



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Danielle Furtado de Oliveira

**Os caminhos da avaliação de desempenho do setor saúde no Brasil: os dois  
lados do mesmo sistema de saúde**

Rio de Janeiro

2013

Danielle Furtado de Oliveira

**Os caminhos da avaliação de desempenho do setor saúde no Brasil: os dois lados do mesmo sistema de saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde - ME.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

O48 Oliveira, Danielle Furtado de.  
Os caminhos da avaliação de desempenho do setor saúde: os dois  
lados do mesmo sistema de saúde / Amanda Rodrigues Amorim. – 2007.  
92 f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social.

1. Saúde suplementar – Teses. 2. Sistema de saúde. 3. Sistemas de  
recuperação da informação – Teses. 4. Planejamento em saúde. 5.  
Avaliação de serviço de saúde. I. Kornis, George Edward Machado. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.  
III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Danielle Furtado de Oliveira

**Os caminhos da avaliação de desempenho do setor saúde no Brasil: os dois lados do mesmo sistema de saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde - ME.

Aprovada em 29 de abril de 2013.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Ruben Araújo de Mattos  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sulamis Dain  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. João Boaventura Branco de Matos  
Escola Superior de Propaganda e Marketing

Rio de Janeiro

2013

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação a meus filhos, Luiz Miguel e Maria de Fátima, para que nunca se esqueçam de duas grandes verdades: a primeira é que meu amor por vocês é incondicional e a outra é quão gratificante é a busca pelo conhecimento.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à UERJ, em especial ao Instituto de Medicina Social e os pesquisadores/professores que me acolheram e contribuíram para minha formação crítica. Entre os professores, merece destaque o amigo Ruben Mattos, pela paciência e competência e, sobretudo, pelo companheirismo na luta por uma política de saúde mais solidária para nosso sistema de saúde.

Agradeço ao IMS também pelos bons encontros: Leonara Vidal, Marcus Rodrigues, Bruno Stelet, Cristiane Otoni, Alessandra da Silva, Sônia Motta, Bianca Moraes, Andrea Montechi, Enara Vieira, Daniela Savi, Margareth Gomes, Karina Padilha, Sônia de Sá, Vania Maria, Claudia Machado e Gerson Cunha.

Chego ao final desta etapa ciente que não cheguei só, pois muitos foram aqueles que me ajudaram e me apoiaram. Faço um esforço agora de pôr no papel um pouco da gratidão que sinto.

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pelo devir de todo dia.

Agradeço também à minha mãe, a quem eu devo tudo, inclusive a vida. Aquela que se esforçou para me dar uma boa educação, acreditando que o conhecimento poderia transformar nossa realidade. Você estava certa! Orgulho-me muito de você!

Agradeço de todo coração ao meu querido Alê, pela paciência de ficar sem esposa em muitos momentos durante os últimos anos. Obrigada mesmo, por ter entrado de cabeça nas minhas metas, na minha vida.

Agradeço aos meus amados filhos, que a cada segundo me transformam em um ser humano melhor. Aproveito para pedir desculpas pelas inúmeras vezes que tive de ficar longe para estudar e trabalhar. Ficam aqui um pouco de culpa e um pouco de exemplo.

Aos meus amados irmãos Didi, Dedé, Mão, e minhas queridas cunhadas, que me apoiaram nesse percurso, deixo o meu obrigado. Amos vocês!

Em especial agradeço também à minha amiga Luiza e ao meu irmão Marco, por me ensinarem que para se enfrentar as situações mais difíceis há de se ter coragem para ir em frente. Ambos me ensinaram a valorizar mais a vida quando venceram a morte.

À Minha irmã Vivi e meu amigo Walso, obrigada por fazerem parte da minha história. Obrigada pela lealdade e cuidado sempre. Vocês moram no meu coração.

Agradeço também aos meus queridos amigos, por praticarem comigo amizade à distância nesses dois anos que passaram. Aviso que agora estou de volta para ir a show, ao cinema, à praia... pelo menos até agosto, quando começam as provas do doutorado.

Agradeço ao Edinho, pelo exemplo de perseverança. Ainda caminharemos muito e

juntos nessa vida na luta por um SUS mais justo.

Agradeço, enfim, o carinho e apoio de todos do CMS Cecília Donnangelo. Apreendi muito com vocês. Ficam aqui minhas desculpas pelas vezes em que os sobrecarreguei por conta da minha intensa jornada: Cátia, Bia, Pri, Rosa, Hugo, Ana Vaz, Marcus e Sabrina.

Não poderia esquecer de agradecer o apoio e o cuidado do meu amigo e ex-administrador querido, Luiz Fernando.

Aos meus admirados chefes, Leonardo El-Warrak e Daniel Soranz, além do incentivo, devo gratidão pela confiança em mim depositada.

Agradeço também à galera do INTO; aos mais próximos, pelas inúmeras madrugadas juntos: Cris, Lele, Milena, Fernanda, Lísia, Viviane, Sol, Gi, Ivan, Rose, Edison, Lia, Marcia Joana, Denio, entre tantos outros. E também as chefias Evanize Arrouche, Jane da Conceição, Tania Camera, Renata Solano, Keila Machado e Patrícia Rimes, pela sensibilidade e apoio que sempre tiveram comigo. Quem dera que todos os chefes conseguissem perceber o quanto é importante apoiar a qualificação de seus funcionários.

Agradeço à banca examinadora; Prof. Dr<sup>a</sup> Sulamis Dain e Prof. Dr<sup>o</sup> João Matos, pelas críticas positivas feitas ao trabalho. Estas me foram fundamentais na tentativa de fazer a melhor dissertação possível. Os apontamentos feitos na minha qualificação provocaram em mim outro modo de ver o trabalho que estava por ora produzindo. Obrigado.

Por fim, muito emocionada, agradeço-lhe, Kornis, por ter me dado a honra de ser sua orientanda. A você, cujo bom encontro já valeu o mestrado; a você que apostou suas fichas em mim e fez uma revolução na minha vida. Você que nesses dois anos foi mais que um orientador, mais que um amigo, foi um pai. Com você eu apreendi sobre Política, sobre Economia, sobre Línguas, sobre Arte e, sobretudo a respeito da vida. Foi um grande prazer conviver com você. Inestimável foi sua contribuição à minha formação. Minha estante de livros que o diga, não aguentou o peso das dezenas de aquisições e veio abaixo [risos].

Obrigada por ter me escolhido. Nossa primeira etapa juntos demonstrou que afinidade e ousadia não nos faltam, então que venha logo esse doutorado! Bora juntos, meu querido mestre!

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

OLIVEIRA, Danielle Furtado de. *Os caminhos da avaliação de desempenho do setor saúde no Brasil: os dois lados do mesmo sistema de saúde*. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta revisão de literatura é fruto de indagações sobre a mudança na postura do Estado brasileiro no que concerne à avaliação na atualidade. A temática desta pesquisa é a inserção da ferramenta da avaliação de desempenho da saúde no Brasil. Mais precisamente, o estudo traz uma análise dos índices de desempenho do subsistema público (IDSUS) e do índice elaborado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) para avaliar o subsistema privado da saúde (IDSS). Dessa maneira, esta dissertação tem como objetivo analisar os programas de qualificação do sistema de saúde brasileiro através da avaliação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), considerando seus impactos na relação público-privado do setor saúde. Para dar conta desses objetivos, a pesquisa examinou os Programas de Qualificação do Sistema de Saúde Brasileiro tanto na sua face pública quanto na privada, utilizando as técnicas de análise documental e bibliográfica. A análise transcorreu a partir do levantamento de documentos oficiais e da literatura produzida sobre o tema. Além da leitura de documentos da Agência Nacional de Saúde (ANS), Ministério da Saúde (MS), Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), Federação de Seguros (FENASEG), Associação Brasileira de Medicina de Grupos (ABRAMGE) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram consultados trabalhos acadêmicos e selecionados textos jornalísticos que evidenciaram o processo de implantação e utilização do Programa de Qualificação da Saúde no Brasil. A dissertação então trouxe à tona, admitindo como base a análise do IDSUS recentemente criado e do IDSS, a necessidade de se rediscutir as finalidades das avaliações de desempenho propostas. Tanto o IDSS quanto o IDSUS são iniciativas pioneiras positivas que podem e devem ser aprimoradas, para que possam de fato instrumentalizar o controle social e o gestor na priorização e no planejamento das ações de saúde. O instrumento utilizado pela ANS foi considerado eficaz, democrático e participativo no que diz respeito ao alcance dos objetivos do Programa de Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde. O mesmo conseguiu integrar pressupostos de modelos e instrumentos de gestão referenciados pela literatura como modernos e eficazes, como a gestão por resultados. Promoveu não só mais transparência ao subsistema privado, mas induziu, em certa medida, a concorrência do setor. Já em relação à face pública, percebeu-se que mesmo em face da jovialidade da proposta do IDSUS, o mesmo mapeou alguns pontos críticos do subsistema e apontou a necessidade de se trabalhar o setor de forma mais eficiente. Entretanto, esta pesquisa concluiu que ambos os movimentos de avaliação dos subsistemas público e privado não se completam, não dialogam como deveriam, evidenciando uma dificuldade em perceber e organizar o sistema como um todo.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Avaliação dos Sistemas de Saúde. Sistema de Informação, Planejamento e Gestão; Sistema de Saúde Brasileiro.

## ABSTRACT

This literature review arises from questions about the current change in attitude of the Brazilian State concerning evaluation. The theme of this research is the insertion of the tool for health performance assessment in Brazil. More specifically, the study offers an analysis of the performance indices of the public sub-system (IDSUS) and the index prepared by the National Health Agency (ANS) to evaluate the private health sub-system (IDSS). Thus, this work aims to analyze the training programs of the Brazilian health system by assessing the Performance Index of Supplementary Health (IDSS) and SUS Performance Index (IDSUS) considering their impacts on public-private relations in the health sector. To meet these objectives, the research examined the Qualification Programs in the Brazilian Health System in both its public and private sides, using the techniques of documentary analysis and literature review. The analysis proceeded from the survey of official documents and literature produced on the subject. Besides reading documents from the National Health Agency (ANS), Ministry of Health (MoH), Institute of Supplementary Health Studies (IESS), Insurance Federation (FENASEG), Brazilian Association of Medical Groups (ABRAMGE) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), we consulted scholarly works and selected journalistic texts that showed the process of deployment and use of the Health Qualification Program in Brazil. The dissertation then brought up, based on the analysis of the newly created IDSUS and the IDSS, the need to revisit the purpose of performance assessment proposed. Both the IDSS and the IDSUS are positive pioneering initiatives that can and should be improved so that they can actually equip social control and managers in prioritizing and planning health actions. The instrument used by ANS was considered more effective, democratic and participatory with regard to achieving the objectives of the Qualification Program of Health Plans Operators. It integrated models and management tools referenced in the literature as modern and effective, such as management for results. It promoted not only more transparency to the private sub-system, but induced to some extent, competition in the industry. Regarding the public aspect, it was noticed that even considering the novelty of the IDSUS proposal, it mapped some critical aspects of sub-system and pointed out the need for the sector to work more efficiently. However, this research concluded that both assessment movements of public and private sub-systems do not connect, do not dialogue as they should, indicating a difficulty in perceiving and organizing the system as a whole.

