueles que estão trabalhando nos "serviços próprios da operadora" aderem ou implementam alguma ação referente aos mesmos. Nesses serviços, o processo de trabalho é mais estruturado e gerenciado conforme as diretrizes da operadora. Importa registrar que há um investimento em prevenção e promoção à saúde nos contratos empresariais, contando para isso com as facilidades de concentração da clientela, o que torna possível a existência de ações coletivas desenvolvidas junto à mesma. A operadora oferece, nesses planos, ações de saúde ocupacional agregadas às diretrizes de cuidado à saúde das pessoas.

As EMGs também têm investido em programas de prevenção. A EMG B tem implantado esses serviços na sua rede própria, realizando acompanhamento para grupos especiais, visando a práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças, como por exemplo, oncologia, hipertensão arterial, pré-natal, diabetes, gestação de alto risco e outros. Esses programas

de Medicina Preventiva são realizados por equipe multidisciplinar, existindo fornecimento de carteira para acompanhamento do histórico do paciente. Essa prática não se estende ao consultório dos credenciados.

A EMG A tem a promoção como um dos programas estratégicos. As ações incidem na identificação das principais variáveis de risco, realizando cruzamento dos dados, visando estratificar os riscos para doenças cardiovasculares.

A autogestão estudada desenvolve diversos programas de promoção e prevenção, principalmente junto à clientela de idosos. Promove atividades educativas, exercícios físicos, palestras diversas, grupos de convivência, controle de pressão arterial, abordagem do câncer de pele, envolvendo equipe multiprofissional. Existe um investimento recente na porta de entrada, tentando disseminar a figura do médico generalista e da equipe de saúde da família. Com a implantação da estratégia de saúde da família em todas as unidades, espera-se ampliar a vinculação, a definição de cuidadores, o acompanhamento longitudinal e a rede de referência articulada. Alguns lemas adotados pela direção referem-se à defesa de práticas acolhedoras e responsabilização da equipe com seus pacientes. Com isto, a sua ênfase na promoção tem sido menos referenciada pelos princípios da atenção gerenciada e muito mais do que pela proposta da saúde coletiva. No caso dos prestadores médicos, observa-se que a diretriz da autogestão não é observada, desenvolvendo como os demais prestadores médicos apenas a consulta.

Na operadora estudada, que oferta saúde bucal, as principais atividades de promoção e prevenção desenvolvidas são: orientação de higiene bucal, fluoroterapia, controle de placas, consulta para manutenção periódica, controle de fatores comportamentais, prevenção de câncer bucal, consultas periódicas de avaliação clínica, além de divulgação de material educativo.

Gerenciamento do cuidado: adoção do *case management* e outras estratégias

O gerenciamento do cuidado ou o monitoramento de casos específicos individuais ou coletivos, garantindo a gestão de projetos terapêuticos, pressupõe uma forma de vínculo entre o profissional e o cliente, e tem sido adotado como uma prática de certas operadoras.

Nos Estados Unidos, o gerenciamento do cuidado tem sido uma prática cada vez mais comum no sistema de saúde suplementar. Além de estimular

essa prática, o *managed care* estimula a inserção de profissionais não-médicos nas práticas cuidadoras. Isso tem garantido uma maior inserção do profissional enfermeiro nas práticas clínicas, o que até então era pouco usual.

De uma maneira geral, observou-se nos estudos de casos que as operadoras têm valorizado pouco a inserção dos outros profissionais e de novas práticas de saúde como as educativas, conferindo-lhes uma atuação de caráter apenas auxiliar e complementar à abordagem médica.

As estratégias de acompanhamento dos casos crônicos ou de risco variam conforme a operadora.

Nas seguradoras, as linhas de cuidado investigadas (cardiologia e materno-infantil) não são acompanhadas e coordenadas. O percurso dos clientes na linha do cuidado ocorre em função da ligação entre o clínico e o seu paciente. Em geral, as seguradoras analisadas não promovem maior vinculação ou estímulo à prática cuidadora e integral. Essa não é entendida como uma tarefa da sua competência. Desta forma, inexistem mecanismos de identificação de risco, *follow-up*, ou acompanhamento de pacientes cardiopatas, gravidez de risco, enquanto orientação da operadora, mas por iniciativa própria do especialista ou do médico assistente. O que o médico solicita (apoio diagnóstico terapêutico), a operadora, em geral, libera conforme o plano contratado. A instituição do vínculo ou de práticas mais cuidadoras está restrita à relação médico/paciente, existindo médicos que têm um maior envolvimento com seus pacientes, particularmente os pediatras que acabam por assumir de maneira mais clara essa vinculação.

A Seguradora A, diante da evidência de gastos vultosos de pequena parcela de seus beneficiários, 3% ou 4% da clientela, tem desenvolvido um programa de gerenciamento de pacientes crônicos com cerca de 500 a 600 pacientes em todo o país, visando a uma utilização mais racional dos serviços e, conseqüentemente, uma redução de custos e é apontada como uma estratégia promissora pela seguradora. Outra estratégia adotada pela operadora tem sido a realização de perfil de risco dos funcionários de planos coletivos e a sugestão de ações de conscientização e prevenção de doenças por meio de palestras, grupos e vacinação, visando à redução dos sinistros. Reafirma-se novamente a racionalidade econômica a direcionar e até definir estratégias assistenciais, ou seja, muito mais por uma necessidade de reduzir custos e regular a utilização dos serviços do que propriamente pela busca de uma melhor e maior qualidade na assistência (IRIART, 2000; MERHY, 2002).

A EMG A mantém um programa de identificação de riscos dos clientes aparentemente "sadios" ou com doenças crônico-degenerativas não identificadas, portadores de fatores de risco, principalmente para diabetes e doenças cardiovasculares. A partir da identificação desses clientes, é feito um direcionamento dos mesmos para centros e hospitais de referência de acordo com a necessidade. O trabalho médico é, sem dúvida, o elemento definidor do cuidado, tanto na perspectiva da ação técnica como na gestão do processo assistencial. A proposta de modelo assistencial da operadora busca a utilização da tecnologia leve, do profissional médico e do seu papel de "médico cuidador", buscando com isso a fidelização do cliente, a redução dos eventos médicos e da utilização de alguns procedimentos (especialmente as internações e exames diagnósticos) para um controle indireto dos custos. Os profissionais não-médicos envolvidos nessas práticas de saúde têm uma atuação de caráter mais auxiliar e complementar à abordagem médica, persistindo o modelo médico-hegemônico. Com essas estratégias, a operadora vem construindo novas formas de atuar, interferindo na relação médico/usuário, articulando práticas cuidadoras, realizando direcionamento dos usuários e seu acompanhamento, alocando outros núcleos de saber (mesmo que marginais), visando a melhores resultados.

A EMG B desenhou iniciativas importantes como o acompanhamento das gestantes de alto risco, incluindo protocolo para orientação e encaminhamento das pacientes para a rede própria. O fluxo habitual de parto também é direcionado para os hospitais próprios e muitas vezes acaba por romper o vínculo com o seu médico, pois os casos são encaminhados para a rede própria onde são atendidos pelos plantonistas, muitas vezes impedindo o acompanhamento do pré-natalista. Esta mesma EMG também mantém iniciativas como: mecanismos de identificação e controle dos beneficiários atendidos em serviços de emergência cardiológica, visando ao seu acompanhamento futuro, encaminhado para a área cardiológica ou *case management*. A operadora faz ainda acompanhamento nos casos de diabetes, hipertensão arterial, câncer, gravidez de alto risco, obesidade mórbida.

A Cooperativa B também adota o gerenciamento do cuidado, priorizando o acompanhamento dos idosos, monitorando o uso de medicamentos, as interações medicamentosas, avaliando as internações, a disponibilização de vacinas e remunerando diferenciadamente os "cooperados cuidadores" que se encarregam do cuidado global dos idosos. Os clientes são vinculados a determinados médicos cooperados que são responsáveis pelos resultados.

Existem ainda outras iniciativas de pagamento por acompanhamento global, ligadas a determinadas patologias, por exemplo, os casos de pneumonia em criança, onde foram definidos protocolos que o pediatra deve seguir, evitando a internação. Remunera-se um adicional pelo tratamento global. Foram estabelecidos indicadores de monitoramento, por exemplo, nos casos em que a criança se interna, situação essa onde a remuneração extra não será efetivada.

A introdução do *case management* tem sido uma tendência das operadoras, embora nem todas ainda a tenham adotado. As operadoras têm adotado o *case management*, muitas vezes em função da sua prioridade de redução de gastos, como medida racionalizadora.

Podemos concluir que as operadoras investigadas têm adotado alguns preceitos do *managed care*, intensificando a adoção das tecnologias leves e regulando-as fortemente, seja pela prática de direcionamento, seja pela avaliação dos resultados produzidos.

Na maioria das operadoras investigadas, as linhas de cuidado (cardiologia e materno-infantil) ficam sob a responsabilidade do médico assistente, não havendo um direcionamento da operadora no sentido do seu monitoramento ou priorização. Não existem mecanismos de aferição de risco, entre hipertensos, gravidez de alto risco, por parte das operadoras. No caso da criança, a puericultura é realizada pelo pediatra, e não existe um protocolo formal para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida da operadora. Cada pediatra adota sua conduta: consultas mensais no primeiro ano de vida, com curva de crescimento e orientação alimentar, sempre feito individualmente pelo pediatra, não existindo participação de pessoal de enfermagem.

A Medicina de Grupo B é a única operadora na qual a gestante de alto risco tem monitoramento específico. Observamos que a linha de cuidado da cardiologia se constitui em uma prioridade de investimento das EMGs.

A autogestão investigada tem uma experiência positiva de vinculação de clientela, de definição de cuidadores, aliada mais recentemente a outras experiências que estão sendo implantadas em toda sua rede própria, como a estratégia de saúde da família. Visando à maior vinculação de seus usuários, a operadora buscou instituir entre seus quadros alguns profissionais que

fazem a gestão do cuidado de grupos mais vulneráveis (idosos, oncologia, saúde mental, Lerdort), organizando o atendimento através de uma rede referenciada e adotando a rotina de sempre acompanhar o "caminhar" desse usuário por essa rede credenciada. São agendados retornos onde se avaliam as novas programações, novos fluxos, buscando a integralidade, continuidade e o acompanhamento do caso. A vinculação do usuário vem norteando o planejamento da operadora, visando constituir-se em estratégia fundante e estruturante da assistência, o que será buscado com a disseminação da estratégia de saúde da família.

Entretanto, essa estratégia ainda não se efetivou de forma mais ampla, existindo ainda grande volume de gastos nos serviços contratados. As experiências em curso de gestão do cuidado têm motivado a busca de mudanças, pautadas pela vinculação, pelas práticas da promoção e prevenção. Este, portanto, constitui o grande desafio desta operadora: disseminar o modelo assistencial produzido pelo núcleo próprio. Existem algumas questões quanto à adoção do médico generalista. Cabe interrogar, por exemplo, como os usuários receberão a não-existência do médico ginecologista e pediatra na equipe. Outra dificuldade colocada consiste na capacidade de indução da operadora para a expansão da proposta e principalmente no convencimento da sua clientela quanto às vantagens de adesão às equipes de saúde da família. As entrevistas junto aos "prestadores" confirmaram que a Autogestão analisada tem buscado uma nova forma de articular o cuidado. Menos referenciada pelos princípios da atenção gerenciada e mais pautada pela proposta da saúde coletiva, pelo menos no que se refere à população de sua responsabilidade.

Em geral, as operadoras estudadas, à exceção da autogestão, explicitam que a integralidade se refere ao que foi contratado e não enquanto princípio fundante do direito à assistência à saúde. Para elas, a assistência integral seria uma responsabilidade exclusiva do setor público na saúde.

Assistência farmacêutica

Na maioria das operadoras não existe uma política de assistência farmacêutica. Algumas têm convênio com farmácias e praticam algum tipo de desconto para os clientes.

Podemos falar de uma política de assistência farmacêutica na Cooperativa B, que montou uma farmácia própria com venda de medicamentos a preço de custo aos clientes e realiza acompanhamento do

uso de medicamentos contínuos (para diabéticos e hipertensos), monitorando a sua continuidade, interrupção, eventos adversos, por meio de *software* específico. Foi estruturado um módulo de monitoramento de interação medicamentosa, controlando a aquisição de medicamentos que podem ter este efeito, contactando o clínico prescritor nos casos de interação medicamentosa ou reações adversas.

A Autogestão investigada também tem uma política de assistência farmacêutica, fornecendo medicamentos de uso contínuo aos clientes.

Internação Domiciliar

Existem diversas iniciativas referentes à atenção, podendo-se enumerar: projetos de internação domiciliar (junto a pacientes idosos ou portadores de doenças crônicas), a desospitalização e o *Home Care*, oferecendo assistência de enfermagem 24 horas, médico visitador diário ou plantonista e serviço de fisioterapia em casa. Diversos pacientes são atendidos nesses projetos: os portadores de doença oncológica, Parkinson avançado, AVC ou pacientes neurológicos. As iniciativas perpassam quase todas as operadoras estudadas, constituindo-se tanto em prática racionalizadora, diferencial de mercado e *marketing*, assim como estratégias para uma atenção mais humanizante.

Alta complexidade

Quanto à alta complexidade, a maioria das operadoras afirma atender ao rol de procedimentos previsto em lei.

A Autogestão trabalha este tema de forma diferenciada, principalmente entre pacientes oncológicos, definindo uma rede articulada de prestadores, que se inicia na implantação da notificação dos casos oncológicos, definição de protocolos de condutas, cuidado e fluxos para a Oncologia. Esta ação tem como conseqüências melhores resultados, menor custo e melhor qualidade de vida aos beneficiários.

A EMG A optou por priorizar a intervenção nos ditos procedimentos de alta complexidade, segundo uma necessidade de redução de custos. Para isso desenvolvem ações articuladas, referindo um projeto de cuidado que aumenta o vínculo e responsabilização pelo cliente.

Saúde Mental

A maioria das operadoras trata as ações de Saúde Mental de forma

tradicional: atendimento às emergências, psicoterapia de crise com duração máxima de 12 (doze) semanas e atendimento clínico.

Apenas a Autogestão estudada teve um novo marco conceitual, pautado na lógica antimanicomial, visando à integração do usuário, ressocialização e novas abordagens terapêuticas. Percorreu-se um outro caminho de organização da linha do cuidado e articulação de todos os recursos necessários à atenção específica, incluindo o acompanhamento e oferecimento de políticas substitutivas ao manicômio após a desospitalização. Nessa perspectiva, o que tem determinado a assistência na Autogestão na nova proposta é a lógica do cuidado ao paciente que tem obtido melhores resultados do que o modelo desenvolvido anteriormente. Essas medidas têm levado, segundo a operadora, a uma redução significativa dos seus custos. A ferramenta adotada para esse acompanhamento através dos gestores de cuidado e a definição de uma rede referenciada mais qualificada possibilita a vinculação desse usuário e a garantia da integralidade da assistência.

Saúde do trabalhador

A abordagem da saúde ocupacional é formal, desenvolvendo programas que ofertam às empresas ações exigidas na legislação trabalhista vigentes (exames periódicos, controle ambiental, programas de promoção à saúde, avaliação do perfil epidemiológico da população, questionário anônimo).

Apenas a Autogestão tem uma intervenção diferenciada voltada à sua clientela, com práticas de promoção, exercício físico, definição de rede específica para acompanhamento da Lerdort. Em função da constatação de que o paciente não dispunha de tratamento e acompanhamento adequados, criou-se uma porta de entrada no serviço próprio, que consiste no cadastramento do usuário e a partir daí o planejamento de toda a coordenação do cuidado em torno desse usuário, enviando-o para os determinados serviços, onde a operadora controla a qualidade do atendimento prestado. Com isso, conseguiu-se o próprio reconhecimento do Lerdort como diagnóstico, a diminuição do número de complicações e uma melhor abordagem aos usuários. Experiência semelhante ocorreu na linha do cuidado cardiovascular, também nesta autogestão, através do mapeamento de situações de risco no trabalho. O exame periódico de saúde constituiu-se na porta de entrada para a articulação do cuidado em torno dessas pessoas quando foram definidas situações de risco e criado um fluxo de encaminhamento dos trabalhadores para uma rede referenciada e articulada para exames, internações e outros atendimentos necessários.

Saúde Bucal

Poucas operadoras ofertam planos odontológicos. Uma das seguradoras oferta apenas para empresas com mais de 50 segurados e não são oferecidos nos planos individuais. A justificativa consiste no alto custo operacional e possibilidade de haver seleção adversa nos planos individuais.

Foi estudado com maior detalhamento o modelo assistencial praticado em uma das operadoras de medicina de grupo que passaremos a detalhar.

A operadora apresenta planos com diferenciais de cobertura que variam desde o Plano Referência até o plano mais diferenciado que cobre procedimentos de periodontia, cirurgia oral menor e próteses. A rede assistencial é constituída exclusivamente por serviços e prestadores credenciados. É uma rede nacional que segue a distribuição de clientes, tendo uma gestão administrativa e operacional regionalizada através das filiais.