Keywords: Unified Health System. Supplementary Health System. Health Systems Assessment. Information, Planning and Management System. Brazilian Health System.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS	Agência Nacional de Saúde
APC, ACP OU PCA	Análise de Componentes Principais
CADOP	Cadastro de Operadoras
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CTCSS	Câmara Técnica e Câmara de Saúde Suplementar
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação
DIGES	Diretoria de Gestão da Agência Nacional de Saúde
FENASEG	Federação Nacional de Seguros
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV, AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Índice de Condições de Saúde
IDAS	Índice de Desempenho da Atenção da Saúde
IDBS	Índice de Desempenho da satisfação dos Beneficiários
IDEF	Índice de Desempenho Econômico-Financeiro
IDEO	Índice de Desempenho de Estrutura e Operação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDI	Índice de Desempenho Institucional da Agência Nacional de Saúde
IDS	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IESS	Instituto de Estudos da Saúde Suplementar
IESSM	Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPH-1	Índice de pobreza humana para países em desenvolvimento
IPH-2	Índice de pobreza humana para países selecionados da OECD
IPM	Índice de pobreza multidimensional
MAC	Média a Alta Complexidade
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico

ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS, WHO	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa de Monitoramento da Qualidade
PMS	Pesquisa Mundial de saúde
PNASS	Programa de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROADESS	Programa de Avaliação do Desempenho em Saúde
PROCON	Programa de Defesa do Consumidor
PSF	Programa de Saúde da Família
RIE, SIR E SMR	Razão de Informados Esperados
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RN	Resolução Normativa
RPS	Sistema de Registro de Produtos
SADT	Serviços especializados de diagnóstico e terapias
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIP	Sistema de Informações de Produtos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
WHS	World Health Survey

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	14
1	<b>IDSS: OS AVANÇOS E A TRANSFORMAÇÃO DA TÔNICA REGULATÓRIA</b> .....	25
1.1	<b>A Avaliação da Qualidade das Operadoras de Planos de Saúde: A Construção do IDSS</b> .....	30
1.1.1	<u>Fundamentação Teórica</u> .....	31
1.1.2	<u>Democratização do Debate Metodológico</u> .....	32
1.1.3	<u>A comparabilidade dos Indicadores Ano a Ano</u> .....	33
1.1.4	<u>Métodos Estatísticos, Parâmetros e Pontuação aplicados</u> .....	34
1.1.4.1	Parâmetros adotados e Pontuação utilizada para cálculo do IDSS.....	34
1.1.4.2	Métodos estatísticos aplicados nos indicadores do IDSS.....	36
1.1.4.3	Indicadores que compõem o IDSS.....	38
1.1.5	<u>Histórico do Componente Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde</u> .....	39
1.2	<b>Resultados encontrados</b> .....	41
2	<b>IDSUS: RESULTADOS E CRÍTICAS</b> .....	43
2.1	<b>A Construção do IDSUS</b> .....	45
2.1.1	<u>Fundamentação Teórica</u> .....	45
2.1.2	<u>Democratização do Debate Metodológico</u> .....	46
2.1.3	<u>Indicadores que Compõem o IDSUS</u> .....	48
2.1.4	<u>Métodos Estatísticos, Parâmetros e Pontuação aplicados</u> .....	49
2.1.4.1	Métodos estatísticos aplicados na construção do IDSUS.....	49
2.1.4.2	Parâmetros adotados para cálculo do IDSUS.....	49
2.1.4.3	Grupo de municípios de referência para parâmetros de acesso à atenção de média e alta complexidade.....	50
2.1.4.4	Pontuação utilizada para cálculo do IDSUS.....	51
2.1.5	<u>A Comparabilidade dos Indicadores entre os Municípios</u> .....	52
2.2	<b>Resultados Encontrados</b> .....	53
3	<b>O DITO E O NÃO DITO DAS AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO</b> .....	55
3.1	<b>Analisando o IDSS e o IDSUS</b> .....	56
4	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	70
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81
	<b>ANEXO A - FICHA DO INDICADOR</b> .....	90
	<b>ANEXO B - CARTELA DE INDICADORES DO IDSS</b> .....	91

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*Num ambiente marcado pela crise e pela emergência de novas formas de configuração do Estado e da produção, surge um novo tipo de Estado, que deixou de ser um provedor para se tornar, gradativamente, numa instância capaz de mediar conflitos e coordenar ações entre os atores sociais.*  
(MATOS, 2011).

Esta pesquisa tem como temática a inserção da ferramenta da avaliação de desempenho no setor da saúde no Brasil. O argumento que se defende é que está havendo uma mudança no papel do Estado brasileiro frente à necessária e consequente mensuração do desempenho. Entretanto, o que se questiona é de que maneira, e para quais fins essas avaliações estão sendo conduzidas no setor de saúde do país.

Para responder a essas indagações, a despeito desse tema, a pesquisa tratará como objeto, mais amiúde, a análise das políticas de qualificação do setor saúde, mais precisamente dos programas de qualificação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), bem como seus respectivos impactos para os subsistemas e o sistema de saúde como um todo.

O fato é que, segundo Duarte (2010), as mudanças recentes do Estado têm buscado construir novas relações com o mercado e com a sociedade. Uma das maneiras encontradas pelo Estado para se adaptar à nova realidade econômica foi justamente a descentralização administrativa e a orientação por resultados. Nesse contexto, vários marcos poderiam ter sido adotados para pontuar a tendência de mudança ao longo do tempo em relação a gestão e avaliação por parte do Estado brasileiro. Contudo, o marco não é tão relevante para esta análise. O fundamental é ressaltar que há uma tendência gradual de mudança do Estado no sentido de privilegiar os mecanismos de *accountability*.<sup>1</sup>

Como exemplos de acontecimentos que contribuíram para essa mudança no campo da mensuração no país, podem ser citados alguns dos movimentos mais relevantes, de acordo com o objetivo deste estudo: a Reforma de 1967 da Constituição brasileira, a Conferência de Alma-Ata em 1978, a Constituição Cidadã de 1988, a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) em 1995 e o *Relatório da Organização Mundial da Saúde*, do ano 2000. Esses acontecimentos serão brevemente explicitados a seguir, a título de

<sup>1</sup> *Accountability*: segundo o *Oxford English Dictionary* (2005), é “*the fact or condition of being accountable; responsibility*” – remete a responsabilização, comprometimento.

contextualização da inserção da ideia da eficiência e otimização de recursos no país. É importante ressaltar de que não se trata de uma trajetória linear de acontecimentos, entretanto a disposição cronológica destes nesta introdução foi apenas de caráter didático.

Nesse sentido, a Reforma de 1967, conduzida a partir da elaboração da Constituição de 1967, buscou institucionalizar e legalizar o regime militar, aumentando a influência do Poder Executivo sobre o Legislativo e o Judiciário. Além disso, na mesma época foi criado o Banco Central, com o objetivo de instituir mecanismos voltados para o desempenho do papel de "banco dos bancos", de maneira a promover o processo de reordenamento financeiro governamental que se estendeu até 1988.

Ainda no fim dos anos 1970, segundo Gadelha (2012), culminando com a Conferência de Alma-Ata, o contexto econômico mais adverso também provocou uma desaceleração dos gastos em saúde, sob pena de o financiamento da saúde se tornar socialmente insustentável. Redirecionadas assim, as políticas de saúde de vários governos passaram a se pautar pela contenção de gastos e pela busca de maior eficiência e qualidade em seus resultados.

Outra baliza importante foi a Constituição Cidadã, que estimulou claramente a otimização dos recursos pautada na proposta de ações de controle e avaliação realizada pelo Estado brasileiro e especialmente, introduziu o conceito de universalidade.

Posteriormente, para Brasil (1995), a criação do MARE<sup>2</sup> promoveu mudanças nos paradigmas da Administração Pública brasileira, com a inserção de conceitos e técnicas gerenciais, buscando romper com o modelo burocrático e patrimonialista.

De certo, tais mudanças atingiram também, segundo Carneiro & Menicucci (2011), o controle externo exercido sobre os gastos públicos. O fato é que além dos já existentes princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, a nova Gestão Pública passou a ser direcionada também pelo princípio da eficiência,<sup>3</sup> com ênfase alterada dos meios (procedimentos) para os fins (resultados).

As transformações experimentadas na transição da administração burocrática para a gerencial foram uma resposta à necessidade de dar maior eficiência, ou menor custo, aos

---

<sup>2</sup> Segundo o *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro* (2000), ao MARE caberia cuidar das políticas e diretrizes para a reforma do Estado; política de desenvolvimento institucional e capacitação do servidor, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional; reforma administrativa; supervisão e coordenação dos sistemas de pessoal civil, de organização e modernização administrativa, de administração de recursos da informação e informática e de serviços gerais; modernização da gestão e promoção da qualidade no setor público; e desenvolvimento de ações de controle da folha de pagamento dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC). O MARE foi extinto em 1999, pela Medida Provisória nº 1.795/99.

<sup>3</sup> Conforme definição do *Dicionário de Economia Sandroni* (2012), "eficiência" se distingue de eficácia por se referir à forma de realizar uma tarefa. Se um trabalhador realizar uma tarefa de acordo com as normas e padrões preestabelecidos, ele a estará realizando de forma eficiente. Segundo o dicionário *Aurélio* (2010), é "qualidade do que é eficiente; capacidade para produzir realmente um efeito; qualidade de algo ou alguém que produz com o mínimo de erros ou de meios". O conceito de eficiência é entendido como a relação entre o valor dos recursos consumidos e os resultados obtidos (OCKÉ-REIS, 2010).

novos serviços sociais e científicos que o Estado passara a exercer, de acordo com Bresser Pereira (2010).