Com relação ao processo organizacional, a rede é hierarquizada com três diferentes níveis de complexidade: porta de entrada, média e alta complexidade. Possivelmente essa hierarquização é o principal fator de diferenciação da operadora em relação às demais. A operadora detém uma rede hierarquizada, definindo a porta de entrada em duas especialidades: a clínica geral e a odontopediatria, que respondem por 98% das ocorrências na atenção básica. Ao entrar na rede, o usuário passa por um conjunto de ações (protocolo de terapêutica básica), visando diagnosticar e controlar a atividade da doença. O atendimento é regionalizado por bairro ou região. Existe um conjunto de profissionais que são referências de média e de alta complexidade para os clínicos e os odontopediatras. A decisão do tratamento é feita pelo especialista de acordo com o plano de tratamento feito pelo clínico geral. A contra-referência é feita para o demandante inicial. Este modelo vincula o usuário ao dentista da atenção básica conforme o grupo de risco.

Todos os seus credenciados são treinados em um módulo introdutório para uniformização de condutas, reduzindo assim as possibilidades de divergências. Existe uma ênfase na promoção à saúde por parte da operadora, que capacita periodicamente seus prestadores, estabelece rotinas de conduta, avalia sua implementação, inclusive entrevistando usuários.

Esta operadora trabalha com o pressuposto da promoção e adota a porta de entrada como o grande alicerce e apresenta como principais objetivos a

realização do diagnóstico e o controle da atividade da doença periodontal e da cárie. Os profissionais devem estabelecer vínculo com a clientela de forma a fidelizá-la num processo de acompanhamento com a inserção regular no programa de manutenção preventiva periódica capaz de possibilitar a preservação de um determinado estado de saúde obtido a partir das ações clínicas e educativas. Os dentistas da porta de entrada são os gestores do cuidado do cliente, atuando no seu núcleo de competência técnica e realizando ações de referenciamento para os outros níveis do sistema.

Foram definidos protocolos de atendimento no controle das principais patologias odontológicas – Terapêutica Básica de Cariologia e de Doença Periodontal. Foram ainda definidos indicadores acompanhados por um questionário que aborda os principais fatores de risco para a ocorrência dessas morbidades. Os indicadores monitoram o processo de saúde bucal dos clientes.

É realizada ainda a Manutenção Preventiva Periódica, composta por ações clínicas e educativas que promovem o auto-cuidado e o controle da atividade da cárie e da doença periodontal. Esse programa prevê um retorno regular de três em três meses ao clínico, odontopediatra e periodontista para os clientes portadores de patologias periodontais e de quatro em quatro meses ao clínico e odontopediatra para os portadores de cárie. Essa estratégia pretende a manutenção de um estado de saúde bucal ancorado em ações cuidadoras desenvolvidas pelos profissionais dentistas e pelo próprio paciente.

Essa operadora busca incentivar a vinculação por meio de um mecanismo de financiamento que acresce valor à medida que o prestador realiza seguidas manutenções, sugerindo um sistema de capitação.

O processo de regulação inclui mecanismos como protocolos, avaliação periódica de seus prestadores (perícia), direcionamento e porta de entrada pela atenção básica. Na avaliação periódica de seus prestadores, a operadora define uma amostra por profissional, revendo os casos e a adequação do plano terapêutico estabelecido. Na avaliação é observada também a satisfação do cliente. Os dentistas entrevistados relatam que a avaliação periódica interfere na conduta do dentista, reduzindo sua autonomia.

de uma pré-autorização, estando excluídas apenas as consultas de urgência, as consultas da porta de entrada e os exames radiológicos simples.

A operadora não realiza veto de procedimento, argumentando que essa estratégia pune o cliente. Seu foco nos processos de pré-autorização localiza-se nos prestadores e adota a consultoria clínica como a estratégia capaz de resolver os conflitos de opinião. A avaliação dos prestadores é feita por análise quali-quantitativa baseada na avaliação do atendimento e na pesquisa de satisfação dos clientes. Realiza-se também uma comparação com os profissionais da mesma região, levando-se em conta diversas variáveis como o número de clientes novos, o número de clientes que iniciaram a MPP, o percentual de clientes que permanecem em MPP, o número de clientes encaminhados para especialistas e a aplicação dos protocolos de atendimento. Neste sentido, a avaliação feita é para verificar se o prestador está dentro de uma estratégia de saúde, realizando controle da atividade das doenças bucais.

É bastante valorizada a atuação dos dentistas da porta de entrada, especialmente com relação à responsabilidade que possuem de coordenadores do atendimento e no controle da atividade da cárie e da doença periodontal. O critério de sucesso corresponde à capacidade desse dentista de manter uma carteira em Manutenção Preventiva Periódica (MPP), considerando tanto o volume de clientes em MPP em relação ao total atendido, como o número de sessões de MPP executadas para um mesmo usuário. Considera-se que todos os profissionais da porta de entrada devem colocar no mínimo 20% de sua clientela em processo de manutenção. Os incentivos institucionais decorrentes de um bom desempenho contemplam, além daqueles de qualificação e de educação continuada, benefícios financeiros de remuneração variável já comentados anteriormente. Neste sentido, a Manutenção Preventiva Periódica é considerada como a estratégia que fornece as garantias de uma boa assistência, tendo em vista as ações de educação para a saúde, auto-cuidado e controle das principais patologias odontológicas.

O ótimo prestador, para a operadora, é aquele que tem a capacidade de atender as pessoas e colocá-las em saúde. Para isso, fazem o acompanhamento de clientes que já apresentaram um grupo de necessidades que devem ser interrompidas e modificadas para o controle da atividade da cárie e doença periodontal.

Os dirigentes da operadora reconhecem os avanços provenientes da lei nº 9.656/98 que regulamentou os planos de saúde. Consideram que o principal mérito do processo refere-se a uma equalização do mercado com definição do rol mínimo de procedimentos e alinhamento de preços. Argumentam que, antes da lei, havia uma concorrência desleal no sentido dos grandes diferenciais de cobertura proposta pelos produtos disponíveis. Em muitos casos, o previsto no rol mínimo se constituía no máximo oferecido pelos planos odontológicos com preços disparatadamente mais baixos entre os diversos concorrentes. Após 1998, observam que todas as operadoras tiveram que refazer os custos, precificando os produtos em função da obrigatoriedade de uma cobertura mínima.

Entretanto, consideram que os avanços do processo de regulação e regulamentação alcançados pela ANS foram mais evidentes na assistência médica. Destacam que o principal desafio para a Agência é interferir sobre a qualidade da assistência odontológica prestada através da saúde suplementar, especialmente criando mecanismos de avaliação dos resultados obtidos. Neste sentido, consideram que o modelo de produção do cuidado da operadora fornece garantias assistenciais aos clientes, uma vez que buscam promover a saúde, fazendo o controle das doenças bucais mais prevalentes por meio de ações clínicas e educativas que interferem no processo saúde/doença.

Com relação à equipe dirigente, verifica-se uma grande competência para formular as diretrizes e o modelo assistencial apoiado no paradigma da promoção de saúde. Para isso, os gestores dispõem de recursos financeiros para investimento e custeio; dos cognitivos referentes à qualificação técnica para definir os princípios objetivos e as práticas de saúde bucal; e organizacionais, necessários para constituição e funcionamento da rede prestadora. Tal conjunto de recursos é associado à capacidade técnico-política dos gestores.

É importante destacar que, diferentemente da proposta de *gatekeeper* da Atenção Gerenciada, o clínico e o odontopediatra da operadora têm como responsabilidades específicas o estabelecimento de vínculo, a responsabilização pelo plano terapêutico e a produção do estado de saúde dos pacientes por meio de ações clínicas e educativas que visam, em última instância, ao controle das principais patologias odontológicas. Nesses papéis, não se apresentam como triagistas, realizando uma seleção de clientela com vistas à contenção de custo para o sistema. Não foi detectada ação dos

dirigentes e nem dos dentistas em restringir procedimentos ou número de retornos em função dos custos gerados.

Com relação à equipe dirigente, verifica-se um grande investimento nas diretrizes e o modelo assistencial baseado no paradigma da promoção à saúde.

Há que se destacar as especificidades da clientela: cerca de 40% dos planos odontológicos são planos individuais, cujos beneficiários possivelmente possuem bom poder aquisitivo, tendo em vista a lógica já discutida dos motivos que permeiam a compra de um plano de cobertura odontológica.

A entrevista com os profissionais da operadora demonstrou limitações de conhecimento e compreensão de algumas políticas mencionadas pela equipe dirigente como estratégicas, tais como os mecanismos de remuneração variável, o processo de consultoria clínica, as pesquisas de satisfação de clientela e a organização das células de atendimento regionalizado. Essas questões mostram que o modelo apresenta dificuldades no seu processo de difusão e consolidação teórica.

Considerações finais

Colocou-se o desafio de entender como se estruturam os Modelos Assistenciais vigentes na saúde suplementar, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde se organizam na oferta dos serviços de saúde de forma a garantir a assistência com qualidade aos seus usuários, responsabilizando-se pelo seu processo saúde/doença.

Observaram-se algumas tendências comuns às operadoras como a utilização dos mesmos mecanismos de regulação do acesso, tais como autorizações prévias para internações e procedimentos de maior custo ou complexidade, hierarquização da rede, co-participação nos planos coletivos, sendo que apenas algumas assumem que o referenciamento também é utilizado.

O modelo assistencial comumente praticado na saúde, em geral, e na suplementar, em particular, consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de procedimentos, predominando a desarticulação entre os diversos níveis de prestadores e com inúmeras queixas dos usuários.

Dentre as operadoras estudadas, algumas têm articulado práticas cuidadoras, interferindo no acompanhamento dos usuários e obtendo melhores resultados. Por sua vez, a interferência dessas operadoras, instituindo linhas de cuidado, como na oncologia, Lerdort, saúde mental, geriatria, diabetes e cardiopatias, se por um lado interfere na prática e autonomia médicas, por outro lado apresenta resultados assistenciais positivos no sentido de redução de internações, eventos e custos, apresentando-se como prática benéfica aos usuários e mecanismo de qualificação da clínica praticada.

A partir desses estudos de casos, observa-se que a saúde suplementar deve trabalhar sob o prisma da prevenção e promoção, estimulando essa prática em todos os seus prestadores, não como *marketing* da operadora, mas como prática cotidiana de fato incorporada.

Esses pontos deveriam se tornar novos referenciais e diretrizes do modelo assistencial na saúde suplementar, visando à garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a responsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados.

Referências Bibliográficas

DUARTE, C.M.R. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cad. Saúde Pública* v.17 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2001.

FERREIRA, A.B.H. *Dicionário básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, L.F. O Processo de Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde. IN: ANS. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. *Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Textos de Apoio*. Rio de Janeiro: ANS, janeiro de 2002.

IRIART, A.C. *Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal*. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Campinas – São Paulo, 2000.

MERHY, E.E. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. Hucitec, 2002.

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

REIS, A.T. *Modelos tecnoassistenciais em Belo Horizonte, de 1897 a 1964: em direção à uma compreensão sobre a produção de serviços de saúde*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina, UFMG. 2002.

SILVA, Jr, A.G. *Modelos tecnoassistenciais em Saúde, o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.

Parte 04

Reflexões sobre o trabalho médico na saúde suplementar

Giovanni Gurgel Aciole

Deborah Carvalho Malta

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Alzira de Oliveira Jorge

Perspectiva transformadora

A participação dos médicos na definição dos rumos do setor saúde tem cumprido um papel histórico, em função das articulações, posicionamentos e da defesa dos seus interesses. A centralidade dos médicos na organização das práticas de saúde vem se constituindo num razoável consenso no campo epistemológico (ALMEIDA, 1998; AROUCA, 2002; CAMPOS, 1988; DONNANGELO, 1975). A centralidade do trabalho médico, além disso, se revelou um tema atravessador de toda a pesquisa, que se justifica pela forte regulação que as operadoras têm exercido e pela sua importância na produção da assistência. Em outras palavras, é em torno do trabalho médico, sua natureza e organização das práticas que se desenrola a trama dos mecanismos de auto-regulação identificados (Capítulo 4) e sobre quem se desenvolve a formatação do modelo assistencial presente na saúde suplementar (Capítulo 6).

Neste capítulo, busca-se refletir as implicações que um cenário de mudanças e de reestruturação produtiva coloca na agenda de regulação do setor e, principalmente, nas perspectivas de construção de modelos de assistência comprometidos com outra lógica que não as que têm predominado nesse campo, quais sejam, a visão economicista e tecnocrática que despolitiza e 'naturaliza' certos desafios a enfrentar. Nossa intenção, em vista disso, é a de abrir possibilidades de repensar novos formatos para o setor que, pautados em outras finalidades, possam dialogar com a perspectiva de aprisionamento da tecnologia leve pelo capital, buscando liberá-la para práticas centradas no usuário que reposicionem o sentido e os objetivos colocados com este setor da assistência à saúde em nosso país.

O tema do trabalho médico, em especial, deve ser resgatado na medida em que revela uma categoria em transição, que insiste numa prática de contorno liberal, possuidora de uma natureza autônoma e implicada com a conservação de um status quo, ao passo que se depara com outra realidade, na qual as operadoras têm interferido explicitamente nas raízes desse imaginário profissional, produzindo profundas mudanças na organização e gestão do trabalho em saúde.

O sonho da prática liberal, da relação médico-paciente, do altruísmo, da competência profissional fundaram o discurso de gerações de médicos e das instituições formadoras. Com o advento da medicina moderna e do avanço da indústria capitalista, tornou-se necessário aos interesses nascentes deste setor intervir na formação médica, aprofundando a sua interface. Neste sentido, o Relatório Flexner, produzido por uma Junta de Educação Geral e coordenado por Abraham Flexner, em 1910, se tornou um poderoso instrumento de reformulação da prática médica. As proposições de Flexner, especificamente, acabaram por demarcar o nascimento da Escola Científica de Medicina por meio de indicativos que consistiam em: definição de padrões de entrada (seleção corporativa) e ampliação da duração dos cursos para quatro anos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às Universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; e controle do exercício profissional pela categoria organizada (MENDES, 1996; PAIM; ALMEIDA, 1998; SILVA Jr, 1998; MALTA, 2001).

As recomendações desse relatório foram estimuladas pela indústria capitalista, especialmente a de laboratórios e pela Associação Médica Americana. Assim, a concepção da Medicina Científica determinou uma mudança na prática médica, definindo elementos estruturais, quais sejam: mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão das práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa, concentração de recursos nos hospitais (SILVA Jr, 1998).

As proposições do Relatório Flexner, portanto, realizaram a 'administração' da produção de médicos, visando ao encontro profícuo entre as necessidades sociais ressignificadas pelo desenvolvimento da sociedade capitalista, cujas vertentes pragmática e ideológica impunham a 'profissionalização' desse processo; necessidade compatível com o aprofundamento da lógica da ciência e sua tecnificação que, no amoldamento das práticas sociais e sua captura com a mercadoria, praticamente exigia o "gerenciamento" da escola médica e, por extensão, dos médicos por ela produzidos, submetida a controles e padrões que a modernidade definia (MERHY; ACIOLE, 2003).

Essas mudanças na formação e na prática médica rapidamente se difundiram para o Brasil e registros do Congresso Nacional de Práticos, em 1922, já configuravam a tensão existente na categoria e as modificações decorrentes na prática médica no início do século. Existiam basicamente três correntes entre os médicos: os especialistas, os generalistas e os higienistas. Os dois primeiros defendiam a prática da medicina liberal, individual, e o atendimento dos pacientes em seus consultórios, limitando a presença do Estado às ações coletivas. De outro lado, os médicos higienistas defendiam o incremento da ação Estatal nas ações coletivas e que essa atuação progressivamente levaria à redução das demandas por atendimento individual. Esse tensionamento já demarca uma disputa entre duas lógicas distintas de organização da atenção e vislumbram as tensões fundantes do campo no decorrer das décadas (PEREIRA NETO, 2001; ACIOLE, 2003).

Tensionamento que se mantém presente até hoje, representando, como afirma Pereira Neto (2001), verdadeiros ecos do passado no presente. Tensionamento que vem sendo modificado paulatinamente, de um modo semi-perceptível pelo senso comum da categoria, ainda prisioneira do que Merhy (1997) já denominou de saga liberal. Estas modificações decorrem de duas origens distintas: a complexidade tecnológica crescente e a interferência de um agente intermediário – Estado ou empresa privada –

na gestão e organização da prática médica, o que faz desaparecer ou tornar muito tênue sua concretude de prática liberal, verificada na perda de suas características mais centrais: a liberdade de escolha, a captação livre de clientela no mercado e a capacidade de fixar os valores remuneratórios de sua renda. Sob esses três elementos, pelo menos, a categoria médica está longe de se caracterizar como uma profissão liberal. E isto já vem de um processo de formação dos mercados de trabalho, cujas transformações já foram alvo de investigações basilares, como os estudos de Donnangelo (1975), Campos (1988) e Schraiber (1989).

Se nos primeiros anos do século XX, a autonomia técnica e econômica estavam garantidas de antemão aos médicos, em decorrência da crescente incorporação da medicina científica, a complexidade tecnológica agregada ao recorte biologicista que coloniza a prática vem introduzir novos instrumentos, interferindo na pretensa autonomia médica, tornando-a cada vez mais dependente desses insumos. Esse aparato tecnológico e o caráter cientificista da prática médica, do mesmo modo, se vê associado a um lugar essencial para o seu exercício: o hospital. Essa dupla de elementos, de um lado, permitiu constituir a moderna clínica médica (FOUCAULT, 1994), mas representou a perda do controle das condições liberais de que os médicos se julgavam possuidores. A prática médica isolada em consultórios começou progressivamente a perder espaço, tornando-se paulatinamente complementar a outras formas do exercício profissional, quer seja a do serviço público, do setor privado, ou de ambos.

Outro elemento de transformação adveio do custo social representado pela incorporação tecnológica, que representou a evolução exponencial dos custos da assistência médica cuja matriz, predominantemente assentada na produção de procedimentos, foi originando um duplo distanciamento: dos médicos, que se viram perdedores da propriedade dos seus meios de produção, e dos pacientes, que viram os custos crescentes da assistência médica se tornarem mais e mais inacessíveis. Dupla perda, que colocou para o mercado de trabalho e para as relações entre usuários e prestadores um contexto de crise contínua.

A essa crise não faltaram respostas de que a realidade brasileira configura tanto um exemplar excepcional, quanto uma complexa trama de soluções, de que resulta a atual configuração do setor suplementar, tecido à sombra e ao lado do próprio processo de constitucionalização e implantação de um sistema nacional de saúde.

Não obstante essas perdas, cabe ressaltar o papel dos médicos na conformação do modelo de atenção médico no Estado brasileiro, cuja natureza privatista está bem consignada nos trabalhos de Oliveira & Teixeira (1986), Gonçalves (1994) e Schraiber (1989). Desde a formação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPS e Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS, a opção não se deu pela estruturação de serviços próprios, mas pela compra de serviços médicos em seus consultórios, o que já denota a força da categoria médica, aliada ao capital industrial, na expansão da cobertura e da privatização dos serviços. O que mereceu de Campos (1988) o vaticínio da adesão dos médicos ao capital e a tendência a resistir à intervenção no núcleo de suas práticas, seja de parte do Estado, seja de parte do empresariamento privado, mas que vem se revelando insuficiente para configurar um padrão mais consistente de conservação do *status quo* profissional na figura dos empregadores, tanto o próprio Estado, os Institutos Previdenciários, quanto os grupos privados, que em torno dos hospitais foram configurando a implantação do modelo americano de empresariamento médico.

A particularidade brasileira é que aqui não se logrou implantar um sistema integralmente americano, porque a centralidade do Estado como prestador logo obrigou a disputa em torno de soluções privatistas que deram origem a um mercado de operadoras de serviços de saúde, tais como as medicinas de grupo, as empresas de autogestão e, por fim, as seguradoras, ao lado das quais se coloca a originalíssima solução das cooperativas médicas (ACIOLE, 2003).

Essa participação dos médicos na gênese do modelo hegemônico de prestação de serviços no Estado brasileiro demonstra a importância de tomar o médico como tema analisador do modelo de assistência praticado no Brasil e o seu comportamento tendendo a resistir à estatização, sempre em busca de formatos de prática mais autônoma e liberal. Observa-se o movimento na constituição da medicina científica quando são introduzidas ferramentas que fazem o trabalho médico dependente de novos instrumentos e insumos. Entretanto, a prática médica busca resistir à crescente racionalização das organizações hospitalares, mantendo sua autonomia.

O médico, no seu trabalho, interage com tecnologias leves, leves-duras e duras, conforme já discutido no capítulo quinto. O uso dessas tecnologias difere conforme o modelo de atenção praticado. No modelo centrado na

dimensão propriamente cuidadora, devem predominar interações, relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário, processos de falas e escutas, relações de acolhimento e vínculo, articulação de saberes para composição de projetos terapêuticos, entre outros. No modelo de atenção médico/hegemônico/tecnológico, o uso da tecnologia leve torna-se reduzido e a dimensão propriamente cuidadora encontra-se praticamente anulada. O projeto terapêutico produzido é a expressão de um somatório de atos fragmentados sobre um usuário insumo, dividido por tantas unidades de produção de procedimentos quantas se puderem constituir. A relação entre o médico e o usuário se dá de forma fragmentada, mediada por procedimentos; assim, o vínculo passa a ser com um exame, uma consulta, por exemplo. O trabalho vivo em ato do médico tende a ser plenamente capturado e expresso por saberes tecnológicos que reduzem seu foco de ação à produção dos procedimentos. Como resultado, ocorre uma agregação de custos, além de uma perda da eficácia das práticas de saúde. Essa crise oriunda dos custos crescentes e resultados reduzidos tem impulsionado parcelas de capital a formularem propostas de modelagem para o trabalho médico, procurando capturar a microdecisão clínica.

Segundo Merhy, diante disto,

é possível vislumbrar uma transição tecnológica e uma reestruturação produtiva do setor, capitaneada pelo capital financeiro interessado na capacidade lucrativa do setor saúde. O capital financeiro que entra na disputa atual pela distribuição das atividades lucrativas no setor saúde impõe um novo modelo de controle, procurando colocar uma certa leveza no campo das leves-duras e uma certa dureza nas leves, que permitam construir uma gestão de um cuidado individual a partir da noção de "acidentalidade" (sinistro) em saúde e das possibilidades de seu controle ou, pelo menos, minimização. Vai buscar ferramentas do campo de ação da saúde pública, da administração dos serviços de saúde (MERHY, 2002).

Esse movimento consiste em contar com os saberes clínicos na construção de projetos terapêuticos integralizados, projetos tecnológicos de intervenção na prevenção de riscos ou de seus controles, incorporação da epidemiologia, especialmente da epidemiologia clínica e seus modelos preditivos e o instrumental da medicina baseada em evidências. Com isso, busca-se ampliar o papel da dimensão cuidadora, dando um lugar estratégico para

os processos de gestão do cuidado como mecanismo de incorporação de procedimentos, além da geração de produtos típicos dos atos cuidadores centrados. Ainda segundo Merhy,

isso se expressa no aumento da presença de projetos, como: *home care*, adscrição de clientela, entre outros. Inaugura uma busca tensa, de captura da microdecisão médica sobre o seu ato por uma microdecisão gerencial, ou burocrático-administrativa colocada e comandada pelo capital (segurador) financeiro (MERHY, 2002).

A Atenção Gerenciada (*managed care*) tem-se ampliado desde os anos 80 nos EUA, e no final dos 90, na América Latina, expressando-se como um movimento do capital financeiro de forma maciça para o setor saúde. O impacto desse processo no setor, como reestruturação produtiva e transição tecnológica, está ainda por ser compreendido de maneira mais completa. No que alguns estudos já têm se detido, mas que cabe ainda dimensionar o seu alcance, particularmente no Brasil. Novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, novas competências profissionais vão sendo demandadas. E cabe definir também o papel da ANS frente a essas mudanças.

Esses novos arranjos têm levado a uma tensão transformadora no trabalho médico, e cada vez se torna mais importante a compreensão dessa dimensão, já que neste momento expressa os interesses de diferentes tipos de capitais: liberais, industriais monopolistas ou financeiros, ou mesmo blocos governamentais específicos. Essa compreensão pode fortalecer algumas modelagens em relação a outras.

Esse processo procura promover a troca de um médico centrado em procedimentos por um outro, ordenado a partir das relações cuidadoras, mas opera essa transição afirmando mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário. A lógica acumulativa do capital financeiro não busca a defesa da vida individual e coletiva como sua finalidade no campo da saúde; seu eixo é a produção de um projeto terapêutico que permita o controle da incorporação de tecnologia de alto custo, nem que isto custe a própria vida do usuário (MERHY, 2002).

Essas reflexões são fundamentais sob a ótica do trabalho médico e a perda da autonomia de seu exercício, mas principalmente sob as novas perspectivas da saúde coletiva na busca de novos referenciais e de novas modelagens para o setor.

Análise das entrevistas

Faremos, a seguir, a análise das entrevistas realizadas com prestadores médicos, lançando mão de algumas citações de trechos das entrevistas que demonstram as principais questões sobre o tema.

As entrevistas realizadas com os médicos buscaram ser reveladoras da sua prática, da relação da operadora com os prestadores médicos, como as regras são estabelecidas, como as práticas de regulação interferem no seu cotidiano, na sua prestação assistencial e na sua relação com seus pacientes. Em geral, os médicos se mostraram colaborativos e dispostos a contar e refletir sobre sua experiência. Alguns se apresentaram satisfeitos e aliviados, como se a entrevista pudesse ser também um instrumento de denúncia, principalmente do seu descontentamento com algumas regras, especialmente do baixo preço pago pelas operadoras pelas consultas médicas. As entrevistas revelaram a importância do médico na produção do cuidado, tanto na perspectiva da ação técnica, quanto na condução do seu processo assistencial, facilitando o percurso na linha do cuidado.

Como apresentado e discutido nos capítulos 4 e 6, nas operadoras investigadas os instrumentos de regulação do trabalho médico variaram em natureza e amplitude, mas não em termos de foco do objeto de intervenção: a regulação da prática médica. Assim é que meta referencial, avaliação periódica do desempenho e custo, consulta bonificada, direcionamento, auditoria externa ou "médicos consultores", que avaliam as condutas dos pacientes internados e interferem quando julgam necessário, autorizando permanência, acelerando alta, avaliação dos prestadores (cruzamentos entre o custo e o volume de procedimentos solicitado por médico, número de consultas e o número de procedimentos para cada especialidade), embora variem de função, mantêm o mesmo objetivo, ou seja, avaliar o trabalho médico quanto ao consumo de procedimentos, custos e fluxos de encaminhamentos. O controle da prática médica se coloca em formatos diferentes, mas vem sendo adotado pelas operadoras estudadas, tal como ocorreu nas operadoras americanas. O que antes era um território fechado a uma prática autônoma passa a ser regulado e controlado pelas operadoras, com maior ou menor intensidade. Além disso, trazem consigo o controle externo, a possibilidade de punir (pagando menos ao médico que pede mais exames) ou retribuir financeiramente (remunerando mais a consulta ao médico que pede menos exames,

retribuindo o bom desempenho, enviando o profissional para o exterior para uma viagem de reciclagem).

Outro mecanismo sutil e que leva ao aumento da adesão, talvez pelo forte fetiche que a questão da cientificidade representa para a categoria, consiste em lançar mão dos comitês de especialidades (muito utilizado pelas cooperativas), o que tem servido para discussão sobre a introdução de novas técnicas, dos protocolos e consensos das especialidades. Nos comitês, procura-se incluir o presidente da sociedade de especialista correspondente, ampliando a legitimação entre pares. Esses mecanismos acabam por se tornar um grande lócus de disciplinamento junto à corporação médica. Em geral, produzidos pelas sociedades de especialistas, não restam dúvidas de que têm contribuído na melhoria da qualidade da assistência prestada, sendo apoiados por verificação de evidências, apoiados em saberes da epidemiologia clínica, estudos de efetividade e acabam por serem apoiados sem restrições pelos médicos e também pelas operadoras. Nessa perspectiva, vale a pena destacar a percepção de profissionais entrevistados que claramente colocam a necessidade de preservar a autonomia na condução e na realização do fazer clínico, adequando a utilização dos protocolos ao perfil do paciente e à sua atuação clínica.

As seguradoras no Brasil têm adotado comportamento menos intervencionista da prática médica, remetendo a prerrogativa da definição dos protocolos para as sociedades de especialistas. Dessa forma não interferem diretamente, mas usam outras mediações, especialmente da autorização via *call center*, para avaliação de praticamente todos os procedimentos e definição do fluxo autorizativo do *call center*, em cujas autorizações são utilizados protocolos.

Observa-se grande dependência dos médicos em relação à clientela das operadoras, sendo poucos os pacientes privados.

Antigamente a gente tinha que reservar uma cota para convênios, pois havia prioridade para os pacientes particulares. Isso agora inverteu. Hoje, os convênios dominam todos os horários, pois os pacientes particulares são bem poucos. Todos os horários estão disponíveis para os convênios.
(E 11)

Observa-se na fala um certo desencanto, uma constatação de que o sonho da prática liberal ruiu:

Uma coisa que eu penso, que estou na operadora há vinte anos, praticamente toda a minha vida, é que a idéia básica da cooperativa era oferecer uma alternativa ao SUS, na época, o INAMPS, que atendia à classe média. Visava também melhorar o trabalho médico, garantindo um mercado de consumidores. Quando eu comecei, minha clientela era 70% particular e somente 30% operadora; hoje é totalmente invertido, 70% operadora e 30% particular, e olhe lá. Acho que a maioria dos colegas, infelizmente, ainda não acordou para essa triste realidade: nossa escolha liberal está acabando. Este meu consultório é uma ilha da fantasia, toda esta estrutura que tenho aqui, computador, salas, internet, secretária, isso tem ficado muito difícil de manter, não sei quanto tempo mais vou agüentar manter sozinho. E na medida da dificuldade, se eu tenho que mais e mais tempo correr atrás no plantão, eu vou tendo menos tempo para os meus clientes. A paciente que mencionei, que trouxe a filha grávida, eu vou fazer, provavelmente, o parto do neto dela; fiz o parto da filha, isso é a parte da clínica que me faz gostar de ser médico, isso é relação, e isso, infelizmente, não sei quanto tempo vai agüentar mais. A relação médico/paciente está morrendo! (E 13)

Alguns médicos entrevistados discutem novos formatos de interferência das operadoras na relação médico/paciente, especialmente no que se refere à migração de clientes. Alguns médicos afirmam que os pacientes são da operadora, não deles propriamente. A interposição das operadoras na relação médico-paciente acaba por quebrar vínculos, migrar a clientela com freqüência (quando da troca de operadora nos planos coletivos ou as freqüentes demissões das empresas), enfim, o sonho da prática liberal vai se esvaziando e dando lugar a uma outra percepção, a da existência de um intermediador na relação com seus pacientes. Cada vez mais as empresas mudam de operadoras em função da concorrência, visando a menores custos. A disputa de mercado é acirrada e ganham as contas das empresas, as operadoras que oferecem o menor preço, então a cada ano mudam as operadoras, interrompem-se acompanhamentos. Este novo cenário interfere nas relações cotidianas, quebra vínculos e coloca outra forma de trabalhar, fragmentada e sujeita a interrupção freqüente. Certamente os usuários são os maiores prejudicados nessa quebra de vínculo, mas os médicos também se queixam, pois na verdade explicita-se a dificuldade em manter aquela clientela, a fragilidade da sua prática liberal. Alguns até chegam a afirmar que são os médicos e não os usuários os maiores prejudicados com essa interrupção:

Mas a verdade da história é que os planos roubaram o direito que o médico tinha de ter seu próprio paciente; o paciente hoje é da operadora. Mudou a empresa, mudam todos os médicos e eles não avaliam, porque na verdade isso, como diria, é uma vergonha; isso eles conseguiram e, por mais que eles tentem, eles conseguiram acabar com a relação médico/paciente, não foi uma coisa de propósito, foi uma contingência econômica do país. (E10)

A mesma percepção identificada entre médicos do Rio de Janeiro quanto à perda do vínculo com seus pacientes, observamos em Belo Horizonte:

Porque hoje em dia o quê que o convênio tentava acabar? Com a relação médico/paciente. Porque, hoje em dia, o paciente é da operadora, não é seu. (E 6)

Mesmo existindo essa constatação de que o paciente é da operadora, os médicos, sobretudo os pediatras, se sentem vinculados, inclusive arcando com inúmeras consultas extras, não pagas, já que os retornos são limitados e afirmam ter um compromisso com o paciente, por isso avaliam seus pacientes, mesmo não sendo remunerados. O que mostra que, mesmo interferindo diretamente na relação médico/paciente, inclusive com mudanças frequentes na sua clientela, alguns médicos ainda se mantêm vinculados e resistindo ao novo formato do mercado:

Então, isso acaba exigindo muito do médico, porque a operadora te dá direito a uma consulta/mês, só que tem paciente que vem no consultório 10 vezes, 15 vezes, dependendo do problema. (...) Eu atendo porque eu tenho um compromisso com o menino, meu compromisso é com a criança. (E6)

Torna-se importante lembrar que nem todos os médicos possuem essa vinculação com o usuário. Existem situações de ruptura, de não-responsabilização pelo caso. Detectamos algumas situações semelhantes, principalmente em relação aos pacientes mais crônicos, pela dificuldade de manejo, em função da necessidade de demandar maiores cuidados, mais tempo, mais trabalho. Uma conduta comum consiste em encaminhar os casos mais complexos para os especialistas,

porque os obstetras, de maneira geral, principalmente em hospital que tem muita clínica, eles fogem de doente complicado, doente complicado é difícil, doente complicado é perigoso, doente complicado perde muito tempo. Então tem que internar a paciente complicada e quem vem passar visita nas

pacientes? Você tem que vir e na hora que você vem, quem atende no seu consultório? Então, por todas essas razões, quem tem clínica, o obstetra clínico do dia-a-dia que está lá no campo fazendo, prefere encaminhar. (E7)

Esses depoimentos denotam de alguma forma uma baixa vinculação desses médicos. Normalmente, a referência para os especialistas ocorreria em função de dúvidas ou em função da falta de saber técnico, não pelo fato de o caso ser de difícil manejo ou porque inspiraria maior cuidado e daria mais trabalho. Essa atitude demonstra uma forma de atuar do modelo hegemônico, que transforma o usuário em apenas mais um cliente, um número. Até que ponto esse formato não tem sido estimulado pela pequena remuneração da consulta? Por outro lado, podemos interrogar o quanto do trabalho desses profissionais tem se "robotizado", a ponto de se perder o vínculo frente aos clientes das operadoras. Seria diferente se fossem consideradas clientes particulares ou com maior tempo de consultório? Seria diferente se os clientes de planos fossem clientes mais antigos? Até que ponto as constantes migrações dos clientes dos planos coletivos de operadora têm estimulado esse comportamento de baixa adesão e baixa efetividade no cuidado? Essas situações devem ser mais bem investigadas. Cabe ressaltar que esse não foi um traço comum em todas as entrevistas realizadas. Evidentemente são ruídos, não podemos generalizar, mas podemos chamar a atenção para o tema da não-responsabilização, mesmo que exista competência técnica para a condução do caso. Em outras entrevistas, ao contrário, são acentuadas outras características, seja a da responsabilização, a da organização de formatos de trabalhos cuidadores pautados pelo vínculo e pela qualidade. São atores com perspectivas diversas, alguns mais comprometidos com a clínica e o cuidado, outros menos envolvidos com os seus usuários. Alguns esperançosos, outros se vendo sem forças para a travessia e vislumbrando a luta desigual com as operadoras.