A necessidade de rediscutir o papel e as formas de funcionamento do Estado, com vistas ao atendimento dos requerimentos atuais, vem motivando o debate acerca das reformas no cenário internacional. Os desafios de implementar programas voltados para o aumento da eficiência e melhoria da qualidade dos serviços parecem ser a tendência dominante, ganhando a denominação genérica de gerencialismo na administração pública. (FERREIRA, 1999, p. 8).

Cabe ressaltar, ainda, que antes do surgimento do MARE (1995) para reforçar esse movimento de mudança, foi criado o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que configurou um fundamental antecedente para o campo da avaliação em saúde. A criação do SNA estabeleceu as instâncias de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde. Por tratar especificamente dessa área, o SNA, instituído pelo artigo 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, e regulamentado pelo Decreto n.º 1.651/95, constitui um sistema atípico, singular, diferenciado, complementar aos sistemas de controle interno e externo e principalmente legítimo.

Segundo Duarte (2010), a demanda atual por auditorias e transparência tem origem contábil-financeira, mas o próprio sentido de controle externo que a *accountability* traz tem origem mais remota, nos mecanismos de *checks and balances* de Montesquieu, nos federalistas americanos, no constitucionalismo dos séculos XIX e XX.

A *accountability* se liga ao controle externo, conceito que começou a ser estruturado por pensadores como Locke (1983), no fim do século XVII, e Montesquieu (1979), no século XVIII, mas que já aparecia no fim da Idade Média na Inglaterra, além de França e Espanha, onde já podia ser localizada, naquela época, a menção a uma ideia de corte de contas. (PESSANHA, 2007, p. 8).

No setor saúde, nos dias atuais, os modelos de avaliação de serviços de saúde propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) apresentam diversos pontos de concordância sobre as grandes diretrizes da avaliação, inclusive sobre a otimização dos recursos. A busca por conceitos que representem resultados de saúde (OMS) ou efetividade (OCDE) e a preocupação com os direitos dos pacientes, vistos pelo prisma da satisfação ou da experiência dos pacientes, também são aspectos comuns nas propostas dos dois organismos.

No Brasil (2011), diversos autores vêm trabalhando, experimentando e efetivamente avaliando a qualidade da atenção prestada e os modelos de prestação de serviços de saúde por meio de indicadores/marcadores assistenciais.

O processo decisório exige permanente reflexão e crítica, alimentadas por informação adequada para permitir a construção de novos modos de operar. Por essa razão, em quase todos os países, a avaliação na área da saúde vem assumindo prioridade. Seja pela ótica das

políticas públicas saudáveis – que afere o impacto sobre a saúde de decisões relacionadas aos determinantes da saúde – seja pela de monitorar resultados ou de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, a avaliação vem se tornando um imperativo da gestão pública. (BRASIL/MS, 2007, p. 5).

Como se sabe, o movimento de *accountability* ocorreu no Brasil em diversos setores estatais e não-estatais, inclusive no campo da saúde. Neste campo, observamos ainda como um ponto fundamental para a implementação desses mecanismos de mensuração, a produção do Relatório do ano 2000 da OMS, onde houve a recomendação expressa de se organizar os serviços de saúde em sistemas e de se induzir os processos de avaliação desses sistemas.

Foi dentro desta expectativa que a OMS, que desde 1995 lança anualmente um relatório temático, produziu um relatório no ano 2000; que contempla uma análise da *performance*<sup>4</sup> dos sistemas de saúde com o título *Relatório Mundial de Saúde 2000 – Sistemas de Saúde: Aprimorando o Desempenho*. Cabe dizer, que este relatório foi importante para o campo da avaliação em saúde mais pelas críticas que sofreu do que pela metodologia de verificação que apresentou.

O relatório acima mencionado ressalta, a partir de oito medidas de avaliação dos sistemas de saúde, a lista avaliativa de 191 países, apontando, em ordem decrescente de melhor *performance*, o posto de cada país. França e Itália receberam, segundo essa avaliação, os postos 1º e 2º, respectivamente, ficando o Brasil com o 125º posto. Na ocasião, a OMS avaliou os sistemas de saúde dos países-membros a partir de cinco indicadores que compunham um indicador final (*Overall Health System Performance*): a) média e distribuição do nível de saúde; b) média e distribuição da responsividade; e c) justiça na contribuição financeira.

A partir desse documento, publicado no ano 2000, a OMS centrou esforços no desenvolvimento de metodologias para avaliação dos sistemas nacionais de saúde, propondo uma metodologia para a avaliação dos sistemas de saúde dos países membros e classificando-os de acordo com seu desempenho. Para a OMS (WHO, 2000), os sistemas de saúde têm desempenhado papel no aumento da expectativa de vida, melhorando a saúde, a vida e o bem-estar de bilhões de homens no mundo, tornando-se assim cada vez mais importante.

Contudo, enormes lacunas, segundo essa organização internacional, permanecem entre o potencial dos sistemas de saúde e seus desempenhos reais. A proposta do relatório foi justamente analisar o papel dos sistemas de saúde e sugerir como fazê-lo mais eficiente. Para

---

<sup>4</sup> Segundo o *Oxford English Dictionary* (2005), *performance* é “*the action or process of carrying out or accomplishing an action, task, or function*”, ou seja, a ação ou processo de executar ou realizar uma ação, tarefa, função ou uma ação, tarefa ou operação.

a OMS, o emprego de pequenas medidas de otimização de recursos poderia promover mudanças importantes no cenário do setor.

Travassos & Buss (2000) criticam o relatório, mas advertem que avaliar os sistemas de saúde não é tarefa simples, sobretudo quando o objetivo é comparar realidades distintas, como os sistemas dos países-membros. Com efeito, apesar das duras críticas sofridas pelo relatório, principalmente realizadas pelo grupo de pesquisadores brasileiros ligados à Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), há de se reconhecer que para a reforma gerencial aplicada no setor saúde, principalmente para o cenário brasileiro, ele foi um marco importante para o campo da avaliação de desempenho.

O Relatório 2000 trouxe à agenda da OMS o comprometimento com os objetivos louváveis de avaliação dos sistemas de saúde, monitoramento das desigualdades em saúde e alcance da equidade no financiamento da saúde. Entretanto, o instrumental utilizado foi exposto a inúmeras críticas, tanto de cunho metodológico como conceitual, tendo sido objeto de amplo debate internacional. (HÄKKINEN; OLLILA, 2000; NAVARRO, 2000; ROSEN, 2001; UGÁ *et al.*, 2001; SZWARCOWALD; VIACAVA, 2005).

As críticas geradas pela comunidade científica brasileira resultaram em um movimento de debate organizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que abriu espaço para discussão do tema no seu site <[www.fiocruz.br/cict/dis/departamentosframe.htm](http://www.fiocruz.br/cict/dis/departamentosframe.htm)>. Diante da posição da delegação brasileira, em reunião do *Executive Board* da OMS, em janeiro de 2001, decidiu-se criar um comitê para reavaliar questões teóricas e metodológicas do referido documento.

Faz-se importante frisar que, segundo Szwarcwald & Viacava (2005), a mobilização dos cientistas brasileiros foi fundamental para iniciar essa revisão das questões polêmicas do Relatório da OMS e direcionar a proposta de reformulação. Nesta fase, a OMS propôs a elaboração da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) em vários países-membros, para suprir informações sobre o estado de saúde das populações.

No Brasil, a PMS foi conduzida no ano de 2003, e objetivou estabelecer parâmetros consistentes para avaliar o estado de saúde da população e a assistência prestada de acordo com as expectativas da população usuária, além de mensurar as desigualdades socioeconômicas em saúde. (SZWARCOWALD; VIACAVA, 2005). O *survey*<sup>5</sup> da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizado pela Fiocruz em 2003, foi o primeiro movimento realizado no país após a recomendação do relatório da OMS de avaliação da *performance* dos sistemas de saúde. Essa proposta de mobilização resultou na metodologia de avaliação do Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PRO-ADESS), que mais tarde

---

<sup>5</sup> O *Oxford English Dictionary* (2005) define *survey* como “levantamento; sondagem; tipo de estudo, de pesquisa”.

seria utilizada como referência para elaboração da Política de Qualificação do SUS e também da Saúde Suplementar, objetos desta dissertação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), a avaliação não era uma ação inexistente no âmbito do SUS. Ao longo da última década, grande número de iniciativas com o objetivo de avaliar programas e políticas foram implementadas. Mas esses esforços ocorreram de forma fragmentada, frequentemente restrita aos objetivos específicos e processos de gestão de alguns programas e raramente utilizados para redesenhar suas estratégias e formas de operação. Desses esforços resultaram muitos relatórios, muita informação e pouca capacidade de produzir uma visão integrada do desempenho do sistema de saúde.

Iniciativas precedentes no campo da avaliação em saúde no Brasil, como a elaboração de uma Política Nacional de Regulação da Saúde em 2008 – que visava regular o sistema de saúde brasileiro, bem como executar políticas focais de avaliação como, por exemplo, a Política de Monitoramento e Avaliação da Qualidade (PMAQ) realizada desde 2001 na Estratégia de Saúde da Família, e avaliações pontuais dos programas verticais do Ministério da Saúde – serviram de base para fortalecer o movimento de avaliação do sistema de saúde brasileiro.

No Brasil contemporâneo, mais especificamente no setor saúde, destacam-se duas políticas de qualificação do sistema de saúde nacional em curso e que são objeto deste estudo: o Programa de Qualificação da ANS, traduzido pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), e o Programa de Qualificação, representado pelo Índice de Desempenho do Sistema de Único de Saúde (IDSUS).

Evidentemente, segundo o Ministério da Saúde (2011), avaliar o sistema de saúde no Brasil não pode se restringir à avaliação do SUS. Há um importante segmento da população que recebe atenção à saúde por meio do segmento privado. Os dados da ANS (2012) consideram que existem quase 49 milhões de beneficiários exclusivamente na modalidade médico-hospitalar, um total de quase 68 milhões de beneficiários, um gasto em saúde da ordem de R\$ 90,0 bilhões e em relação a sua rede física pode-se dizer que o número de estabelecimentos de saúde *per capita* é maior entre usuários de planos de saúde privados quando comparado ao SUS.