Paralelamente a esses ruídos, pudemos observar que a maioria dos profissionais entrevistados se responsabiliza pelo fluxo de acompanhamento dos seus clientes e o faz preservando, mesmo que inconscientemente, um núcleo essencial de poder da prática: o poder prescricional e delegacional, mas também de relacionamento ético interpares, que coloca para o médico o imperativo de 'articular' uma certa 'linha de cuidado' informal, auto-referenciada, mas de eficiência resolutiva. Em geral, esse vínculo se inicia no consultório e os médicos buscam referenciar para os hospitais onde

trabalham e que são credenciados pela operadora. Na maioria das vezes acompanham o paciente durante o tempo da internação, depois marcando retorno para seu consultório. Aqui se vê, claramente, como o médico constrói a linha de cuidado do paciente, que se confunde com seu território de prática profissional. Evidentemente existem diversos médicos que não se utilizam desse recurso, encaminhando o paciente para outro colega ou para outro serviço. Muitas vezes a própria operadora força essa quebra da linha do cuidado, ou por baixa remuneração do ato médico (por exemplo, no caso do parto) ou por direcionar para hospitais próprios aos quais o médico não tem acesso (por não pertencer ao quadro do hospital). Entretanto, em geral, os médicos manifestam uma preocupação no seguimento dos pacientes e no controle após a alta hospitalar. Essa característica não se refere a uma política da operadora, mas do próprio ato de cuidar do profissional.

O tema da autonomia e da definição da linha do cuidado pelo médico também se encontra em transição. Normalmente os médicos acabam por construir uma prática bem autônoma que não é muito influenciada pelas regras da operadora. Sua autonomia se amplia no momento em que ele direciona seus pacientes a partir do seu "território profissional", ao utilizar protocolos (consensos), tendo como referência a sua corporação (no caso, as sociedades de especialistas), muito mais do que as regras da operadora.

Essa característica importante do trabalho médico - autonomia no direcionamento (encaminhamento) para colegas de seu conhecimento e confiança - tem sido objeto de intervenção pelas operadoras. As indicações feitas a partir da lista de credenciados pela empresa e o médico acabam influenciando na decisão do paciente. Essa atitude acaba por influenciar na construção da linha do cuidado. Ressaltemos que essa prática autônoma nem sempre é possível, especialmente no caso do pré-natalista, que não tem como fazer o parto da sua paciente, seja pelo fato do direcionamento de hospitais aos quais ele não tem acesso, por não pertencer ao quadro clínico do hospital, seja pelos baixos honorários do plano enfermária, que desestimulam a prática de realização do parto. No primeiro caso, a interrupção é absoluta; no segundo, relativa. Esses mecanismos de regulação da operadora vêm progressivamente interferindo na possibilidade do médico de realizar o acompanhamento dos seus clientes. Em determinadas operadoras ou em determinadas patologias, essas possibilidades de direcionamento do paciente pelo médico se mostram frágeis, dado que estão

definidas regras de referenciamento para certos serviços, mostrando claramente uma interrupção da linha do cuidado.

Na maioria das operadoras, as linhas de cuidado investigadas (cardiologia e materno-infantil) ficam sob a responsabilidade do médico assistente, não havendo um direcionamento da operadora no sentido do seu monitoramento ou priorização. De uma maneira geral, a instituição do vínculo ou de práticas mais "cuidadoras" está restrita à relação médico/paciente.

Quanto ao tema da autonomia médica, podemos afirmar que algumas operadoras conferem maior liberalidade e autonomia aos médicos, o que poderíamos citar entre as operadoras pesquisadas, a Autogestão e a Seguradora B, interferindo menos no ato médico em si, sendo menos exigentes quanto aos processos autorizativos:

Eu acho que tem muito uma coisa assim. Se eles confiam no profissional, eles não bloqueiam você porque eles já sabem que você vai fazer o que é melhor para o paciente, dando um tratamento humanizado com um custo adequado, porque você não vai pedir coisa absurda, mas tudo que você precisa pedir não é bloqueado. (...) gosto de trabalhar para eles porque eles me dão condição de trabalhar direito, se eu quiser internar em outro hospital, onde eu quiser internar. Não tem nenhuma limitação em relação aos pacientes deles. (E 8)

Outra crítica apontada pelos próprios médicos refere-se à crescente onda de intervencionismo, inclusive um modismo imposto pela indústria de procedimentos, valorizando pouco a clínica e exagerando na solicitação de exames para o fechamento do diagnóstico. Alguns médicos observam que essa mudança na forma de operar é muito determinada pelo modelo americano de prática clínica, em função da pressão da indústria de procedimentos e também pelas disputas judiciais travadas em torno dos erros médicos e sua indústria jurídica. Discutem ainda como deveria ser a boa prática fundada na clínica, na anamnese e no exame direto do paciente.

(...) quando você termina de colher a história do doente, você tem que ter de 85% a 90% do diagnóstico dele feito, os outros 10% você vai pedir exames para confirmar o diagnóstico e isso demanda tempo. (...) Agora é o inverso, você conversa muito pouco, preenche um tanto de papel, pede tudo que é exame e isso encarece demais a medicina. Corta o vínculo e encarece demais,

na realidade as pessoas deixaram de ter um relacionamento profissional com o paciente e passaram a ter um relacionamento de pedir exame e, quando os exames vêm todos normais e o cara fica meio perdido, aí encaminha para o especialista. (E 10)

Outros médicos também abordaram o tema da solicitação crescente de exames e que, muitas vezes, os próprios pacientes demandam exames desnecessários, o que tentam reverter. Interessante notar que nem todos os médicos têm a mesma forma de atuar, como existem médicos preocupados em resgatar a clínica, os vínculos e como isso é fundamental na relação médico-paciente.

(...) Existe uma falta de consciência do conveniado que fala assim: 'mas eu quero fazer tais exames' ; eu falei: 'se a senhora estivesse pagando, a senhora queria fazer isso tudo?' Porque acha que não está pagando, mas na verdade, isso existe. (...) Não faço exame por fazer. Para dar negativo, não tem sentido nisso não. (E 6)

O assalariamento da categoria médica e a baixa remuneração foram temas recorrentes nas entrevistas. Muitos médicos lançam mão de diversos vínculos empregatícios, inclusive em cidades diferentes e até mesmo exercendo outras especialidades, procurando manter um certo padrão de renda, mas esse mecanismo, à primeira vista compensatório, das perdas decorrentes da intermediação empresarial e/ou estatal parece ocultar outros mecanismos e elementos de natureza ideológica e cultural que merecem um maior aprofundamento e investigação. De todo modo, a baixa remuneração das operadoras foi um tema constante, principalmente entre clínicos e pediatras, em função do que é valorizado e remunerado pelas operadoras, pois nas especialidades clínicas remunera-se ao profissional apenas as consultas, deixando de lado os procedimentos que são, ao contrário, incorporados e cobrados pelos demais especialistas.

O ginecologista tem o parto que é cirurgia ginecológica, tem lá a videolaparoscopia, videoscopia; e o clínico, o que ele tem? Ele tem a mão dele, o estetoscópio dele e a cabeça dele e só. Isso não é valorizado. A minha saliva e o meu ouvido não são valorizados, porque eu escuto muita coisa e falo muita coisa para os meus pacientes e isso não tem valor nenhum. A amizade que eu tenho pelos doentes, o doente querer voltar, ter prazer de voltar no meu consultório para conversar comigo, isso não tem valor. O que tem valor é o procedimento; se eu furar o paciente aí isso vale, se eu mandar

furar o paciente aí isso vale de novo. Então isso lamentavelmente foi a gente que deixou, nós médicos que deixamos isso acontecer. Algum dia isso vai ter que mudar. (E 10)

Alguns profissionais defendem o credenciamento universal, pois a relação deveria se dar só com o usuário através do mecanismo de reembolso, o que caracteriza a existência do sonho da prática liberal, sem mecanismos de regulação, o que se aproxima do pólo utópico que parece impregnar esse ideário idílico de mundo perdido.

Eu acho que tinha que acabar essa coisa de credenciamento médico, não existir credenciamento; o paciente tem um plano de saúde, seja com seguradora, seja com a operadora, ele vai ao médico, ele vai pagar a consulta e vai à operadora dele e vai ser ressarcido daquela despesa que ele teve, se é total, se é parcial, isso vai do acordo, da relação de cada um. (...) Isso vai ser melhor para o médico, acaba essa pressão, esse controle da operadora sobre os médicos de pedir menos exames, de não sei o quê, porque você não tem vínculo nenhum, você tem o seu consultório e o seu vínculo é com o paciente, o paciente é que vai te procurar espontaneamente, ele vai lá, tem o direito dele e é ressarcido de acordo com o plano, dos direitos que ele tem. (E 9)

O grau de alcance desse imaginário é tamanho, que alguns profissionais defendem ainda que a ANS deveria regulamentar a prática do livre acesso aos médicos:

A ANS, a única coisa que ela pode fazer é acabar com esse negócio de credenciamento e abertura geral; as operadoras são obrigadas a reembolsar todo paciente que procure um atendimento de saúde. (E 9)

Isto é, invoca-se o poder do Estado para moderar uma relação que se pretende tenha natureza privada, comercial, autônoma e livre. É uma contradição, senão um paradoxo, ou antes, representa a expressão de imperfeição dos atores num mercado também imperfeito.

Os profissionais questionam também o pagamento por pacotes, relacionando isso a formas de diminuir a remuneração do profissional, argumentando ser esse o único custo variável. Os médicos reconhecem antagonismos de interesses entre operadoras e médicos.

clínica que faz o ultra-som fala: não, meu preço do ultra-som é tanto, ele vai pagar aquilo, ele precisa daquele serviço. Agora, o médico... elas impõem a tabela; o hospital, não, o hospital impõe a tabela dele. (E9)

A questão da prevenção, embora pareça um consenso, não é partilhada por todos os médicos, que em alguns casos reforçam posicionamentos tradicionais, conservadores, de defesa da clínica, fazendo uma contraposição entre a clínica e a promoção. Nota-se ainda a dificuldade em assumir uma perspectiva de trabalho mais coletivo, envolvendo outros profissionais e na compreensão dos múltiplos determinantes no processo saúde/doença, restringindo-os aos determinantes biológicos, defendendo a posição da suficiência do atendimento individual e das medidas de orientação emanadas dos consultórios.

Algumas falas são muito desesperançosas em função da dependência aos planos de saúde que impõem suas condições, em particular o valor dos honorários e da qual não conseguem ver saída:

Não sei por que mantenho o consultório. Não vale mais a pena. Mas estou no meio da travessia da piscina. Estou cansado e não consigo voltar para trás e nem sei se chegarei até o final. (E 5)

Considerações finais

Ainda é incipiente a implantação sistemática das estratégias adotadas pelo *managed care* no Brasil. Entretanto, algumas empresas de medicina de grupo, especialmente as de grande porte, têm utilizado a atenção gerenciada para a redução de seus custos e racionalização do uso de serviços e insumos. Um dos efeitos mais significativos nesse processo tem sido a interferência na forma de organização e produção da assistência, controlando os prestadores. Nesse sentido, o *managed care* interfere na autonomia médica, exercendo mecanismos de regulação como definição de fluxos, direcionamento, protocolos e condutas, entre outros.

O disciplinamento da prática médica vem ocorrendo de forma processual e incisiva, mas nem sempre explícita, de forma que os médicos vão se adaptando às novas regras, concordando com algumas, sentido-se impotentes frente a outras.

Algumas operadoras (Empresa de Medicina de Grupo A, Autogestão e

Cooperativa B) têm desenvolvido estratégias na busca de novas formas de atuar, interferindo na relação médico/usuário, articulando práticas cuidadoras, interferindo no direcionamento desses usuários e no seu acompanhamento, alocando outros núcleos de saber (mesmo que marginais), visando a melhores resultados. Por sua vez, a interferência dessas operadoras, instituindo linhas de cuidado, como na oncologia, Lerdort, saúde mental, idosos, diabetes e cardiopatas, se por um lado interfere na prática médica, por outro lado apresenta resultados assistenciais positivos no sentido de redução de internações, eventos e custos, apresentado-se como prática benéfica aos usuários e mecanismo de qualificação da clínica praticada. A operadora acaba por definir protocolos e condutas padronizados, realizar certo direcionamento de rede e fluxos, propiciar a vinculação de usuários ao cuidador (médico), além do monitoramento dos resultados obtidos.

Ocorre nesses casos uma interferência direta na autonomia médica e a operadora assume o papel na identificação do usuário, na definição do plano assistencial, cobrando resultados. Há que se interrogar se a interferência na relação direta médico/paciente quebraria essa relação transformando-a em algo mecânico, não relacional, determinado não pela busca da melhor opção para o usuário e pela recuperação da saúde autônoma, mas se estaria focada simplesmente na redução dos eventos/sinistros e do custo. O desafio consiste em pautar essa relação por outros referenciais.

Se essa intervenção ocorrer sob a perspectiva do cuidado, resultando em práticas mais acolhedoras, resolutivas, implicando melhores resultados, será positiva, mesmo que interpondo a operadora numa relação que antes procedia entre o médico e o paciente apenas. Neste caso estaríamos diante de algo paradoxal e a escolha a seguir deveria ser o aprofundamento dessa prática, colocando a operadora como a articuladora da linha do cuidado, mesmo que isto implique interferir na autonomia profissional. Pois, nesse caso, trata de ressignificar a relação profissional/usuário, pautando-a em outras referências. Neste caso, as demandas estão centradas no usuário e em suas necessidades. O que se busca é alcançar melhores resultados, a qualidade de vida, a sua autonomia; o que deve comandar essa nova relação não é a redução dos sinistros e maximização dos lucros e, sim, a defesa da vida.

Referências bibliográficas

ACIOLE, G.G. *A Saúde no Brasil: entre o Estado e o Mercado*. DMPS/FCM/Unicamp, 2003, 336 p. Tese de doutorado.

ALMEIDA, C. Médicos e Assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. IN: *Cadernos de Saúde Pública* 13(4): 659-676. Out-dez. 1997.

AROUCA, A. S. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora UNESP/ Editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Os Médicos e a Política de Saúde: entre a Estatização e o empresariamento, a defesa da prática liberal da Medicina*. São Paulo: Hucitec, 1988.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975. 174 p.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. 4ª Edição, 241 p.

GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

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

MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). *Agir em Saúde. Um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E.; ACIOLE, G. G.. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. IN: Pró-Posições. *Revista da Faculdade de Educação da Unicamp*, Campinas, v. 1, n.1, março de 2003, p. 53-68.

MERHY, E.E. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)previdência Social - 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.

PAIM, J. S., ALMEIDA, N. F. Saúde Coletiva: uma "nova Saúde Pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998.

PEREIRA NETO, A F. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

SCHRAIBER, L. B. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1989, 134 p.

SILVA Jr, AG. *Modelos tecnoassistenciais em Saúde, o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

Caminhos e perspectivas na saúde suplementar

Alzira de Oliveira Jorge

Deborah Carvalho Malta

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Giovanni Gurgel Aciole

Consuelo Sampaio Meneses

Mônica Aparecida Costa

Túlio Batista Franco

Celia Beatriz Iriart

O Estado brasileiro tem como papel a definição da forma e princípios da prestação da assistência à saúde, a ordenação das políticas públicas e privadas e a regulação do setor como um todo. A Constituição Federal define os seus princípios, materializados no Sistema Único de Saúde, que se propõe universal, integral e equânime. Ao setor privado, cabe organizar-se de forma complementar e suplementar ao público.

O debate sobre modelos assistenciais em saúde suplementar não deve ser desvinculado do entendimento global do funcionamento do SUS. A compreensão e a regulação da saúde supletiva podem ser estudadas e compreendidas a partir das experiências e modelagens produzidas no público, com o objetivo de compará-las e de estabelecer novos conhecimentos. Da

mesma forma que tal debate tem que ser feito na sua estreita vinculação com o processo microrregulatório, como temos destacado até agora.

A atuação do Estado na saúde suplementar tem como marco a aprovação da Lei nº 9.656/98, que estabeleceu um novo patamar no processo de regulação. Entretanto, há que se aprofundar a natureza dessa regulação, visando garantir a qualidade da assistência à saúde e a produção do cuidado integral. Coloca-se o desafio de entender como se estruturam os modelos assistenciais vigentes na saúde suplementar, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde vêm se organizando para a oferta dos serviços de saúde, de forma a garantir a assistência com qualidade aos seus usuários, responsabilizando-se pelo seu processo saúde/doença.

Tendo em vista, como já relatado, a escassez de referências sobre o tema da saúde suplementar no Brasil, especialmente no que diz respeito à discussão sobre os modelos assistenciais adotados pelas operadoras de planos de saúde, esta pesquisa constituiu-se, num primeiro exercício, no sentido de desenhar os modelos de assistência à saúde utilizados pelas operadoras, ainda de caráter muito exploratório, e sua estreita vinculação com o processo regulatório.

A utilização da metodologia de estudo de caso trouxe a vantagem de um aprofundamento para melhor conhecimento do objeto a ser investigado, mas, pelo seu caráter, não tem a pretensão de ser generalizável e sim de identificar um quadro teórico ou modelo para compreensão do objeto e de suas características essenciais (HARTZ, 1997; GONÇALVES, 1994). Assim, esta pesquisa traça um conjunto de tendências para as operadoras de planos de saúde, mas com certeza não contempla a totalidade das operadoras existentes e a multiplicidade de realidades, cujos resultados devem ser analisados com o cuidado e a singularidade exigidos.

A metodologia utilizada na pesquisa buscou analisar entrevistas realizadas com os atores-chave (dirigentes das operadoras selecionadas e prestadores), buscando mapear outras lógicas assistenciais que fogem à lógica tradicional de oferta de procedimentos, estabelecendo outros referenciais centrados em novos pressupostos do modelo assistencial que se pretende alcançar, qual seja, a busca do vínculo, da responsabilização e da resolubilidade, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Buscou-se identificar a existência de projetos terapêuticos, a cobertura das ações de promoção/prevenção, a existência e o impacto das ações

programáticas, o modo como as operadoras avaliam a eficácia da introdução de novas tecnologias, em particular, como são construídas as linhas de cuidado para os principais agravos da população, isto é, se e como se articulam os vários “espaços cuidadores” e os equipamentos tecnológicos, visando garantir o acesso e o consumo de todas as tecnologias em saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida humana.

De forma geral, observou-se como tendências comuns às operadoras:

- Todas utilizam os mesmos **mecanismos de regulação do acesso e consumo de determinados serviços**: autorizações prévias para internações e procedimentos de maior custo ou complexidade, hierarquização da rede, co-participação nos planos coletivos, sendo que apenas algumas assumem que o referenciamento também é utilizado. Entretanto, observa-se que as próprias direções de algumas seguradoras admitem que o tipo de plano contratado constitui-se em pré-requisito para os encaminhamentos e referenciamentos, já que ele define a rede prestadora e os benefícios que podem ser acessados;

- Embora neguem mecanismos de controle da prática médica, todas as operadoras analisadas desenvolveram **mecanismos microrregulatórios para imprimir uma certa regulação sobre os profissionais médicos**, seja por meio de protocolos ou de pacotes acordados, da avaliação do desempenho no pós-pagamento, da supervisão hospitalar ou de auditorias médicas. Algumas, numa perspectiva de exercer este controle para implementar projeto assistencial mais cuidador e centrado no usuário; a maioria, numa perspectiva de gerir melhor financeiramente e com menor custo os seus planos; e todas, de alguma forma, tentando diminuir e limitar a autonomia da prática médica;

- Apesar disso, foi identificada uma **grande autonomia médica** quando da pesquisa junto aos prestadores, como pode ser visto na terceirização de serviços médicos em alguns hospitais, na forte presença das Unimed em vários prestadores e sua influência sobre estes ou no próprio desconhecimento por parte de algumas diretorias hospitalares do funcionamento dos serviços médicos, demonstrando liberdade desses profissionais para definição de normas e parâmetros assistenciais. Alguns prestadores se referem a uma ampla autonomia para definição dos recursos e estratégias assistenciais sem nenhum tipo de cerceamento ou restrição por parte das operadoras. Como apontado por Carapinheiro (1998), as

características de autonomia da prática dos médicos parecem resistir de todas as formas à crescente racionalização das organizações hospitalares. Por outro lado, e reforçando o movimento de racionalização econômica pretendida pelas operadoras, em todas observa-se uma determinação e criação de estratégias no sentido de exercer maior controle sobre a prática médica;

- Foi também identificado o papel do **médico como construtor da linha do cuidado** nas diversas especialidades pesquisadas e como isso tem sido fundamental para a garantia de uma assistência de qualidade, assim como para a tranquilidade e seguimento dos pacientes. Ou seja, a partir de seu consultório e do conhecimento de outros serviços e/ou contatos com outros profissionais médicos, fazem referenciamentos e vão construindo o cuidado que o paciente necessita, independentemente de uma política mais formal por parte da operadora. O paciente circula no seu território de prática, que é complexo, e uma verdadeira rede de relações pessoais e profissionais. E mencionam que, se isso não for feito, perde-se o controle dos caminhos seguidos pelo paciente e não se tem garantia da integridade e qualidade da assistência prestada;

- Chama a atenção a grande **preocupação das operadoras com a incorporação de novas tecnologias**, demandando da ANS uma definição e normatização sobre o tema. Neste sentido, juntam-se as operadoras e todos os atores vinculados a elas, sejam eles diretores ou prestadores de serviço;

- Como observado pelas direções das operadoras ou hospitais e médicos entrevistados, existe uma **diferença nos serviços prestados pelas grandes e pequenas operadoras**. Nas primeiras, observa-se maior profissionalismo e preocupação com a qualidade da assistência prestada, enquanto que nas pequenas operadoras são colocados controles excessivos que, às vezes, criam dificuldades para a prestação dos serviços aos pacientes;

- Identificou-se uma posição unânime dos prestadores queixando-se da remuneração, seja para diárias e taxas na rede hospitalar ou honorários para os prestadores médicos. Destaca-se, em algumas entrevistas, uma análise crítica dos médicos com relação à perspectiva mercantilista adotada por alguns planos de saúde e, com o crescimento do mercado em saúde suplementar, a forma como a categoria médica tem sido submetida a um **processo de proletarianização e desqualificação de sua prática clínica** por um conjunto de restrições impostas pelas operadoras, especialmente aquelas de menor

inserção no mercado. Essa questão foi apontada especialmente em relação às pequenas operadoras de planos de saúde e não especificamente para as operadoras analisadas. Com relação à proletarização do profissional médico, a prestadora (PS4) ilustra esta situação com um *slogan* do movimento médico no Rio de Janeiro: “*Seguradora: o usuário paga muito, o médico recebe pouco. Pergunta: quem fica com o dinheiro?*”

- Tanto as seguradoras e medicinas de grupo quanto a operadora de autogestão analisada **reivindicam um tratamento diferenciado para seus segmentos junto à ANS**, considerando terem especificidades que justificam uma normatização própria a fim de que sejam consideradas as suas diferentes situações. Entretanto, observa-se uma diferença na postura frente a essa demanda entre as operadoras estudadas: as seguradoras, numa perspectiva muito mais de disputa e tensão ao controle impresso pela agência reguladora e a autogestão, reivindicando regras específicas, mas se colocando na defesa da ANS, seja na perspectiva de sugerir um acompanhamento das operadoras por meio de indicadores de saúde, seja reivindicando uma regulação assistencial efetiva sobre os prestadores.

Dentre as principais tendências encontradas nesta análise, poderíamos citar as práticas fragmentadas, embora já se observe uma tendência em algumas operadoras em se contrapor a essa lógica, estimulando práticas de promoção/prevenção, identificação de riscos, assim como o gerenciamento do cuidado desses pacientes de risco. Observou-se uma **tensão com a indústria produtora de novos insumos**, traduzida pelos inúmeros questionamentos sobre a incorporação tecnológica e a demanda, para que a ANS assuma o seu papel regulador nesse ponto de conflito. O modelo comumente praticado na saúde suplementar ainda consiste em uma **prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação e inúmeras queixas dos usuários**. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde. Nesse sentido, discutimos a importância de abordar a assistência de forma integrada, buscando articular todos os recursos para a produção do cuidado e restabelecimento da saúde.

Para possibilitar uma síntese final do trabalho e como forma de conclusão, dialogaremos com as questões inicialmente colocadas para o estudo, que foram descritas na metodologia. Em algumas questões, obtivemos evidências

mais fortes; em outras, torna-se necessário, ainda, aprofundar os estudos para se obterem respostas mais conclusivas. Para facilitar, retomaremos as premissas iniciais que nortearam as duas pesquisas, buscando discutir em que medida o material empírico as confirmou ou não.

1. As operadoras de planos de saúde podem se constituir enquanto gestoras do cuidado e serem reguladas, apesar de isso não se sustentar na atual configuração do mercado e na prática regulatória vigente na saúde suplementar.

Retomando as questões inicialmente apresentadas por meio desses estudos de casos, pôde-se identificar que as operadoras de planos de saúde, cada uma com suas especificidades, operam certos modelos de organização de serviços de saúde que podem, em princípio, ser regulados pelo Estado de forma a darem maiores garantias assistenciais a seus beneficiários.

As pesquisas conseguiram apreender a consolidação crescente da regulação pública praticada pela ANS. O marco definido pela Lei nº 9.656/98, de fato, mostrou-se ampliado e abrangente, instituindo premissas de regulação da "saúde financeira" do mercado e definindo limites das coberturas, assim como dando garantias assistenciais aos usuários. Ao instituir os tipos de segmentação e o rol de procedimentos obrigatórios, definiu-se um padrão de cobertura e de assistência para a saúde suplementar. Entretanto, observa-se que a implementação dessa regulação pública tem-se mostrado fragmentada com diferentes linhas de intervenção simultâneas e não articuladas.

Três ênfases podem ser identificadas na atuação da ANS: a primeira, voltada para a regulação da saúde financeira das operadoras, ou seja, a sua capacidade de se estabelecer no mercado, honrando os compromissos na prestação da assistência à saúde dos seus beneficiários; a segunda, sob a perspectiva do direito dos consumidores, foca os contratos e a relação de consumo, definindo como eixo principal de atuação o processo de fiscalização; a terceira tem como centro a questão dos produtos, seja na sua composição de cobertura, seja no seu preço. Esse modelo de regulação não conseguiu se articular em torno de um único eixo que definisse claramente as perspectivas regulatórias da instituição. Nessa prática institucional fragmentada, a perspectiva de regulação do setor, enquanto produtor de saúde, encontra-se ainda incipiente. Ou seja, a questão da produção da saúde não adquiriu a centralidade necessária para nortear o processo

regulatório. Observou-se a existência de um déficit de conhecimento e de ferramentas que possibilitem essa nova perspectiva de intervenção, ou seja, uma nova prática do Estado implica adquirirem-se saberes e competências que subsidiem essa nova forma de operar.

Observamos, também, que instituir a prática do cuidado ainda é uma realidade distante das operadoras. Estas, em geral, se pautam por práticas fragmentadas, com ênfase em procedimentos, não identificando ou monitorando os usuários por meio de critérios de risco. Entretanto, observou-se que essa realidade começa a mudar. Existem novas experiências em curso que têm a possibilidade de levar as operadoras a se constituírem em promotoras e gestoras do cuidado. Essas experiências, ainda que não hegemônicas, apontam para a possibilidade de se estabelecer um acompanhamento mais próximo e com ênfase no cuidado à saúde de grupos de pacientes ou patologias. Atribui-se isso a razões diversas, muitas vezes incluindo a econômica, visto que a prática do cuidado pode, inclusive, resultar em redução de eventos e de custos. Entretanto, observam-se iniciativas importantes desenvolvidas na Autogestão (acompanhamento dos pacientes oncológicos, Lerdort e crônicos), na Empresa de Medicina de Grupo A (diabéticos e cardiopatas) e na Cooperativa B (idosos), que ainda não se constituem em práticas hegemônicas, embora tenhamos que registrar a importância dessa tendência.

Identificou-se que essa prática pode e deve ser regulada pelo Estado, ampliando-se o entendimento de que se deve intervir também na regulação do cuidado à saúde, praticado pelas operadoras. Isso implica um avanço do processo regulatório praticado pela ANS sobre o território da microrregulação, tendo em vista a sua estreita imbricação com os modos de se construir o cuidado, como temos destacado. A regulação do Estado nesse nível deverá ser precedida por um processo de apreensão dessa dimensão, compreendendo como esses mecanismos assistenciais ocorrem no cotidiano.

Identificamos ainda que algumas operadoras defendem este outro formato regulatório, argumentando que a ANS, ao não realizar a regulação assistencial, não avalia, por exemplo, a qualidade dos prestadores, os resultados obtidos e a assistência final praticada. Não haveria uma intervenção na regulação interna ao setor, nos diferentes locais onde a assistência é prestada. Essa crítica precisa ser aprofundada pela ANS. Interessante que esse argumento foi observado nos diversos segmentos pesquisados. Nas palavras da Autogestão: "não há nenhuma lei que

regulamente o funcionamento de hospitais, não que eu conheça" (A2). A adoção de novo formato regulatório, enfatizando a gestão do cuidado, implicará outros mecanismos de monitoramento assistencial, centrados na integralidade da assistência.

2. As operadoras e os prestadores têm desenvolvido mecanismos microrregulatórios para sobreviver ao mercado e à regulação da ANS.

Uma questão importante levantada é que, para fazer frente à Lei nº 9.656/98, as operadoras e prestadores têm desenvolvido mecanismos microrregulatórios para sobreviver ao mercado e à regulação da ANS. Alguns desses mecanismos são conhecidos, como a instituição de protocolos, de mecanismos de referência e fluxos que dificultam a solicitação de alguns procedimentos, o co-pagamento e fatores moderadores, entre outros.

Na pesquisa foram investigadas essas relações, mapeando como as operadoras estão impondo os seus mecanismos regulatórios ao mercado (gestão por pacote, glosas, auditorias, prática do direcionamento, matriz de desempenho) e como os prestadores (hospitais e médicos) reagem a eles. Na discussão do trabalho médico, essas questões foram abordadas de forma mais detalhada, mostrando as diversas contradições e conflitos acumulados diante desses mecanismos regulatórios que têm sido introduzidos. Optamos por não repetir aqui essa discussão, mas achamos fundamental aprofundar pesquisas nesse sentido, já que se conforma um novo cenário no trabalho em saúde, fortemente regulado pelas operadoras. A pesquisa conseguiu mapear algumas tendências desses mecanismos, mas avaliamos que precisam ser mais aprofundadas em futuros estudos.

3. A existência de mecanismos de regulação resulta na fragmentação do cuidado centrado na lógica dos contratos. Para o consumidor, esses mecanismos resultam na não- integralidade da assistência.

A existência dos mecanismos de microrregulação, de uma maneira geral, resulta na fragmentação do cuidado. Isto foi demonstrado na análise das diversas linhas de cuidado pesquisadas. O modelo médico hegemônico já trabalha sob essa perspectiva, centrado na lógica da demanda e da oferta, na produção de atos desconexos e não articulados. A introdução dos mecanismos de microrregulação pode acentuar essa fragmentação. Ao promover o direcionamento, estabelecer protocolos restritivos, a baixa remuneração médica para a realização dos partos, a restrição de retornos a

consultas, a instituição da bonificação por redução do número de exames, a matriz de desempenho e outros mecanismos já discutidos, essas operadoras impactam de forma importante na perspectiva da (des)continuidade da linha do cuidado.