Diante da constatação do tamanho do mercado privado da saúde e frente ao paradoxo da não-unicidade no terreno da análise das políticas de saúde, a partir do entendimento de que no Brasil, segundo Ocké-Reis & Sophia (2009), temos um sistema duplicado, concorrente e

dual (BAHIA, 2005), urge, conforme afirma Santos (2010), encarar a realidade de que o público não irá prescindir do privado.

Levando em consideração que a relação do *mix* público/privado (BAHIA, 2001) gera complicações na condição de acesso da população e na qualidade dos serviços para os brasileiros, faz-se indispensável para o país, sobretudo para os brasileiros, que ambos os subsistemas de (público e privado) promovam uma atenção à saúde de qualidade. Assim, a presente dissertação de mestrado tem como objetivo analisar os programas de qualificação do sistema de saúde brasileiro através da avaliação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), considerando seus impactos na relação pública e privada do setor afim. A análise será feita partindo-se do pressuposto de que tanto a face pública do sistema de saúde brasileiro quanto sua face privada compõe o mesmo rosto que reflete o estado de saúde dos brasileiros como um todo.

Como objetivos específicos, a pesquisa se propõe a:

1. Analisar a trajetória da avaliação de desempenho dos subsistemas de saúde no Brasil;
2. Verificar, em que medida, o IDSS e o IDSUS têm contribuído com os objetivos das Políticas de Qualificação do Sistema de Saúde Brasileiro;
3. Investigar como as informações geradas pelo processo de avaliação dessas políticas de qualificação têm impactado na relação público-privado do sistema.

Vale enfatizar que este estudo sustenta que ambos os Programas de Qualificação Nacional da Saúde (IDSS e IDSUS) são importantes para o setor público da saúde no Brasil. É inegável a importância da qualificação para o setor de saúde, tão importante quanto sua própria regulamentação. Na verdade, a qualificação é o norte da agenda da reforma gerencial segundo Almeida (1999, p. 6).

A questão central do gerencialismo reside na avaliação de resultados como guia para as decisões políticas. Uma vez que os serviços devem estar voltados para o consumidor (que por sua vez deve ter suficiente informação para fazer escolhas inteligentes leia-se consciente em relação aos custos). A avaliação de desempenho passa o fundamento sobre o qual as reformas são construídas constituindo seu núcleo central.

De acordo com Cunha (2005), na administração pública, a avaliação de desempenho tem ocorrido em muitos países e em diferentes esferas, pública e privada. No entanto, poucos esforços têm sido empreendidos para compreender como o processo é gerado no Brasil e qual seu impacto sobre a prestação de serviços público e privado de saúde. Observa-se que as experiências acumuladas no país e suas implicações reais para o sistema de saúde nacional ainda são poucas, bem como os estudos sobre elas.

Alcoforado (2005) partilha desta opinião e defende ainda que no setor público, geralmente, essas mudanças não são avaliadas enquanto estão sendo processadas. Não se sabe, portanto, até que ponto são capazes de anteceder as demandas sociais do contexto em que se inserem. Já no setor privado, onde a avaliação de desempenho acumula maior experiência, percebe-se que os estudos sobre o processo de qualificação em si, além de escassos não tratam diretamente sobre o impacto gerado para o sistema de saúde brasileiro dessa política.

Nesse sentido, este estudo ainda pretende contribuir para a ampliação do conhecimento sobre esse importante movimento de qualificação que visa nortear o deslocamento do foco normativo da regulação por parte do Estado brasileiro.

Por fim, realizar um estudo sobre as políticas de qualificação da saúde que são prioritárias para o setor atualmente, além de contribuir para a construção do conhecimento sobre essa temática é, sobretudo, pensar o sistema híbrido de saúde brasileiro sobre outra ótica – que admite que avaliar o cuidado prestado aos brasileiros não é secundário. Pelo contrário, acredita-se que os estudos que analisam a saúde fundamentada na ideia de que o sistema de saúde nacional é dual e passível de avaliações são de extrema importância para a construção do SUS.

Em relação à estruturação metodológica desta dissertação, pode-se afirmar que se trata de uma revisão de literatura, onde foram utilizadas as técnicas de análise documental e bibliográfica. Procedeu-se neste trabalho uma revisão da política de saúde do ponto de vista da relação público privada com enfoque na análise dos instrumentos de avaliação.

Neste sentido a pesquisa consistiu em fazer uma análise do IDSS e do IDSUS no decorrer do tempo, respeitando o impacto do mesmo para os atores sociais envolvidos, inclusive para o SUS. Tal análise transcorreu a partir do levantamento dos documentos oficiais pertinentes e da literatura já produzida relevante para discussão da temática.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, além da leitura de documentos escritos pela ANS, pelo Ministério da Saúde, pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), pela Federação de Seguros (FENASEG), pela Associação Brasileira de Medicina de Grupos (ABRAMGE), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros que possam evidenciar o processo de implantação e utilização do programa de qualificação da saúde no Brasil, foram consultados trabalhos acadêmicos produzidos em torno do tema proposto, com o intuito de melhor identificar o impacto e a importância da criação do IDSS e IDSUS para o sistema de saúde brasileiro como um todo.

Considerando que as avaliações produzidas pelo IDSS e pelo IDSUS possuem objetivos distintos, fez-se necessário indagar como o sistema de saúde do país é percebido a partir das avaliações fragmentadas do segmento público e do segmento privado. Neste trabalho, priorizamos apenas os componentes técnicos da avaliação do subsistema público e do subsistema privado.

A dissertação foi didaticamente dividida em cinco capítulos. O primeiro faz uma introdução ao tema com breve análise da trajetória dos mecanismos de avaliação e *accountability*, estando presentes também os pressupostos que condicionam a discussão sobre o objeto do trabalho. Nele ainda constam o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo. Para alcance destes últimos, lançou-se mão de determinadas estratégias metodológicas descritas também no capítulo inicial.

O segundo, o terceiro e o quarto capítulos fazem parte da revisão de literatura. O segundo realizou uma análise do Programa de Qualificação da ANS considerando o IDSS através dos anos desde sua criação. O terceiro capítulo dissertou sobre a recente experiência brasileira do Índice de Desempenho do SUS. E o quarto, talvez o mais importante da revisão teórica, fez uma análise das políticas de qualificação do sistema de saúde no Brasil, quer na sua face pública, quer na sua face privada, e indica suas limitações e possibilidades.

O último capítulo da revisão de literatura trouxe ainda alguns resultados, a análise e a discussão sobre os índices de desempenho utilizados para avaliar o setor saúde, fazendo interferências sobre o principal papel de um sistema de saúde, que seria acolher e cuidar dos seus consumidores (usuários/beneficiários). E também abrigou o debate acerca do papel da avaliação de desempenho frente à relação público-privado do sistema de saúde brasileiro.

Por fim, o quinto capítulo, composto pelas considerações finais, apresenta um resumo dos pontos-chave deste estudo e as sugestões advindas do processo reflexivo da produção do trabalho. Sendo assim, as considerações finais do trabalho foram divididas em três blocos: o primeiro, composto pelas considerações metodológicas aos instrumentos; o segundo, constituído pelos questionamentos sobre a finalidade e a utilidade desses índices (IDSS e IDSUS); e um terceiro bloco, que trata da regularidade das avaliações em curso.

Vale ressaltar que esta pesquisa fez uma breve análise das metodologias propostas pelas avaliações dos subsistemas público e privado a fim de trazer elementos que pudessem contribuir para um melhor exame desses índices.

A seguir destacam-se, de forma sucinta, as metodologias propostas pelos dois índices de desempenho, objetos deste trabalho.

Em 2001, embasada em uma proposta canadense feita sob a ótica da equidade, uma rede brasileira de pesquisadores do campo da saúde coletiva (Abrasco), conforme ressaltado pelo Ministério da Saúde (2011), elaborou uma nova metodologia de avaliação, citada anteriormente, para o sistema brasileiro. O resultado do trabalho foi o PRO-ADESS, um modelo avaliativo baseado em quatro dimensões:

- 1) Determinantes de saúde;
- 2) Condições de saúde na população;
- 3) Estrutura do sistema de saúde; e
- 4) Desempenho do sistema de saúde.

Tomando o PRO-ADESS como metodologia referência, o Ministério da Saúde desenvolveu e apresenta o IDSUS, que tem a finalidade de: (i) avaliar o desempenho do SUS nos municípios, regionais de saúde, estados, regiões e no país; (ii) avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção: básica, especializada ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências; e (iii) expressar essa avaliação a partir da análise de indicadores simples e composto. O índice será divulgado a cada três anos, mas estará disponível anualmente aos gestores municipais e estaduais.

Segundo a Fiocruz (2011), em seu site específico sobre o PRO-ADESS - Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Saúde, o modelo de avaliação do PRO-ADESS (matriz) considera que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza sua história e conformação atual, seus objetivos e prioridades. Dentro desse contexto, devem ser identificados os determinantes de saúde associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. Sua apreciação deve ser feita considerando-se seu impacto em diferentes grupos sociais.

A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada conforma uma segunda dimensão da avaliação, que permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Já em relação ao subsistema privado, a avaliação das operadoras é realizada por meio do IDSS, calculado a partir de indicadores definidos pela própria agência. Esses indicadores são reunidos em quatro dimensões: Atenção à Saúde, Econômico-financeira, Estrutura e Operação e Satisfação do Beneficiário.

Cada uma dessas dimensões possui um peso na formação da pontuação final da operadora, sendo 40% para Atenção à Saúde, 20% para Econômico-financeira, 20% para Estrutura e Operação e 20% para Satisfação do Beneficiário. Dessa forma, ao final da

avaliação, a operadora recebe uma nota que pode se encaixar em uma das seguintes faixas de notas de avaliação: 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,80 a 1,00, sendo que a faixa de 0,80 a 1,00 indica melhor desempenho. Somente são avaliadas as operadoras com registro ativo na ANS. As dimensões são avaliadas por meio de indicadores gerais e específicos, que buscam expressar os condicionamentos e os resultados dos serviços prestados aos beneficiários pelos planos de saúde.

Em síntese, este estudo se limitou a verificar a existência de pontos de encontro dos programas de qualificação, bem como observar o impacto que essa tendência de prevalência dos mecanismos de avaliação através dos indicadores utilizados pelo IDSUS e IDSS tem causado na relação público-privado no setor saúde brasileiro.

## **1 O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DA ANS: CONHECENDO O IDSS**

O setor de planos de saúde é definido como suplementar no Brasil devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, apesar da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público (BAHIA, 2001). Pode-se dizer que o setor suplementar da saúde, segundo Carvalho (2003), existe há mais de 70 anos e inicialmente, para Carvalho e Cecílio (2007), a assistência médica foi incorporada como benefício a grupos de trabalhadores brasileiros a partir da década de 1930, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Cronologicamente, para Irion (1994), as empresas de autogestão foram criadas a partir de 1930, as medicinas de grupo em 1956, as cooperativas médicas surgiram em 1967 e os seguros saúde, embora tenham aparecido em 1966, só foram regulamentados em 1977. Todavia, sabe-se que o mercado de planos privados de assistência à saúde no Brasil se desenvolveu e se expandiu, segundo Costa (2008), em um contexto institucional de baixa regulação, situação que perdurou até fins da década de 1990.

No período de existência das diversas modalidades de atenção privada à saúde, não houve barreiras de entrada e saída para novas empresas ou qualquer outro mecanismo de controle que pudesse assegurar a qualidade do serviço prestado. Conforme afirma Carvalho (2003), contra planos e seguros saúde as queixas estavam entre as cinco primeiras causas de reclamações à Fundação de Defesa do Consumidor (PROCON) de São Paulo e do Rio de Janeiro entre 1992 e 1996. Para Carvalho & Cecílio (2007), a regulamentação foi inserida na agenda política nacional justamente em função dessas queixas dos usuários/consumidores e dos conflitos no relacionamento médico/usuário/operadoras de plano de saúde.

Nesse contexto, com quase 40 anos de funcionamento sem regulação, o mercado de planos e seguros privados de atenção à saúde no Brasil, denominado Setor da Saúde Suplementar, teve que se adequar e cumprir a regulamentação trazida pela Lei nº9.656, de 03 de junho de 1998.

Para Ocké-Reis (2012), ao longo da década de 1990, considerando uma correlação de forças favorável à desregulação dos monopólios da União e à privatização das empresas estatais, o Estado sentiu, por questões de legitimidade, a necessidade de regulamentar o mercado de planos de saúde. E segundo Costa (2008), o marco regulatório do setor foi

constituído pela Lei nº 9.656/98, mas também pela criação da ANS em 2000. Tais medidas, decerto, modificaram significativamente o cenário do setor, pela definição de novas regras de proteção aos consumidores e de entrada, permanência e saída das empresas no mercado.

A despeito das dúvidas quanto à natureza da regulação do mercado da saúde suplementar (pública ou privada), os atores ou forças sociais, considerados por Carvalho & Cecílio (2007) como “macroatores,” concordavam sobre a necessidade da existência de regulação do setor. A aliança entre profissionais e beneficiários dos planos, ainda segundo esses autores, fez prevalecer suas posições, subordinando assim os planos à área de saúde e não ao Ministério da Fazenda, como queriam as operadoras e os prestadores, ressaltando o interesse em sobrepor as necessidades de saúde frente às questões econômicas.

E no bojo das discussões sobre a reforma regulatória nos anos 1990, que objetivava, como registrado por Costa (2008), ampliar o padrão de eficiência macroeconômica pela indução à concorrência em áreas de monopólio natural e criar novos mecanismos para implementar políticas públicas no contexto pós-reforma patrimonial do Estado, a opção de regulação para o setor da saúde suplementar, consoante Majone (1996), se deu pelo modelo de agência reguladora delegada e autônoma ligada ao Ministério da Saúde e não sob a jurisdição da SUSEP.

Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008), o modelo brasileiro de regulação do setor de saúde suplementar é diferenciado em relação à experiência internacional. Na maioria dos países, a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor e garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado.

No Brasil, optou-se por regular fortemente o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos. Para Bahia & Viana (2002), a regulação brasileira tem como objetivos principais corrigir as distorções quanto às seleções de risco e preservar a competitividade do mercado.

É importante ressaltar ainda, conforme os autores citados, que a escolha pela política de regulação pública torna crível a tese de que o mercado por si só não gera a alocação ótima e virtuosa de recursos em qualquer circunstância. Para Majone (1996), o interesse público pode ser preservado e desenvolvido frente às atividades de mercado por meio de controles legais e incentivos organizacionais manejados externamente por uma agência reguladora.

De acordo com a própria ANS (2010), a regulação trouxe mudanças importantes que fizeram e fazem com que o ambiente da saúde suplementar esteja melhor hoje do que no

período pré-regulamentação. Com um número de beneficiários maior que 40 milhões, a ANS é uma realidade e uma necessidade do setor no país nos dias atuais.

A literatura oficial afirma que houve grande avanço desde que o Estado passou a regular as relações no setor da saúde suplementar por meio de uma agência reguladora, apesar de todos os problemas decorrentes, tanto das várias formas de organização quanto dos interesses conflitantes existentes em seu âmbito (BRASIL, 2010). Para Ocké-Reis (2012), no caso brasileiro, a dinâmica dos oligopólios repõe continuamente os desafios da agência para estabilizar preços e garantir a qualidade da cobertura, apesar do desenvolvimento da política regulatória, que procura fazer convergir os interesses conflitantes entre operadoras, prestadores e consumidores.

Segundo a direção da ANS, nas gestões de 2004 a 2006 e de 2007 a 2009, apesar dos inúmeros conflitos existentes entre os diversos atores sociais componentes do setor, existe um local de encontro no qual esses interesses podem dialogar. Esse local é o da qualificação do setor da saúde suplementar. (BRASIL, 2010). Sendo assim, pode-se afirmar que a ideia central dessa nova perspectiva no processo de regulação do setor da saúde suplementar é a ênfase na qualificação de todos os atores envolvidos, operadoras, prestadores, beneficiários e órgão regulador, de modo a qualificar o funcionamento do setor, compreendido nas dimensões da Atenção à Saúde, Econômico-Financeira; Estrutura e operação e Satisfação dos Beneficiários, além do funcionamento do próprio órgão regulador, através dos seus processos de trabalho.

Para dar conta dessa mudança de foco, a ANS criou sua Política de Qualificação da Saúde Suplementar, cujo principal objetivo é induzir o setor de saúde suplementar para a produção de saúde, e uma de suas estratégias é a avaliação da qualidade do setor da saúde suplementar. Nesse contexto, em 2004, após a iniciativa da Fiocruz de realizar uma avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro através da PNS, a ANS elaborou a primeira proposta de desenvolvimento de uma política de qualificação da saúde suplementar para o Brasil. Dentro dessa política, a ANS organizou também em 2004 um programa de avaliação de desempenho das operadoras de plano de saúde, chamado de Programa de Qualificação de Operadoras de Planos de Saúde, cuja avaliação se dá anualmente e vigora até os dias atuais.

Os avanços da ANS, que foi criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na regulação do setor supletivo, permitiram que a agência encarasse de forma diferente os desafios que lhe são colocados. E um desses grandes desafios foi a mudança do foco da regulação normativa, baseada em normas e resoluções para regulação norteada pela concorrência por maior qualidade.

Para Matos (2011), a nova e terceira tônica da regulação da saúde suplementar brasileira produzida pela baseia-se no estímulo à concorrência das operadoras e na transparência das informações. Na verdade, nessa tônica o movimento é o de fortalecer o beneficiário/consumidor, tornando-o sujeito do processo da avaliação induzido pela ANS. Para a ANS (2010), o foco dessa nova perspectiva no processo de regulação do setor da saúde suplementar se configura pela ênfase na qualificação de todos os atores envolvidos – operadoras, prestadores, beneficiários e órgão regulador, de modo a qualificar o funcionamento do setor.

Em relação ao componente Qualificação das Operadoras, o que se pretende é induzir um processo de aprimoramento contínuo nas quatro dimensões<sup>6</sup> propostas pelo Programa de Qualificação, para que o setor da saúde suplementar opere de forma equilibrada, ágil, com informações consistentes, oferecendo serviços adequados aos seus beneficiários. Com exatidão, a ANS, ao explicitar sua política de regulação enquanto Política de Qualificação para o Setor de Saúde Suplementar apresenta as finalidades para o setor, condensadas na diretriz-mestra de fazer do setor um local de produção de Saúde.

Dessa maneira, além da regulação econômico-financeira, a ANS investe na implementação de uma regulação da atenção à saúde que, entre outras estratégias, trabalhe na perspectiva de uma avaliação e monitoramento contínuo da qualidade da atenção prestada por operadoras e prestadores de serviços de saúde. Esse caminho abre possibilidades para novos processos e práticas de micro e macrorregulação que podem contribuir na melhoria da atual lógica de organização e funcionamento do modelo assistencial predominante no setor da saúde suplementar, bem como na saúde dos beneficiários.

A ANS, na implementação dessa política de qualificação da saúde suplementar, propõe-se a:

- I - incentivar as operadoras a atuar como gestoras de saúde;
- II – incentivar os prestadores a atuar como produtores de cuidado;
- III – incentivar os beneficiários a serem usuários de serviços de saúde com consciência sanitária;
- IV - aprimorar sua capacidade regulatória.

Para dar conta desses objetivos, foi elaborada a Resolução nº139, de 24 de novembro de 2006, que institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar no âmbito do sistema

---

<sup>6</sup> I. Atenção à Saúde; II. Econômico-Financeira; III. Estrutura e Operação; IV. Satisfação dos Beneficiários.

de saúde suplementar, como parte integrante da política de qualificação da saúde suplementar da ANS. O programa se desdobra em dois componentes:

- I. Avaliação de Desempenho das Operadoras ou Qualificação das Operadoras; e
- II. Avaliação de Desempenho da ANS ou Qualificação Institucional.

Ainda segundo a RN nº 139, no Art. 6º, as avaliações de desempenho são expressas pelos seguintes índices:

- I - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – IDSS; e
- II - Índice de Desempenho Institucional – IDI.

Cabe ressaltar que nesta dissertação não será analisado o IDI, pois não é foco desta pesquisa trazer a tona a discussão das avaliações institucionais optou-se desta maneira abordar apenas o índice de avaliação das operadoras.

Este índice foi aplicado tomando como base os dados de 2003, pela primeira vez, e manteve-se anualmente sua verificação, com algumas alterações na composição da cartela de indicadores.