Entretanto, esses mesmos mecanismos de regulação podem ser utilizados sob outra perspectiva. Algumas operadoras utilizam-se do seu sistema de informação para identificar os seus usuários submetidos a maiores riscos e consumo de procedimentos e, para eles, desenham um projeto terapêutico com características vinculantes e de abrangência para toda a linha do cuidado (idosos na cooperativa, diabéticos e cardiopatas nas empresas de medicina de grupo, oncológicos e saúde mental na autogestão). Essas linhas de cuidado são fortemente protocolizadas e direcionadas. Apesar de serem motivadas pelo controle de custos, elas têm impactado de forma positiva no resultado da assistência (melhora de qualidade de vida, diminuição de eventos decorrentes, redução de seqüelas). Nesses casos, ao contrário, observou-se que não se processa a fragmentação, mas sim a definição de um projeto terapêutico específico que resulta em melhoria da assistência e na integralidade do cuidado prestado.

Essa forma de atuar precisa ser mais conhecida e ampliada, seja pela melhor identificação de potenciais riscos, seja pelo estímulo à vinculação dos pacientes aos médicos e serviços, seja pelo monitoramento da linha do cuidado, identificando eventos adversos (por exemplo, instituindo eventos sentinelas – óbito infantil, materno, interações medicamentosas) e indicadores que sinalizem a melhoria da qualidade da assistência prestada. Experiências como essas podem ser aprofundadas, mostrando que as operadoras podem investir na produção de cuidado e não somente atuar de forma fragmentada. A ANS pode ser indutora dessa nova prática.

4. O mercado em saúde suplementar não trabalha com o conceito de produção da saúde, mas com a idéia de evento/sinistralidade.

A pesquisa considerou esta questão e podemos concluir que a produção de saúde ainda não constitui o centro da ação das operadoras. Conforme já discutido, algumas operadoras adotam linhas de cuidados consideradas prioritárias, mas ainda como efeito demonstrativo, ou focando eventos ou populações de maior risco, conforme já discutido na questão 3. Essas evidências nos levam a concluir que a ênfase ainda se concentra na ocorrência do evento/sinistralidade, passando, por exemplo, pela forma de

remuneração classicamente adotada, ou seja, a remuneração dos procedimentos/consultas. Convém registrar que já existem algumas iniciativas no sentido de estabelecer nova forma de remuneração, valorizando e qualificando os resultados (por exemplo, Cooperativa B – Plano Padronizado de Pneumonia). Mesmo considerando essas iniciativas, o grande desembolso continua sendo em procedimentos médicos.

Poderíamos citar, por exemplo, a Autogestão investigada, que tem feito um esforço na ampliação das ações de promoção, criando equipes de saúde da família, investindo na vinculação. Mas mesmo nessa operadora, esse investimento ainda não é considerável, o que não substitui ou reduz ainda de forma satisfatória o gasto efetuado junto à rede conveniada. Mesmo com a contratação de novos recursos, essa relação dificilmente se inverterá em favor do investimento nas práticas de promoção.

No caso da Cooperativa B, também as ações de promoção, ainda que crescentes, não têm o aporte de investimentos do restante das intervenções médicas.

Outro elemento que consolida essa conclusão se evidencia pela falta de informação sobre a saúde dos beneficiários. Normalmente não se tem registros para identificar os hipertensos atendidos nas urgências, os diabéticos descompensados, as grávidas hipertensas, o que possibilitaria, por esses registros, a captação e acompanhamento dessa população, embora algumas operadoras já consigam monitorar alguns eventos considerados prioritários e a posterior captação de “pacientes em situação de risco” para seguimento mais integral e contínuo. A regra geral consiste no não-monitoramento dos resultados e/ou indicadores de saúde, não se constituindo esta como uma preocupação central. O que prepondera é o acompanhamento do desempenho financeiro dos prestadores, o controle dos gastos, a produção de procedimentos por prestador, o percentual de exames acima da média esperada, enfim, a prática mais comum constitui em avaliação de gastos e de consumo.

5. As atividades de promoção à saúde, realizadas pelas operadoras, não são estratégias para intervenção na perspectiva de um modelo mais integral de atenção, mas predominantemente estratégias de marketing.

Essa premissa inicial, defendida na metodologia e em outro artigo publicado pelos pesquisadores, foi em parte confirmada pela investigação

(MALTA et al, 2004). Existem evidências, particularmente, em algumas operadoras que demonstram essa prática. Entre elas, podemos constatar a visão centrada no risco individual. A preocupação é a de identificação e de prevenção/promoção restrita ao indivíduo, como se este concentrasse os fatores de risco de forma isolada, desintegrada do seu contexto social. Dessa forma, a identificação de risco é feita por questionários aplicados junto ao indivíduo, avaliando hábitos, verificando exames ou outras características individuais, e que são comparadas estatisticamente a uma dada população padrão, extraindo-se médias, desvio padrão e atribuindo-se individualmente determinados "riscos" para certas doenças crônicas e definindo algumas medidas de promoção e prevenção. Esses programas são comumente utilizados e têm servido para atrair clientes, principalmente coletivos, definindo-se *a priori* um determinado perfil epidemiológico dessas populações e medidas de intervenção.

As seguradoras ainda têm uma particularidade que consiste em realizar os perfis da carteira e terceirizar a ação de promoção, ou seja, contratam uma outra empresa que se encarregará do desenvolvimento das ações educativas junto aos clientes coletivos.

A definição de um dado perfil epidemiológico centrado no risco individual demonstra uma visão parcial do problema, descontextualizada e sem reflexão sobre o coletivo e determinantes sociais e ambientais do processo saúde/doença. A prática adotada consiste na comercialização de produtos ou pacotes de "promoção" para as empresas, especialmente articulados com a saúde ocupacional, definindo-se individualmente os riscos da população assistida.

Outro traço comum consiste no não-envolvimento dos prestadores nas ações de promoção. Mesmo que seja uma ênfase da operadora nos seus equipamentos próprios (Autogestão e Cooperativa B), não ocorre uma difusão dessas práticas para os consultórios médicos e outros serviços, que se encontram impermeáveis a essa diretriz. A prática de ações de promoção não é comum em consultórios médicos, sendo entendido pela categoria médica que as ações de promoção e prevenção são práticas da saúde pública, sendo o seu consultório dedicado à clínica ou, quando realizadas, restringem-se a poucas ações de orientação individual.

Outra característica consiste na dificuldade de articular parcerias com o setor público para as ações de promoção. Foi identificada tal prática na

Autogestão e na Cooperativa B, que realizam parcerias de forma mais freqüente com o SUS, em especial no combate à dengue.

Entretanto, conforme apresentado nesta pesquisa, existem operadoras trabalhando a promoção como eixo estrutural de uma nova prática. Mesmo ainda não atingindo a maior proporção de gastos da operadora, existe uma tendência crescente a incorporar essa questão ao cotidiano, entendendo, inclusive, que tais ações podem impactar a redução de custos. A tendência de investir em ações de promoção e gerenciamento do cuidado tem ganhado corpo em algumas operadoras, embora ainda haja muito que avançar. Mas não cremos que seja apenas uma questão de modismo, ou *marketing*, mas também pautada em estudos de custo/efetividade, pela tendência mundial de investimento em hábitos e práticas saudáveis, em cuidadores vinculados a clientes específicos etc.

Para fazer frente a essa nova tendência que vem ganhando espaço também no mundo privado, torna-se necessário à ANS acompanhar as operadoras pelos indicadores de saúde, monitorando as melhorias produzidas na qualidade de vida e saúde e discutindo os reajustes e questões mais cartoriais em novas bases. Outra sugestão seria a criação de uma câmara técnica ou qualquer outro espaço/fórum que discutisse as ferramentas do cuidado/promoção, valorizando essas ações.

6. As operadoras estão atuando com mecanismos de seleção de riscos, apesar da Lei nº 9.656/98. A identificação de riscos do mercado não se assemelha aos riscos da saúde pública, dando prioridade aos cálculos econômicos e financeiros.

Neste campo, constatamos a forte disputa das operadoras pelas contas das grandes empresas. O plano coletivo representa o grande investimento das operadoras, especialmente das seguradoras. A Seguradora B, por exemplo, detém 82% de planos coletivos na sua carteira. Essa preferência tem se expressado inclusive nos dados do cadastro, que vêm mostrando o crescimento dos planos coletivos. Isso por razões óbvias: o retorno financeiro, a concentração em populações jovens, com menor consumo de procedimentos, e a diluição dos riscos, entre outros.

Nos planos odontológicos da Seguradora B, essa opção foi formalmente declarada. A operadora, inclusive, não oferece planos odontológicos individuais, por avaliar que o *moral hazard* em planos individuais odontológicos tem

uma grande frequência e pela dificuldade operacional em se avaliar individualmente o risco. Em função dessas variáveis, a operadora não disponibiliza planos individuais odontológicos.

Alguns médicos relatam casos pontuais de seleção de risco, principalmente após a regulamentação. Nesse ponto, ressaltamos o papel da legislação e da ANS em coibir esse tipo de prática, mostrando a importância da regulação pública.

Finalizamos nossas reflexões, apontando temas que estiveram muito presentes nessa investigação sobre modelos assistenciais e processo microrregulatório: a auto-regulação dos planos coletivos, as inovações tecnológicas, a especificidade das autogestões, a maior capilaridade da ANS e a transição tecnológica que se processa no setor.

a) Os planos coletivos podem ser considerados mais regulados do ponto de vista do acesso que os planos individuais, pois são bastante regulamentados por regras próprias que variam conforme a empresa contratante e conforme a posição do trabalhador na mesma empresa. Esse processo multiplica a forma dos produtos, transformando-os em produtos personalizados, diferenciados para cada comprador; uma estreita relação entre processo microrregulatório e qualidade da assistência prestada. Os planos muitas vezes são formatados pela própria empresa, que opta por ampliação de abrangências e coberturas, co-participação e mecanismos de regulação. Nesse sentido, a regulação de acesso nos planos coletivos é introduzida pelas próprias empresas, produzindo a auto-regulação dos planos coletivos. Esse aspecto precisa ser aprofundado pela ANS, pois a garantia de acesso e integralidade deverá ser avaliada não apenas nos produtos individuais, mas também naqueles coletivos para se certificar de que essa auto-regulação acontece efetivamente e se esses planos estão oferecendo a seus clientes as garantias assistenciais necessárias a uma atenção de qualidade e resolutividade. Isso, tendo em vista uma multiplicidade de planos e produtos oferecidos e que muitas vezes não têm qualquer diferenciação, mesmo quando comparados por diferentes segmentos.

b) O tema Inovação Tecnológica foi observado e ressaltado por todas as operadoras, alguns prestadores hospitalares e médicos. Este tema é central e vem cercado de disputas comerciais, técnicas e financeiras. O processo de inovação tecnológica é muito ágil, constituindo-se em novos

produtos, lançados com preços triplicados e com argumentos de eficácia, tornando difícil saber se realmente comportam o efeito que prometem. O caminho apontado por todas as operadoras coincide com a necessidade de serem designados avaliadores dessa incorporação tecnológica, de preferência ligados a setores reguladores (ANS, universidades, centros de pesquisas etc) e que consigam dar segurança quanto ao custo/efetividade da nova tecnologia e respostas a longo prazo, inclusive em termos de qualidade de vida futura: "ou a gente mede isso, ou a gente não tem sucesso de futuro, não tem chance de ter sucesso" (E2). Este tema merece o devido destaque pela ANS, tendo em vista as tensões instaladas com operadoras, prestadores e usuários, necessitando de melhor exploração quanto à avaliação de mecanismos de aferição de custo/efetividade, fluxo para introdução de novos procedimentos no rol, impacto financeiro e integração com o SUS. Esta última medida é vital, dado que todas as inovações tecnológicas impactam igualmente os setores público e privado.

c) Cabe considerar, também, algumas sugestões dadas pelas operadoras de saúde, como por exemplo, aquela referente à constituição de câmaras técnicas para avaliar as peculiaridades inerentes a alguns segmentos da saúde suplementar. Fundamentado no que foi encontrado nesta pesquisa, existem algumas especificidades inerentes ao segmento das autogestões que, por seu caráter e objetivos mais públicos, imprimem uma proposta e modelo diferenciados na assistência à saúde. Nesse sentido, a ANS deveria acompanhar mais de perto esse segmento, buscando monitorar sua atuação e intervenção e avaliando a pertinência ou não de uma proposta regulatória diferenciada, já que, segundo Iriart (2003), outras operadoras com objetivos semelhantes às autogestões não resistiram à competição no mercado americano, vindo a desaparecer.

d) Ficou demonstrado o desconhecimento dos prestadores, especialmente os médicos, e beneficiários acerca do processo de regulamentação sobre os planos e seguros privados e ainda sobre a ANS e seu papel nesse processo. Sendo assim, torna-se necessária uma maior divulgação e diálogo entre a agência reguladora e seus prestadores, assim como com a sociedade civil em geral, órgãos de defesa do consumidor e outros atores fundamentais nesse processo.

e) Torna-se fundamental analisar a transição tecnológica que se processa no setor, tomando-a como eixo de investigação. Segundo Merhy (2002),

processa-se na saúde suplementar um novo paradigma ou uma transição tecnológica que está sendo marcada, não pela entrada de equipamentos, mas pela introdução da ferramenta do cuidado e de novos formatos de intervenção. A transição tecnológica que vem se construindo busca atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo, em ato, descentrando o trabalho em saúde, inclusive dos equipamentos e especialistas. Essa prática vem sendo reproduzida por operadoras de planos e administradoras, não somente no mercado americano, mas tem sido difundida sem fronteiras, representando uma nova reconfiguração do capital, absorvendo novas estratégias que visem a novos controles e regulações do setor (BAHIA, 2002; IRIART, 2000, 2003; CECÍLIO; MERHY, 2003). Por isso, faz-se necessário que a ANS aprofunde essa discussão, criando espaços e momentos para reflexão sobre este movimento na saúde suplementar de forma a valorizar as práticas e experiências centradas no campo das tecnologias leves e leves-duras para a construção de um novo modelo regulatório que estimule a implementação de novas formas de operar a saúde com ênfase nos princípios de acolhimento, vínculo, responsabilização, resolubilidade e práticas mais cuidadoras e promotoras de saúde.

Para finalizar, podemos afirmar que, como no setor público, o grande desafio visando à integralidade e à qualidade do cuidado prestado no setor suplementar é o de tornar mais pública a dinâmica microdecisória, a ponto de ter os usuários e suas necessidades como o eixo central definidor dos processos gerenciais e de regulação.

Esta pesquisa aponta a necessidade e possibilidade de se ter um sistema suplementar regulado pela lógica da eficiência e da integralidade da assistência prestada, com um grau crescente de controle público e que se pautem pelos interesses do usuário cidadão. Por tal lógica, o setor suplementar deve ordenar sua gestão em torno da busca da otimização entre os recursos disponíveis e benefícios produzidos, utilizando um rico arsenal das técnicas de gestão organizacional de forma a não substituir a racionalidade da produção do cuidado e da promoção da qualidade de vida das pessoas pela lógica econômica. A Agência Nacional de Saúde Suplementar deverá discutir novos mecanismos de macro e, especialmente, de microrregulação e apontar para o estabelecimento de novos formatos de intervenção que não se reduzam à "lógica do mercado", mas que tenham o usuário como o centro da sua intervenção (MERHY, 2002).

Se essa intervenção ocorrer sob a perspectiva do cuidado, resultando em práticas mais acolhedoras, resolutivas, implicando melhores resultados, será positiva, mesmo que interpondo a operadora numa relação que antes ocorria apenas entre o médico e o paciente.

Caberá às operadoras uma nova articulação, estimulando práticas mais cuidadoras por parte de seus prestadores de serviço.

Estas pesquisas apontam a necessidade de repensar o processo regulatório da saúde suplementar no Brasil, entendendo que para monitorar os modelos assistenciais praticados pelas operadoras é absolutamente necessário entender as formas de regulação por elas utilizados, já que assistência e regulação são duas faces de uma mesma moeda e são absolutamente interdependentes.

Considera-se que o grande mérito deste trabalho de pesquisa foi ter iniciado um processo de discussão sobre o tema dos modelos de regulação e assistencial na saúde suplementar e sua necessária articulação. Essas questões levantadas por esta pesquisa são sinalizadores que podem contribuir para a construção de novos referenciais e diretrizes do modelo assistencial na saúde suplementar. Muitas questões relevantes foram levantadas e necessitam ser aprofundadas.

Há que se dar continuidade a esse desafio de repensar o processo regulatório impresso pela ANS na perspectiva de que essa regulação contribua para a constituição de novos modelos assistenciais na saúde suplementar que, efetivamente, defendam a saúde e a vida dos beneficiários de planos de saúde.

Referências Bibliográficas

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. IN: ANS. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. *Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Textos de Apoio*. Rio de Janeiro: ANS, janeiro de 2002.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. 3a. ed. Porto: Afrontamento, 1998. 295 p.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas (SP), 2003 (mimeo).

GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

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

IRIART, A.C. *Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal*. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Campinas – São Paulo, 2000.

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

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; JORGE, A.O.; FRANCO, T.; COSTA, M. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9, 2, p 433 - 444, 2004.

MERHY, E.E. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Anexos

Anexo A - Questionário Para Operadora

Instrumento para coleta de dados Operadoras médicas Dados de identificação da operadora

Nome da operadora:

Cidade / UF:

Classificação:

Nome e cargo do interlocutor:

Responsável técnico:

Modelo de regulação da utilização

1) Quais os mecanismos de regulação dos serviços assistenciais para utilização dos seus serviços assistenciais?

- Autorização prévia (utilização dos serviços condicionada à autorização)
- Porta de entrada (ex.: médico generalista)
- Direcionamento (utilização direcionada de prestador)
- Hierarquização da Rede (encaminhamento por grau de complexidade)
- Co-participação (parte efetivamente paga pelo consumidor referente à realização do procedimento)
- Fator moderador
- Franquia (valor estabelecido no contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura)
- Não pratica
- Outros Quais? _____

2) A operadora possui Central de Atendimento ao Cliente (*Call Center*, 0800)?

Sim

Não

3) Vocês se associam a alguma administradora de plano para realizar procedimentos administrativos?

Não

Sim Especificar _____

4) Há associação com capital estrangeiro?

Não

Sim

Especificar proporção e país de origem: _____

5) Numere de 1 a 4 os critérios utilizados para o credenciamento dos prestadores individuais:

Disponibilidade do profissional no mercado

Reputação no mercado

Grau de especialização

Necessidade de diferentes produtos pela operadora

Indicações pessoais

Outros Especificar _____

6) Numere de 1 a 4 os critérios utilizados para o credenciamento dos prestadores empresariais:

Disponibilidade do serviço no mercado

Preço

Reputação no mercado

Incorporação de tecnologia

Necessidade de diferenciação dos produtos em função dos diferentes tipos de planos

Outros Especificar _____

7) Numere de 1 a 5, em ordem de prioridade, os critérios que o atendente usa para referenciar os beneficiários para os prestadores:

- Escolha do beneficiário
- Localização geográfica
- Tipo de plano
- Custo do prestador
- Gravidade do problema
- Encaminhamento por outro profissional
- Prestador de maior procura pelos beneficiários
- Outro: Citar _____

8) Em situações de Urgência e Emergência, a operadora utiliza algum mecanismo de regulação dessa utilização?

- Sim Qual? _____
- Não

9) A operadora possui algum instrumento (manual de normas e procedimentos, material publicitário) para informar como os beneficiários devem proceder nos atendimentos de consultas, realização de exames, internações e urgência/emergência?

- Manual de Normas
- Manual de Procedimentos
- Site/Internet
- Call Center
- Outros. Quais? _____

10) A operadora faz acompanhamento de alguns grupos de patologias (*case management*), e/ou de beneficiários, como medida da regulação da utilização dos serviços assistenciais?

- Não
- Sim Especifique os grupos de patologias _____

11) Em caso afirmativo, como é feito esse acompanhamento? _____

12) Como se dá o acesso aos exames de investigação fetal (ultra-som Doppler, cardiocografia fetal)?

- Liberação conforme solicitação médica
- Autorização prévia
- Liberação conforme protocolo
- Co-pagamento
- Outros Especificar _____

13) Existe necessidade de autorização prévia para a internação do recém-nascido para o CTI neonatal?

- Sim
- Não

14) Para utilização de UTI neonatal:

- O RN pode utilizar o código da mãe
- É feito um código provisório para o RN
- Não há necessidade de utilização de código, o uso do serviço é automático nesses casos
- Há necessidade de co-pagamento conforme o número de dias de internação na UTI
- Outro. Especificar _____

15) Para a realização de ressonância nuclear magnética, o beneficiário necessita de:

- Liberação conforme solicitação médica
- Autorização prévia
- Co-pagamento
- Protocolo
- Auditoria médica
- Outro. Especificar _____

16) Definida pelo médico a necessidade de internação em urgência cardiológica, qual o fluxo para a sua obtenção junto à rede hospitalar?

- O próprio beneficiário busca o hospital
- O médico interna o beneficiário no hospital geral de sua escolha
- Autorização prévia
- Outra. Especificar _____

17) A operadora estabelece algum critério específico para cirurgias eletivas?

- Não
- Sim Especificar _____

18) Os protocolos clínicos são utilizados?

- Sim
- Não

19) Caso existam protocolos, estes se referem a:

(pode ser marcada mais de uma opção)

- Orientação da conduta médica
- Definição do tipo de procedimentos autorizados
- Definição do número de procedimentos autorizados
- Definição do fluxo/referenciamento do beneficiário
- Outro Especificar _____

20) Se é necessário um procedimento que não consta do protocolo clínico, ou se excede o número previsto pelo mesmo, a conduta adotada é:

- Não autorização
- Autorização prévia
- Autorização após análise do médico auditor
- Co-pagamento
- Outro Especificar _____

21) Existem divergências (médicas, administrativas e financeiras) com os prestadores, em relação aos procedimentos realizados?

- Sim
- Não

22) Em caso afirmativo, quais as causas mais frequentes?

- Volume de procedimentos que ultrapassa o limite estabelecido
- Procedimentos fora do protocolo ou da cobertura do plano
- Ausência de autorização prévia pela operadora
- Teto financeiro
- Outro Especificar _____

23) Existe sistema de informação na operadora?

- Sim
- Não

24) Caso exista, qual o tipo?

- Cadastro da clientela
- Prontuário eletrônico
- Cartão de saúde
- Registros epidemiológicos
- Outro Especificar _____

Modelo de Gerenciamento do Cuidado

25) Os serviços assistenciais do segmento ambulatorial são oferecidos através de:

- Rede própria
- Rede credenciada
- Livre escolha

26) Os serviços assistenciais do segmento hospitalar são oferecidos através de:

- Rede própria
- Rede credenciada
- Livre escolha

27) O apoio diagnóstico terapêutico é do tipo:

- Rede própria
- Rede credenciada
- Livre escolha

28) Existe acompanhamento das gestantes de alto risco?

- Sim, existe protocolo para orientação e encaminhamento
- Não, a conduta é do médico assistente

Exemplificar:

29) A operadora oferta leito de UTI à gestante de alto risco em caso de necessidade?

- Sim
- Não

30) Como é feita a internação do recém-nascido em UTI neonatal, quando necessário?

- A equipe do hospital onde nasceu o recém-nascido faz o contato diretamente com o CTI de referência e define pela internação e transferência.
- A equipe do hospital onde nasceu o recém-nascido faz o contato com a operadora, que define pela internação

31) No caso de beneficiário atendido em serviços de emergência cardiológica, existe algum mecanismo de identificação e controle desse beneficiário, visando ao seu acompanhamento futuro?

Não

Sim

Em caso afirmativo, como é realizado? _____

32) Existe procedimento de acompanhamento para grupos especiais visando a práticas de promoção/prevenção à saúde?

Sim

Não

33) Caso exista, assinale quais os grupos:

Oncologia

Idosos

Hipertensão arterial

Adolescentes

Pré-natal

Puericultura

Diabetes

Outros Especificar

34) Que outros benefícios, além da cobertura mínima obrigatória da Lei 9.656, a operadora oferece?

Hospital/dia para atividades de atenção ao paciente mental

Programa de assistência farmacêutica

Assistência domiciliar

Transporte pré-hospitalar

Transporte aéreo

Cobertura em viagem internacional

Outros Especificar _____

35) Existe programa de benefício farmacêutico?

Sim

Não

36) Em caso afirmativo, esse se dá por:

Aquisição em rede própria

Reembolso total

Reembolso parcial

Desconto em farmácia credenciada

Aquisição a preço de custo

37) Existe algum programa de monitoramento da assistência farmacêutica?

- Sim
- Não

38) Em caso afirmativo, marque a alternativa que melhor se adéqua:

- Orientação e monitoramento do uso
- Software* que monitora a interação medicamentosa
- Outros Especificar: _____

39) No caso de participação do beneficiário no custeio do medicamento, como este se dá?

- Até 20%
- De 21% a 40%
- Acima de 40%

40) Com quais tipos de informações a empresa trabalha:

- Cadastro da clientela
- Sistema de custos
- Prontuário eletrônico
- Sistema de informações gerenciais
- Cartão de saúde
- Registros epidemiológicos
- Outros Especificar _____

41) Existe algum mecanismo de comunicação ou contato da operadora com o beneficiário?

- Sim
- Não

42) Em caso afirmativo, esse contato se dá através de:

- Ouvidoria
- Serviço de atendimento telefônico
- Boletim Informativo
- Assembléia geral de beneficiários
- Envio de extrato de utilização
- Pesquisa de satisfação dos usuários
- Conselhos
- Outros Especificar _____

43) A operadora exige controle externo periódico de qualidade do laboratório?

Sim

Não

44) Em caso afirmativo, citar quais os indicadores de qualidade mais frequentemente valorizados pela operadora.

45) Quais as políticas que a sua operadora tem para regular a qualidade dos serviços prestados?

46) Quais as políticas desenvolvidas pela operadora para a promoção à saúde?

47) Quais os mecanismos de regulação junto aos médicos que solicitam exames acima da média?

Nome do entrevistador:

Local:

Data:

Anexo B - Roteiro para entrevista semi-estruturada

I- Nivel diretivo geral **Questões**

- 1- Como é a estrutura organizacional da operadora?
- 2- Quais os planos de saúde ofertados?
- 3- O senhor avalia que a partir dos serviços oferecidos nos planos de saúde se tem conseguido alcançar a integralidade na assistência?
- 4- Quais os mecanismos utilizados para a introdução e agregação de novas tecnologias e procedimentos?
- 5- Quais as formas de avaliação da eficácia de agregação de novas tecnologias?
- 6- Qual a interface com o SUS? É possível articular parcerias?
- 7- O que leva os usuários dos planos de saúde da operadora a procurarem o SUS? Existem casos dessa natureza na sua operadora?
- 8- Quais as mudanças que o processo de regulamentação do setor pela Lei nº 9.656/98 acarretou na operadora?

II- Gerência de Regulação **Questões**

- 1- Como é a estrutura organizacional da sua área de responsabilidade e quais os objetivos?
- 2- Como são negociados os preços dos serviços pela operadora (medicamentos, materiais, diárias e cirurgias eletivas)?
- 3- Como são feitas as autorizações para consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e internações? E os procedimentos/exames de alto custo?
- 4- Quais os mecanismos de regulação dos prestadores próprios e contratados?
- 5- Quais os mecanismos de regulação junto aos médicos e odontólogos que solicitam exames ou outros procedimentos acima da média?
- 6- Como está organizado o sistema de auditoria médica e odontológica?
- 7- Como está organizado o *Call Center*? Qual a interface que possui com

a área de regulação?

8- Os protocolos clínicos são utilizados como orientação da operadora?

Com quais objetivos?

9- Quais as políticas que a operadora possui para regular a qualidade dos serviços prestados? Por exemplo, no caso do laboratório, a operadora exige periodicamente o controle externo de qualidade?

10- O senhor avalia que a partir dos serviços oferecidos nos planos de saúde se tem conseguido alcançar a integralidade na assistência?

11- Quanto aos usuários, existem formas de estes regularem ativamente os serviços contratados?

12- Existem muitos casos de ressarcimento ao SUS?

13- Que mudanças o processo de regulamentação do setor (Lei nº 9.656/98) acarretou para a operadora?

III- Gerência Assistencial ou Promoção à Saúde ***Questões***

1- Como é a estrutura organizacional da sua área de responsabilidade e quais os objetivos?

2- Que produtos a sua gerência oferta?

3- Quais os critérios para organização da rede (preocupação com garantia da oferta a todas as faixas etárias, apoio diagnóstico/terapêutico e os diversos recursos tecnológicos existentes)? Plano odontológico só empresarial dental e a partir de 50 segurados? E para indivíduos e famílias?

4- Solicitar uma caracterização qualitativa e quantitativa da rede assistencial. Limites para utilização do reembolso.

5- Quais as políticas e as atividades de promoção à saúde da operadora, especialmente nas linhas de cuidado materno-infantil, cardiovascular e odontológica?

6- Os protocolos clínicos são utilizados como orientação da operadora? Com quais objetivos?

7- Como vocês definem pela introdução de novas tecnologias e procedimentos? Existe avaliação da eficácia de agregação destas?

8- Quais as políticas que a operadora possui para regular a qualidade dos serviços prestados? Por exemplo, no caso do laboratório, a operadora exige periodicamente o controle externo de qualidade?

9- O senhor avalia que a partir dos serviços oferecidos nos planos de saúde se tem conseguido alcançar a integralidade na assistência?

10- Qual a interface com o SUS? É possível articular parcerias?

11- O que leva os usuários dos planos de saúde da operadora a procurarem o SUS? Existem casos dessa natureza na operadora?

12- Quais as formas de avaliação da satisfação dos usuários dos planos de saúde? Existem reclamações? De que natureza?

13- Que mudanças o processo de regulamentação do setor (Lei nº 9.656/98) acarretou para a operadora?

Anexo C – Instrumento do Prestador Hospitalar

Instrumento de Coleta de Dados Prestador Hospitalar Dados de Identificação

Nome do Prestador:

Endereço:

Telefone:

e-mail:

CNPJ/CPF:

Caracterização do hospital [] Geral [] Maternidade [] Cardiológico

Cidade / UF:

Responsável Técnico:

Modelo de regulação da utilização

1) O prestador pertence à rede própria ou é credenciado pela operadora?

Rede própria

Credenciado

Especificar a quais operadoras está credenciado:

2) O hospital já foi cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos?

Sim

Não

3) Este serviço é credenciado ao SUS?

Sim

Não

4) Número total de leitos do hospital: _____

5) Número de leitos por especialidade:

Obstétricos e ginecológicos _____

Clínica _____

Pediatria _____

Cirurgia _____

CTI _____

Outros _____

6) Número de leitos credenciados pelo SUS: _____

7) Número de leitos contratados ou credenciados pelas operadoras: ____

8) Quais serviços são ofertados para apoio à internação?

Interconsultas

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia

Centro Cirúrgico

CTI ou similar

Hemodinâmica

Hemoterapia

Hemodiálise

Quimioterapia

Radioterapia

Centro Obstétrico

Neonatologia

Hospital/dia

Outros Especificar _____

9) O acesso às internações ocorre através de:

Encaminhamento do médico de outros serviços da operadora

Encaminhamento do médico do próprio hospital

Encaminhamento realizado pela própria operadora

Outro Especificar _____

10) Qual o procedimento para proceder à internação eletiva?

O hospital solicita autorização prévia

O usuário traz da operadora a autorização para internação

11) Para internação de urgência, o hospital solicita autorização prévia?

Sim

Não

12) Existe pagamento de internação por "pacote"?

Sim

Não

13) Em caso afirmativo, em qual procedimento?

Parto normal

Parto cesáreo

Angioplastia

Outros Especificar _____

14) Nos casos de urgência e impossibilidade de autorização prévia da operadora (atendimentos realizados à noite, nos fins de semana e feriados), qual o mecanismo utilizado para garantir a internação?

Há necessidade de autorização prévia, portanto não se atende

Há facilidade de acesso, inclusive nos fins de semana e feriados, exceto para os procedimentos de média e alta complexidade que possuem regras específicas de autorização

Não necessita de autorização prévia

Outros Especificar _____

15) Necessita de algum tipo de autorização da operadora para uso do suporte diagnóstico necessário ao atendimento de urgência/emergência?

Sim

Não Em que situações? _____

16) A transferência do paciente internado para leito de CTI ocorre através de:

Liberação conforme solicitação do médico assistente

Autorização prévia da operadora

Outro Especificar _____

17) O acesso ao leito de CTI em outro prestador ocorre através:

De indicação do médico, que faz o contato, define pela internação e transferência para o CTI

Da operadora que define a internação

Outro Especificar _____

18) Há algum tipo de solicitação prevista para assistência de cuidados intensivos?

Sim

Não

19) Caso exista, especifique:

- Protocolo definindo critérios para atendimento
- Renovação de autorização para permanência no CTI
- Outro Especificar _____

20) Quando o paciente tem indicação cirúrgica eletiva, a autorização para a realização da cirurgia ocorre através de:

- Liberação conforme solicitação do médico assistente
- Autorização prévia da operadora
- Outro Especificar _____

21) Indicada a cirurgia eletiva (por exemplo, a histerectomia), é possível a sua realização em quanto tempo?

- Até 7 dias
- 7 a 15 dias
- Mais de 15 dias por necessidade de agendamento prévio do bloco ou espera da autorização da operadora
- Outro Especificar _____

22) Como ocorre o acesso às vagas hospitalares para o atendimento ao parto:

- Encaminhamento do obstetra que acompanha a gestante no pré-natal com guia previamente autorizada
- Encaminhamento pela operadora ao serviço de especialidade
- É responsabilidade do beneficiário a busca de vagas disponíveis na rede própria ou credenciada
- Existe uma central de vagas na operadora que providencia a vaga
- Outro Especificar _____

23) Existe planejamento do acesso da gestante de alto risco aos leitos de CTI?