O IDSS, como já mencionado, resulta da avaliação da qualidade em quatro dimensões, cada uma com um peso diferente na formação do IDSS: 40% para a dimensão Atenção à Saúde; 20% para a dimensão Econômico-financeira; 20% para a dimensão Estrutura e Operação; e 20% para a dimensão Satisfação do Beneficiário.

Em relação ao componente Qualificação das Operadoras, traduzido pelo IDSS, objeto desta dissertação, o que se pretende é induzir um processo de aprimoramento contínuo nas quatro dimensões acima, para que o setor da saúde suplementar opere de forma equilibrada, ágil, com informações consistentes, oferecendo serviços adequados aos seus beneficiários. Essas dimensões são avaliadas por meio de indicadores gerais e específicos, que buscam expressar os condicionamentos e resultados dos serviços prestados aos beneficiários pelos planos de saúde.

Dentro da nova perspectiva do processo de regulação, foi feita uma opção estratégica de se dar ênfase à qualidade da dimensão da Atenção à Saúde, buscando maior integração da ANS com a agenda do Ministério da Saúde. A ANS aposta na mudança do modelo de atenção à saúde vigente e na possibilidade de se reorganizar a prestação de serviços no setor da saúde suplementar, para que se pautem pelos princípios de acesso necessário e facilitado com atendimento qualificado, integral e resolutivo, de acordo com as necessidades e direitos de saúde dos beneficiários dos planos de saúde (BRASIL, 2010).

É inegável a importância da qualificação para o setor, tanto quanto sua própria regulamentação. Na verdade, a qualificação do setor já estava na agenda regulatória antes

mesmo da criação da ANS. Essa preocupação também é perceptível na afirmação do ex-presidente da ANS, Dr. Fausto Pereira dos Santos apud Scaff:

A aposta é a construção de um setor da saúde suplementar cujo principal interesse a produção de saúde. Um setor que seja centrado no usuário, que realize ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, que observe os princípios de qualidade, integralidade e resolutividade, que tenha uma concepção includente de todos os profissionais de saúde, que respeite o controle social, que esteja completamente articulado com o Ministério da Saúde e cujo órgão regulador seja também preocupado com a qualificação de seu processo regulatório. (SCAFF, 2007, p. 4-6).

Para Pietrobon, Prado e Caetano (2008), a ANS possui excelentes possibilidades com a criação, verificação e divulgação de indicadores da qualidade da promoção e dos cuidados integrais da saúde, e a busca pela qualificação das operadoras de seguros de saúde impulsiona a regulação.

A Qualificação da Saúde Suplementar significa um convite, a todos os atores envolvidos, a construir um setor que seja equilibrado, centrado no usuário, que realize ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, observe os princípios de integralidade e resolutividade, tenha uma concepção includente de todos os profissionais de saúde, respeite o controle social, esteja completamente articulado com o Ministério da Saúde e cujo órgão regulador seja também preocupado com a qualificação de seu processo regulatório.

A regulação pública inicial do setor da Saúde Suplementar centrou-se em regular a saúde financeira das operadoras, o direito dos beneficiários e a questão dos produtos. Embora importante, não foi suficiente para compor a regulação na perspectiva da produção da saúde. Para isso foi necessário apostar em um novo enfoque regulador que considere: a operadora como gestora do cuidado em saúde e, portanto, responsável pelos resultados e pela qualidade da atenção prestada; que a construção de uma atenção à saúde deva ser direcionada para a realização da integralidade da atenção; que esta integralidade pressuponha a produção das ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos beneficiários; e que o setor da saúde suplementar tenha uma agenda partilhada e articulada com o SUS. (BRASIL, 2010, p. 11).

## 1.1 A Avaliação da qualidade das operadoras: a construção do IDSS

Como já apresentado aqui, avaliação da qualidade das operadoras é feita por meio de quatro dimensões, avaliadas por meio de indicadores que devem apresentar características como validade, confiabilidade, viabilidade e relevância:

- I. Qualidade da Atenção à Saúde – avalia a qualidade da atenção, buscando avaliar as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde.

- II. Qualidade Econômico-Financeira – avalia a situação econômico-financeira da empresa e sua capacidade de custear o conjunto das ações e serviços de saúde necessários para uma atenção integral e contínua, conforme os contratos assumidos.
- III. Qualidade de Estrutura e Operação – avalia a capacidade das operadoras de oferecerem uma rede assistencial suficiente e adequada aos requisitos exigidos e de cumprirem suas obrigações técnicas e cadastrais junto à ANS.
- IV. Satisfação dos Beneficiários - avalia se os contratantes de planos privados de saúde têm suas necessidades e expectativas atendidas pelas operadoras, nas ações e serviços de saúde prestados – conforme estabelecido pela legislação e pelas cláusulas contratuais.

#### 1.1.1- Fundamentação teórica

De fato, a preocupação de verificar os índices de qualidade das operadoras de planos de saúde que compõem o universo da saúde suplementar surge da necessidade de se propor novos modelos assistenciais.

Pesquisa feita por Malta *et al.* (2005) sobre os modelos assistenciais desenvolvidos pelas operadoras identificou que as operadoras de planos de saúde, cada uma com suas especificidades, representam certos modelos de organização de serviços de saúde que podem ser regulados pelo Estado, de forma a darem maiores garantias assistenciais a seus beneficiários. Também foi identificada como uma perspectiva real, nesta pesquisa, a possibilidade de as operadoras se constituírem enquanto promotoras e gestoras do cuidado em saúde, e que isso pode ser regulado.

Para buscar a qualificação da atenção no setor da saúde suplementar, foi necessário que a ANS desencadeasse um processo de monitoramento e avaliação na perspectiva da atenção à saúde, de forma a instituir o novo modelo de regulação com novos processos e práticas de micro e macrorregulação que induzissem à reversão da atual lógica de organização e funcionamento do setor.

Na revisão bibliográfica do programa de qualificação da ANS, foram consultadas referências nacionais, como “Projeto de desenvolvimento de metodologia de avaliação de

desempenho do sistema de saúde brasileiro – PROADESS”, coordenado pela Fiocruz e realizado por diversas instituições acadêmicas e de serviço do país;<sup>7</sup> internacionais, como os estudos do Australian Institute of Health and Welfare<sup>8</sup> e do Hedis, além de publicações disponíveis na Scielo<sup>9</sup> e outras fontes de literatura.

A seleção dos indicadores buscou privilegiar aqueles que pudessem ter sua viabilidade contemplada pela disponibilidade de dados gerados de forma regular e gerenciados em sistemas de informações gerenciados pela ANS. O Sistema de Registro de Produtos (RPS), o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), o Sistema de Informações de Produtos (SIP), o Cadastro de Operadoras (CADOP), o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS/MS) e o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) foram as principais fontes utilizadas.

### 1.1.2 Democratização do debate metodológico

Durante o processo de implementação do Programa de Qualificação de Operadoras de Planos de Saúde, houve a oportunidade de toda a sociedade participar, enviando contribuições para a consulta pública, com o preenchimento do formulário específico publicado no *site* da ANS na internet. As propostas foram redigidas com base nas discussões da Câmara Técnica criada especificamente para tratar do assunto. A última consulta sobre o Programa de Qualificação, Consulta Pública nº 46, que apresentou proposta para revisão dos indicadores componentes do IDSS, ocorreu de 28 de setembro a 4 de novembro de 2011.

É importante ressaltar que desde seu lançamento, segundo a ANS (2010), o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar foi respaldado por discussões e aprovações unânimes dos diretores da ANS, tanto em seus fundamentos, quanto em suas fases de implantação e de divulgação de resultados, sendo todas as decisões registradas nas atas das reuniões da Diretoria Colegiada, as quais são rotineiramente divulgadas no *site* da ANS na internet.

---

<sup>7</sup> Disponível em <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/>.

<sup>8</sup> Disponível em <http://www.aihw.gov.au/>.

<sup>9</sup> Disponível em <http://www.scielosp.org/>.

### 1.1.3 A comparabilidade dos indicadores ano a ano

- a) Indicadores por Dimensão e segundo as Fases do Componente Qualificação das Operadoras

Os indicadores de avaliação da qualidade das dimensões da Atenção à Saúde, Econômico-Financeira, Estrutura e Operação e de Satisfação dos Beneficiários, da primeira fase, foram definidos em função dos dados disponíveis. Em cada fase ou etapa foram incorporados novos indicadores, cujos dados estavam disponíveis, considerando o tempo necessário para que as operadoras ajustassem seus sistemas de informações.

No primeiro processamento, competência 2003, a identificação dos indicadores de atenção à saúde, que constituiu objeto de análise da qualificação da operadora, ocorreu por intermédio dos dados informados no Sistema de Informações de Produtos. Nos processamentos seguintes, utilizaram-se na análise o Sistema de Informações de Beneficiários, o Sistema de Registro de Planos de Saúde e de Cadastro de Planos anteriores à Lei nº 9.656/98, para identificar a segmentação assistencial de atuação da operadora e conseqüentemente os indicadores que são devidos pela mesma.

Os indicadores de avaliação da qualidade da dimensão Atenção à Saúde foram inicialmente elaborados tendo por base a execução de procedimentos, podendo ser substituídos por acompanhamento de beneficiários. Cita-se como exemplo: a taxa de mamografia em que há meta específica para grupos de mulheres identificadas como de risco, conforme explicitado na ficha técnica do indicador. As definições necessárias à aferição de cada indicador, bem como as informações complementares para entendimento do processo, como metas e parâmetros para cálculo, estão descritas na Ficha Técnica do Indicador em anexo A nesta dissertação.

Também em anexo (Anexo B) foi apresentado a tabela composta por cartela de indicadores nas quatro dimensões, ressaltando os indicadores usados no IDSS segundo o ano de utilização para consulta mais minuciosa.

A partir de 2011, foi inaugurada a quarta fase do Programa de Qualificação de operadoras, objetivando a continuidade do aprimoramento da qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, a transparência das informações, bem como o atendimento aos objetivos assinalados pela Agenda Regulatória da ANS.

#### 1.1.4 Métodos estatísticos, parâmetros e pontuação aplicados

Como já dito na introdução desta dissertação optou-se por expor analisar de maneira sucinta as metodologias estatísticas dos indicadores que compõem os índices estudados, IDSUS e IDSS. A seguir é detalhado o processo metodológico de construção do IDSS.

##### 1.1.4.1 Parâmetros adotados e pontuação utilizada para o cálculo do IDSS

Tanto o componente de qualidade das operadoras quanto o de avaliação institucional são aferidos por índices de desempenho, calculados a partir da análise de indicadores definidos pela ANS. O processo de aferição é gradual e progressivo, permitindo flexibilidades e mudanças quando forem necessárias.

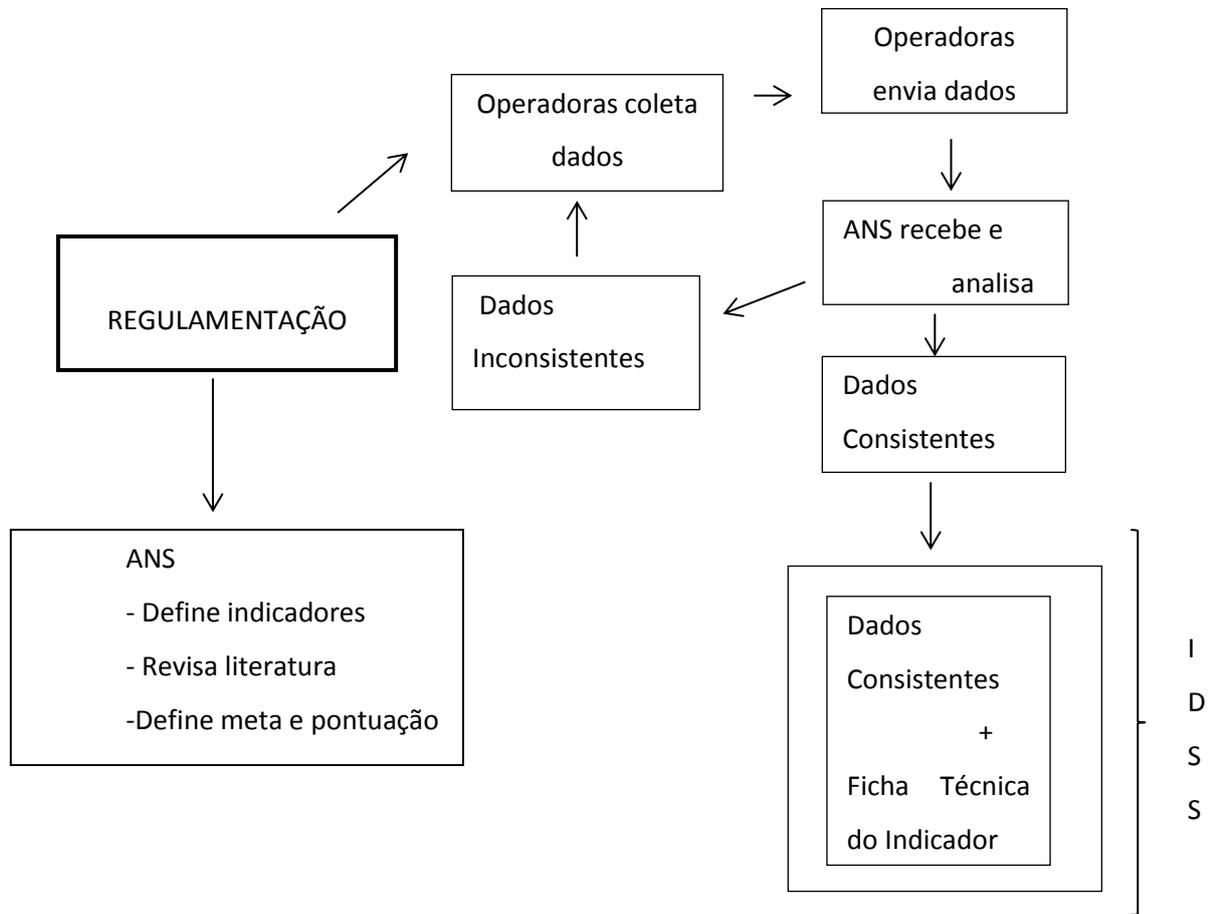
O Índice de Desempenho varia entre zero e um. Os valores próximos a um (1) indicam que a atuação da operadora está em conformidade ao estabelecido pela ANS, na fase e período analisados. Valores próximos a zero indicam que a atuação da operadora está distante do estabelecido pela ANS, na fase e período analisados.

O Índice de Desempenho é elaborado por indicador, dimensão, conjunto de operadoras por segmentação assistencial (médico-hospitalar e exclusivamente odontológico), modalidade e porte, bem como um índice geral do Setor da Saúde Suplementar.

Na elaboração do IDSS de um conjunto de operadoras por segmentação assistencial (médico-hospitalar e exclusivamente odontológico), modalidade ou porte por número de beneficiários, há ponderação pelo número médio de beneficiários no período analisado. As operadoras avaliadas são as que estão com registro ativo junto à ANS no período analisado. As operadoras que iniciarem atividades ou ampliarem a cobertura assistencial comercializada, no decorrer do período analisado, só serão avaliadas no período seguinte, garantindo o período de 12 meses de atuação no mercado.

Abaixo, segue o esquema das fases de elaboração do IDSS, representado na figura 1:

Figura 1: Visão Geral da elaboração do IDSS



Fonte: Adaptação ANS 2010.

A pontuação obtida pela operadora em cada indicador constitui a base de cálculo do Índice de Desempenho de cada dimensão e do IDSS. Os indicadores são calculados por intermédio dos dados enviados pelas operadoras aos Sistemas de Informações da ANS, dados da própria Agência ou dados de Sistemas Nacionais de Informações em Saúde como do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para cada indicador, foi estabelecida uma graduação de pontuação, conforme o resultado que a operadora obteve para aquele indicador. Assim, o componente da Qualificação das Operadoras avalia o desempenho das operadoras, por meio do IDSS da operadora. Esse índice varia de zero a um (0 - 1), sendo que 40% deste valor é dado pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS); 20% pelo Índice de Desempenho Econômico-financeiro (IDEF); 20% pelo Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (IDEO) e 20% pelo Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDSB).

Cada um desses índices é medido por um grupo de indicadores. O resultado do Índice de Desempenho de cada dimensão é dado pelo quociente entre a soma dos pontos obtidos pela operadora em cada indicador e a soma do máximo de pontos possível de todos os indicadores específicos daquele índice que foram aplicados à operadora avaliada.

Cabe ressaltar ainda que os pesos dos indicadores que compõem cada índice representativo de cada dimensão que constitui o IDSS variam e que em ordem crescente (do menor peso para o maior) de importância estariam arranjados da seguinte maneira: IDAS (tratamento, promoção e prevenção); IDEO (disponibilidade e acesso); IDEF (sustentabilidade, risco e liquidez).

#### 1.1.4.2 Métodos estatísticos aplicados nos indicadores do IDSS

As taxas em pequenas populações podem sofrer grande variação com a adição ou subtração de um único evento. Várias operadoras possuem poucos beneficiários e suas taxas para determinado evento podem mudar bruscamente de valor se um único evento é adicionado ou subtraído ao total de casos ocorridos.

Existem metodologias estatísticas que buscam eliminar este efeito de variação das taxas em pequenas populações, fazendo uma estimativa dessas taxas. São os chamados métodos bayesianos. A metodologia estatística aplicada foi Bayes Empírico, também conhecida como método de contração (*shrinkage method*, em inglês), um dos mais simples e práticos métodos de estimação bayesiana. É também uma metodologia estatística que visa ajustar as flutuações extremas das taxas e proporções em pequenas populações.

A metodologia consiste em ajustar a taxa de um evento, encontrada em cada operadora, pela taxa média de todas as operadoras para aquele evento em questão, considerando o número de beneficiários de cada operadora e a dispersão dos valores das taxas entre operadoras. Quanto menor for o número de beneficiários de uma operadora expostos a um evento ou procedimento (denominador de alguns indicadores), maior será o ajuste, ficando a taxa da operadora próxima da taxa média de todas as operadoras. Quanto maior for o número de beneficiários expostos (denominador de alguns indicadores), menor será o ajuste pela taxa média de todas as operadoras, ficando a operadora com a taxa ajustada muito próxima da taxa sem ajuste que foi encontrada para ela.

A metodologia bayesiana considera um terceiro fator: a dispersão das taxas individuais das operadoras em torno da taxa média de todas as operadoras. Quanto maior for esta dispersão, menor é o ajuste efetuado.

No cálculo do Bayes Empírico, a taxa estimada é dada pela multiplicação da taxa encontrada para a operadora (taxa sem ajuste ou taxa bruta) por um Fator de Ajuste;<sup>10</sup> somado à taxa média do conjunto das operadoras multiplicada por um (1) menos o Fator de Ajuste. Quanto menor o valor do denominador do indicador, mais próximo de zero (0) será o Fator de Ajuste, fazendo com que a taxa bruta calculada para a própria operadora contribua pouco no valor da taxa estimada, ficando esta muito próxima ao valor da taxa média de todas as operadoras. Por outro lado, quanto maior o valor do denominador do indicador, mais próximo de um (1) será o Fator de Ajuste, fazendo com que o valor da taxa estimada seja muito próximo ao valor da taxa bruta da operadora, com pouca influência da taxa média de todas as operadoras.

Um terceiro fator que afeta o grau de ajuste é a dispersão das taxas individuais das operadoras em torno da taxa média de todas as operadoras do setor. Quanto maior for esta dispersão, menor será o fator de ajuste. Este terceiro fator afeta globalmente o ajuste de todas as operadoras.

Segundo documento emitido pela ANS (2011), a metodologia estatística da Padronização Indireta por Faixa Etária e Sexo é uma metodologia estatística que visa eliminar a influência causada nos resultados de alguns indicadores pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias e sexo da população beneficiária de cada operadora. Observou-se ainda no referido documento que a padronização indireta está indicada para quando não se dispõe de dados que permitam calcular de forma precisa e acurada as taxas de cada operadora por faixa etária e sexo.

A metodologia baseia-se no uso de uma população de referência cuja taxa de um evento em cada faixa etária e sexo é conhecida. Esta população de referência pode ser uma população específica de uma base de dados nacional (AIH, CIH, Inquéritos ou outra). Consiste em estimar inicialmente um valor de referência: qual seria o número de eventos na população de cada operadora se elas tivessem a mesma taxa da população de referência em cada faixa etária e sexo. A seguir, calculam-se quantos eventos a mais ou a menos em relação ao valor de referência foram realmente observados em cada operadora.