- Sim, é possível planejar com antecedência na rede própria/credenciada.
- Não é possível garantir o acesso com antecedência, pois as vagas são utilizadas em função da disponibilidade do momento
- Outro Especificar _____

24) O acesso à internação do recém-nascido em UTI neonatal ocorre através de:

- Liberação conforme solicitação do médico assistente
- Autorização prévia da operadora
- Outro Especificar _____

25) O acesso à internação do recém-nascido em UTI neonatal de outro prestador ocorre através:

- Da indicação do médico, que faz o contato, define pela internação e transferência para o CTI
- Da operadora que define a internação
- Outro Especificar _____

26) Definida pelo médico a necessidade de internação em urgência cardiológica, qual o fluxo para a sua obtenção junto à rede hospitalar?

- O beneficiário busca um hospital credenciado
- O médico interna o beneficiário no hospital de sua escolha
- Indica o hospital credenciado
- Outro Especificar _____

27) Como ocorre o acesso para o uso de *stents*:

- Liberação conforme solicitação do médico assistente
- Autorização prévia da operadora
- Outros Especificar _____

28) A liberação da cirurgia de revascularização e implantação de *stent* ocorre através de:

- Indicação do médico assistente
- Protocolo de sociedade médica de cirurgia vascular
- Protocolo próprio Especificar _____

29) Como se dá a autorização para a utilização de prótese ortopédica de materiais importados nacionalizados (por exemplo, cabeça de fêmur).

- Protocolo
- Indicação médica
- Autorização mediante auditoria
- Não há cobertura

Modelo de Gerenciamento do Cuidado

30) O prestador utiliza protocolos clínicos para a assistência aos beneficiários?

Sim

Não Caso utilize, para quais situações? _____

31) Quem define os protocolos:

A operadora

O prestador ao qual está vinculado

As sociedades de especialidades médicas, que estabelecem padrões baseados em critérios científicos ("Medicina baseada em evidências" ou outros)

Outros Especificar _____

32) Os protocolos clínicos existentes abordam:

(pode-se marcar mais de uma opção):

Orientação da conduta médica

Definição do tipo de procedimentos solicitados

Definição do número de procedimentos autorizados

Definição do fluxo de referenciamento do beneficiário

Outros Especificar _____

33) Havendo necessidade de procedimento que não conste do protocolo ou exceda o número previsto pelo mesmo, a conduta adotada é:

Não há cobertura prevista

Há exigência de uma autorização prévia

A autorização ocorre após análise do médico auditor da operadora

Outro Especificar _____

34) Número de leitos disponíveis para o atendimento ao parto _____

35) Existe alojamento conjunto?

Sim

Não

36) Existe Programa Mãe Canguru ou similar?

Sim

Não

37) Existe mecanismo de identificação do beneficiário atendido em serviço de emergência cardiológica para o seu acompanhamento futuro (*follow up*)?

Sim

Não

Caso exista, como é realizado? _____

38) Existem indicadores para avaliação de resultados nas cirurgias de revascularização miocárdica?

Sim

Não

39) Quais indicadores são utilizados (pode marcar mais de uma alternativa)

Mortalidade pré-cirúrgica e pós-operatória imediata

Taxa de infecções pós-cirurgias

Tempo de internação em CTI

Taxa de complicações pós-cirúrgicas

Outros Especificar _____

40) Existe sistema de informação do prestador?

Sim

Não

41) Caso exista, os tipos são:

Prontuário eletrônico

Cartão de saúde

Registros epidemiológicos

Outro Especificar _____

42) Existe algum mecanismo de comunicação ou contato do prestador com o beneficiário?

Sim

Não

43) Em caso afirmativo, esse contato se dá através de:

- Ouvidoria
- Serviço de atendimento telefônico
- Boletim Informativo
- Envio de extrato de utilização
- Pesquisa de satisfação dos usuários
- Conselhos
- Outro Especificar _____

Nome do entrevistador:

Local:

Data:

Anexo D - Prestador Cardiologista

Instrumento de Coleta de Dados Prestadores Médicos - Cardiologista Dados de Identificação

Nome:

Telefone:

E-mail:

Idade:

Tempo de formado:

Especialidade:

Fez Residência?

Não

Sim Qual? _____

Especialização?

Não

Sim

Qual? _____

Local(is) de trabalho: _____

Modelo de Regulação da Utilização

1) Qual o seu vínculo com a operadora?

Médico da rede própria da operadora

Médico credenciado

2) Como as consultas dos pacientes do plano são marcadas no seu consultório?

Demanda espontânea

Encaminhamento feito pela central de atendimento da operadora

Encaminhamento feito por outro profissional

Outra forma Qual? _____

3) Nos casos de encaminhamento feito pela prestadora, o sr. conhece os critérios utilizados para esse direcionamento?

Sim

Não

Contratualmente

Não contratualmente

4) O plano estabelece regras para agendamento (reserva de horários para pacientes do plano, tempo de espera para agendamento de consulta etc) de seus pacientes?

- Sim
- Não
- Contratualmente
- Não contratualmente

5) O plano estabelece regras em relação à produtividade (número de consultas por determinado período)?

- Sim
- Não

6) Realiza procedimentos para o convênio?

- Não
- Sim Quais? _____

7) Existe limite de produção dos procedimentos realizados num determinado período?

- Sim
- Não

8) Definida pelo médico a necessidade de internação em urgência cardiológica, qual o fluxo para a sua obtenção junto à rede hospitalar?

- O beneficiário busca um hospital credenciado
- O médico interna o beneficiário no hospital de sua escolha
- Necessidade de autorização prévia da operadora
- Outro Especificar: _____

9) A realização de ECG requer:

- Solicitação médica, pois é um exame de rotina de um consultório cardiológico
- Autorização prévia
- Outros Especificar: _____

10) Para solicitação dos testes de investigação cardiológica (Teste ergométrico e ecocardiograma), devem ser preenchidos requisitos de:

- Periodicidade
- Fatores de risco do paciente
- Outro Especificar: _____

11) Como se dá o acesso ao teste ergométrico:

- Liberação conforme solicitação do médico assistente
- Autorização prévia da operadora
- Outro Especificar: _____

12) Como se dá o acesso ao ecocardiograma?

- Liberação conforme solicitação do médico assistente
- Autorização prévia da operadora
- Outro Especificar _____

13) Tendo sido indicada uma cineangiocoronariografia, qual o procedimento para a sua realização:

- O beneficiário busca um hospital credenciado
- O médico encaminha o beneficiário ao hospital de sua escolha
- Necessidade de autorização prévia da operadora
- Outro Especificar _____

14) Como se dá o acesso à ressonância nuclear magnética:

- Liberação conforme solicitação do médico assistente
- Autorização prévia da operadora
- Outro Especificar: _____

15) A realização de cirurgia de revascularização requer:

- Solicitação médica
- Autorização prévia
- Depende do tipo de plano
- Outro Especificar _____

16) Caso exista indicação médica para o uso de *stents*, como se dá o acesso ao procedimento?

- Liberação conforme solicitação médica
- Autorização prévia
- Depende do tipo de plano
- Outro Especificar _____

17) O encaminhamento de pacientes para profissionais de outras especialidades:

- Não requer intermediação, podendo ser solicitado pelo próprio paciente
- É feito pelo profissional que indica diretamente para o especialista
- Requer autorização prévia
- Requer parecer da auditoria

Outras formas Quais? _____

18) O intervalo de tempo mínimo entre uma consulta remunerada e outra do mesmo paciente é de:

- Não há
- Até 30 dias
- Entre 30 e 45 dias
- Mais que 45 dias

19) A operadora efetua o seu pagamento:

- Por unidade de serviço (consulta ou procedimento realizado)
- Salário fixo
- Outra forma de pagamento Qual? _____

20) No caso de pagamento por unidades de serviço, os honorários têm como referência:

- Tabela AMB de procedimentos médicos
- Tabela SUS
- Tabela própria da operadora
- Outra tabela Qual? _____

21) Existem divergências (médicas, administrativas e financeiras) com a operadora, em relação aos procedimentos realizados?

- Nunca ocorreram divergências
- Sim. Quando o volume de procedimentos ultrapassa o limite estabelecido
- Sim. Procedimentos fora do protocolo ou da cobertura do plano
- Sim. Ausência de autorização pela operadora
- Teto financeiro
- Outros Especificar _____

22) Como são resolvidas as divergências médicas, administrativas e financeiras dos procedimentos realizados?

- Revisão técnica
- Auditoria
- Glosa direta

23) Conhece as novas regras da regulamentação dos planos de saúde com a Lei nº 9.656/98?

Sim

Não

24) A nova legislação trouxe alterações no seu relacionamento com a operadora?

Não

Sim Especifique sob que aspectos:_____

25) Por qual(is) critério(s) você foi selecionado(a) para compor o quadro dos profissionais credenciados pelo plano?

Disponibilidade no mercado

Indicação de outros profissionais/conhecimentos pessoais

Avaliação de currículo/grau de especialização

Processo de seleção

Outro Qual?_____

26) Trabalha com outros convênios?

Não

Sim Qual(is)?_____

27) Poderia citar as principais diferenças existentes no seu relacionamento com as diferentes operadoras de planos (no que concerne à autonomia do exercício profissional)?_____

28) Você já percebeu, em sua experiência pessoal, algo que pudesse caracterizar recusa ou exclusão do plano, em função da existência de patologia grave, de algum paciente?_____

Modelo de Gerenciamento do Cuidado

29) A operadora utiliza protocolos clínicos para a assistência aos beneficiários?

Sim

Não

30) Os protocolos são adotados por:

- Sugestão da operadora
- Iniciativa do próprio prestador

31) Quem define os protocolos:

- A operadora
- O prestador ao qual está vinculado
- As sociedades de especialidades médicas, que estabelecem padrões baseados em critérios científicos ("Medicina baseada em evidências" ou outros)
- Outros Especificar _____

32) Caso existam protocolos clínicos, eles se referem a:
(pode marcar mais de uma opção):

- Orientação da conduta médica
- Definição do tipo de procedimentos solicitados
- Definição do número de procedimentos autorizados
- Definição do fluxo de referenciamento do beneficiário
- Outro Especificar _____

33) Havendo necessidade de procedimento que não conste do protocolo ou exceda o número previsto pelo mesmo, a conduta adotada é:

- Não há cobertura prevista
- Há exigência de uma autorização prévia
- A autorização ocorre após análise do médico auditor da operadora
- Outro Especificar _____

34) Quais serviços são ofertados para apoio ao atendimento ambulatorial?

- Interconsultas
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia
- Cirurgia Ambulatorial
- Hospital-Dia
- Outro Especificar _____

35) Para solicitação dos testes de investigação cardiológica (teste ergométrico e ecocardiograma), devem ser preenchidos requisitos de:

- Periodicidade
- Fatores de risco do paciente
- Outro Especificar _____

36) O senhor disponibiliza consultas médicas para casos agudos?

- Sim
 Não

37) Em caso afirmativo:

- As consultas são disponibilizadas durante todo o horário de funcionamento do consultório sem necessidade de agendamento
 As consultas são disponibilizadas durante todo o horário de funcionamento do consultório, mas necessitam de agendamento prévio

38) Há alguma forma de acompanhamento aos egressos de internações hospitalares?

- Sim
 Não

39) O senhor realiza alguma avaliação da satisfação do seu cliente?

- Sim
 Não

40) O senhor utiliza algum sistema de informação no seu consultório?

- Sim
 Não

41) Caso exista, o tipo é:

- Prontuário eletrônico
 Cartão de saúde
 Registros epidemiológicos
 Outro Especificar: _____

42) Existe acompanhamento para grupos de controle de pacientes hipertensos?

- Sim
 Não

43) Quais atividades são desenvolvidas pelos mesmos (pode marcar mais de uma alternativa):

- Orientação quanto à dieta
 Orientações quanto a exercícios físicos
 Instruções quanto a hábitos saudáveis
 Outro Especificar _____

44) O tempo médio previsto para agendamento de consulta cardiológica é de:

- Menos de 15 dias
- De 15 a 30 dias
- De 30 a 60 dias
- Mais de 60 dias

45) Existe tempo mínimo para a repetição de ECG?

- Sim
- Não

46) Existe mecanismo de identificação do beneficiário atendido em serviço de emergência cardiológica para o seu acompanhamento futuro (*follow up*)?

- Sim
- Não
- Caso exista, como é realizado? _____

47) O prestador tem conhecimento do número total de beneficiários portadores de hipertensão arterial?

- Sim
- Não

Caso saiba, quantos são? _____

48) Existe limite quantitativo para a realização de exames laboratoriais?

- Sim
- Não
- Depende do tipo de exame e plano Especificar _____

49) Existe tempo mínimo para a repetição de exames?

- Sim
- Não

Nome do entrevistador:

Local:

Data:

Os Autores

Alzira de Oliveira Jorge – Médica sanitária, Doutora em Saúde Coletiva, atualmente trabalha como Gerente-Geral da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos da Diretoria de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Participou da pesquisa de Modelos Assistenciais.

Celia Beatriz Iriart – Socióloga, Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Novo México, EUA. Participou da pesquisa de Modelos de Regulação.

Consuelo Sampaio Meneses – Médica pediatra e sanitária, Doutora em Saúde Coletiva. Participou da pesquisa de Modelos de Regulação.

Deborah Carvalho Malta – Médica pediatra e sanitária, Doutora em Saúde Coletiva, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem/UFMG, atualmente coordena a área de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Coordenou a pesquisa de Modelos Assistenciais.

Giovanni Gurgel Aciole – Médico sanitário, Doutor em Saúde Coletiva, presidente do Sindicato dos Médicos de Campinas. Participou da pesquisa de Modelos de Regulação.

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio – Médico sanitário, Doutor em Saúde Coletiva, Professor da Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP. Coordenou a pesquisa de Modelos de Regulação.

Mônica Aparecida Costa – Médica sanitária, Especialista em Medicina Social, mestranda em Saúde Coletiva da UFMG, Assessora de Planejamento do Hospital das Clínicas/UFMG. Participou da pesquisa de Modelos Assistenciais.

Túlio Batista Franco – Psicólogo, Doutor em Saúde Coletiva (Administração e Planejamento), Professor adjunto da Universidade Federal Fluminense. Participou da pesquisa de Modelos Assistenciais.

em todos os processos que esse terreno tem construído.

A compreensão de todo esse processo e suas conseqüências no desenho dos modelos de atenção à saúde é um dos focos principais dos estudos que animaram este livro. *Regulação & Saúde*, vol. 4 agrega novos referenciais às teses atualmente predominantes, ampliando o escopo de alternativas de análise no campo da saúde suplementar. Sugere novas possibilidades para a constituição de um marco regulatório que torne o mercado em saúde um lugar de produção da saúde.

Os autores foram direto ao coração do dragão. Investigaram no dia-a-dia das práticas organizacionais das operadoras e dos prestadores de serviços de saúde o modo como se realizam os processos regulatórios que modulam a contratualidade entre os "gestores dos sistemas de prestação de serviços" e os "dos realizadores das práticas de cuidado" ou seja, entre as empresas operadoras e os profissionais de saúde.

Estudos com os diferentes modos de organizar esse sistema foram feitos, tornando as seguradoras, as cooperativas, as autogestões e as medicinas de grupo objetos de análise a respeito do modo como se constituem em construtores de formas de se produzir saúde. Além de procuram evidenciar como essas empresas buscam, à exaustão, o controle das práticas dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que impõem regras aos usuários na forma de utilizarem os serviços ofertados.

Revelam certa uniformidade no modo de cuidar dos usuários, muitas vezes subordinando os interesses da saúde aos da organização empresarial. Trazem ricos dados e suportes analíticos sob forma de modelos technoassistenciais praticados pelos distintos segmentos da saúde suplementar. Inovam o campo de estudo do setor, ainda embrionário, na academia.

Este livro, ao ser lançado, já se tornou referência indispensável, em particular para todos os interessados em conhecer como o setor privado atua, do ponto de vista da saúde, no Brasil, na sua relação mais estreita com o mercado.

Emerson Elias Merhy

Professor da Unicamp, livre-docente em Saúde Coletiva

São duas faces da mesma moeda da Saúde Suplementar, os modelos assistenciais e os mecanismos de microrregulação praticados por operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde – porque se entrelaçam, se entrecruzam, são interdependentes e convivem numa tal relação de reciprocidade, que não se sabe qual vem primeiro ou determina o outro. Ou seja, um se alimenta e retroalimenta do outro.

O entrelaçar e o entrecruzar da regulação e assistência esboçam rotas e caminhos, e criam novas perspectivas para a saúde suplementar, como apontado nas contribuições oferecidas por este livro.



Ministério
da Saúde