---

<sup>10</sup> Fator de ajuste = fator calculado especificamente para cada operadora. Esse fator depende da dispersão dos valores das taxas entre operadoras e aumenta progressivamente, de zero (0) a um (1), conforme aumenta o denominador do indicador (número de beneficiários da operadora expostos ao evento ou ao procedimento).

Os números relativos aos valores de referência das várias operadoras podem ser comparados entre si, pois as diferenças causadas pelas diferenças de composição etária e por sexo foram eliminadas.

Já a Padronização Indireta por Faixa Etária ou por Faixa Etária e Sexo se dá pela multiplicação das taxas per capita encontradas nas faixas de idade e sexo de uma população de referência (ex: população brasileira, população de um conjunto de municípios selecionados ou outra), pelos correspondentes quantitativos de beneficiários, em cada faixa de idade e sexo, de cada operadora. Somam-se os valores obtidos para as faixas etárias e sexo da operadora, encontrando o número total esperado de eventos na operadora, caso ela estivesse submetida ao mesmo padrão de risco da população de referência. Divide-se o número de eventos informados pela operadora pelo número de eventos esperados para essa operadora, encontrando-se uma razão para padronização aqui denominada Razão Informados Esperados (RIE).

A RIE mede a relação entre os eventos informados pela operadora e os eventos esperados, podendo os eventos informados ser menor ( $RIE < 1$ ), igual ( $RIE = 1$ ) ou maior ( $RIE > 1$ ) que os eventos esperados. O RIE de cada operadora é multiplicado por uma taxa de referência (ex: taxa média da população de referência), encontrando-se a taxa padronizada da operadora. As taxas padronizadas das operadoras passam a ser comparáveis entre si, sem a influência dos quantitativos diferenciados de faixas etárias e sexo.

A Padronização Indireta por Faixa Etária ou por Faixa Etária e Sexo e o Bayes Empírico ao mesmo tempo considera que a taxa padronizada e estimada é dada pela multiplicação da RIE da operadora com ajuste pelo Bayes Empírico pela taxa média do evento encontrada na população de referência.

#### 1.1.4.3 Indicadores que atualmente compõe a dimensão da Atenção à Saúde do IDSS

A seguir, na tabela 1, encontram-se os indicadores da dimensão atenção à saúde utilizados atualmente.

Tabela 1: Indicadores de Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde

<i>Indicadores de Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde</i>
Taxa de Citopatologia cervico vaginal oncótica
Taxa de Internação por fratura de fêmur em idosos
Taxa de Mamografia
Proporção de Parto Cesáreo
Proporção de Consultas médicas em pronto socorro
Número de Consultas médicas ambulatoriais por beneficiário
Taxa de Internação hospitalar
Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica
Número de Consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiários com 60 anos ou mais
Taxa de exodontia de permanentes
Número de Consultas Odontológicas Iniciais por beneficiário
Taxa de Pessoas Submetidas a Aplicação Profissional de Flúor
Taxa de pessoas que receberam selantes
Proporção de próteses odontológicas unitárias
Taxa de Dentes permanentes com Tratamento Endodôntico Concluído
Programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, aprovado na ANS - pontuação bônus
Taxa de raspagem supra-gengival
Fonte: ANS, 2011 – <a href="http://www.ans.gov.br">www.ans.gov.br</a>

#### 1.1.5.- Histórico do componente qualificação das operadoras

A implantação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar foi aprovada por unanimidade pela Diretoria Colegiada da ANS em novembro de 2004 e o programa vem sendo implementado progressivamente.

A Avaliação da Qualidade das Operadoras, focada nas quatro dimensões citadas, foi planejada para ser implementada em três fases, tendo sido previstos para cada fase aperfeiçoamentos ou substituições de indicadores inicialmente estabelecidos, além de acréscimos de novos indicadores, levando sempre em consideração critérios técnicos de eleição de indicadores, consagrados por diversos modelos de avaliação, como validade, confiabilidade, viabilidade e relevância.

O Programa de Qualificação de Operadoras já passou por quatro fases até os dias atuais, as quais serão descritas na tabela a seguir, elaborada a partir das principais características de cada fase:

Tabela 2: Fases do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar

FASES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR													
1ª FASE		2ª FASE		3ª FASE			4ª FASE						
1ª ETAPA	2ª ETAPA	1ª ETAPA	2ª ETAPA	2007	2008	2009	2010	2011					
2003	2004	2005	2006										
23	23	41	39	33	31	30	27	33					
INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES					
<p>O IDSS foi gerado por porte, por segmento, por dimensão e por modalidade.</p> <p>As operadoras foram classificadas segundo quatro faixas do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, quais sejam: de 0 a 0,24; 0,25 a 0,49; 0,50 a 0,74 e de 0,75 a 1,0.</p>		<p>As operadoras foram classificadas segundo quatro faixas do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, quais sejam: de 0 a 0,24; 0,25 a 0,49; 0,50 a 0,74 e de 0,75 a 1,0.</p> <p>O IDSS foi gerado por porte, por segmento, por dimensão e por modalidade. Pela 1ª vez o IDSS foi gerado também por operadoras.</p>		<p>Houve revisão do processo dos dados e cálculos dos indicadores.</p> <p>O IDSS foi gerado por porte, por segmento, por dimensão e por modalidade. Pela 1ª vez o IDSS foi gerado também por operadoras.</p>		<p>Revisão e ajustes de todos indicadores.</p> <p>Aplicação da metodologia estatística de padronização indireta por faixa Etária.</p> <p>Aplicação da metodologia estatística do Bayes Empírico.</p> <p>Novas faixas: 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,80 a 1,00 participação na CTCSS</p>		<p>Extensão da pontuação contínua (e não por intervalos de resultados) para todos os indicadores e mudanças nos critérios de pontuação de muitos indicadores;</p> <p>Revisão das críticas e metodologias para validação dos dados</p>		<p>Acréscimo de bônus por conter na dimensão Atenção à Saúde o indicador Programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, aprovado na ANS..</p>		<p>As avaliações anuais de desempenho das operadoras passaram a ser normatizadas por Instruções Normativas (IN) expedidas pela DIGES.</p> <p>A partir de 2011 os resultados das operadoras são liberados por nota.</p>	
Fonte: Elaboração própria.													

## 1.2 Resultados encontrados

Verifica-se, com a análise dos resultados ano a ano, que os atuais planos de saúde mostram maior qualificação com relação aos anos anteriores. O Relatório do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Componente Qualificação das Operadoras/Ano 2012 demonstrou tendência de crescimento na qualificação das empresas de planos de saúde com o passar dos anos. Os resultados se referem a 2011, com base em informações relacionadas ao desempenho econômico-financeiro, assistencial, à estrutura e à operação e satisfação do beneficiário. O programa foi implementado pela ANS em 2004 e está em constante aprimoramento.

Ainda conforme o Relatório da ANS (2012), no período compreendido entre 2008 e 2011, houve um crescimento significativo no número de operadoras e de beneficiários de planos privados de assistência à saúde. No segmento médico-hospitalar, o percentual de operadoras situadas nas duas maiores faixas de IDSS aumentou de maneira expressiva, passando de 17%, em 2008, para 62%, em 2011. Em relação às duas menores faixas, houve uma redução significativa de 54% para 13% no mesmo período.

Quanto aos beneficiários de planos médico-hospitalares, nos últimos quatro anos, ocorreu aumento significativo no percentual de beneficiários situados nas duas maiores faixas de IDSS, passando de 43% para 76%. Nas duas menores faixas, ocorreu uma redução significativa de 25% para 3% no período em questão. Em relação ao segmento odontológico, nas duas maiores faixas de IDSS, o percentual de operadoras evoluiu de 16%, em 2008, para 52%, em 2011, enquanto que nas duas faixas menores, a redução foi de 64% para 19%, nos últimos quatro anos. Observou-se no documento da ANS, também, que nas duas maiores faixas de IDSS, o percentual de beneficiários aumentou de 59% para 76%. Nas duas menores faixas, ocorreu uma redução significativa de 20%, em 2008, para 4%, em 2011.

Segundo João Matos (2012), ex-coordenador do programa, em entrevista publicada no *site* Unidas.org, “o índice evidencia uma evolução positiva na qualidade das operadoras que, sem dúvida, se reflete na expectativa de melhoria na oferta de serviços ao beneficiário”.

O Programa de Qualificação das Operadoras avalia o desempenho destas por meio do IDSS, como já mencionado nas considerações iniciais deste trabalho. O índice é composto por quatro dimensões, com diferentes pesos, sendo cada uma dessas dimensões medida por um conjunto específico de indicadores, calculados com base nos dados extraídos dos sistemas de

informações da ANS, cujo envio é feito pelas operadoras ou coletados pela agência nos sistemas nacionais de informações em saúde.

No ciclo de 2010, foram necessários alguns ajustes na dimensão Atenção à Saúde, pois a ANS ficou impedida de coletar algumas informações epidemiológicas, devido a uma decisão judicial. Para não haver prejuízos ao programa, a ANS criou três novos indicadores desenvolvidos a partir de informações conhecidas e disponíveis: proporção de consulta médica em pronto-socorro; número de internações por beneficiário; e número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário.

Para o ciclo de 2011, a ANS realizou uma câmara técnica para avaliar os novos indicadores e pesos das dimensões. Em todas as fases e etapas, a ANS disponibilizou a cada operadora os resultados de cada indicador, de cada dimensão e de seu IDSS, antes da divulgação, para que essas tivessem a oportunidade de fazer questionamentos ou pedir esclarecimentos à ANS quanto ao processamento dos dados e cálculo dos indicadores.

Vale destacar que as faixas de IDSS de cada ano não são inteiramente comparáveis, visto que os respectivos índices de desempenho resultam de conjuntos de indicadores e critérios de pontuação diferentes. Todavia, a despeito dessas limitações, os dados a seguir mostram importante evolução do setor, especialmente nos últimos três anos, quando a comparabilidade dos índices é maior em função da estabilidade do acervo de indicadores.

Ao avaliar o desempenho da ANS e das operadoras de planos privados de saúde, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, enquanto parte integrante da dita Política da Saúde Suplementar, busca não apenas classificar, mas sobretudo abrir possibilidades para acréscimos de qualidade ao modo de fazer dessas instituições, de maneira que elas se responsabilizem pela produção de serviços de saúde, que de fato contribuam para elevar os níveis de saúde dos brasileiros cobertos por planos privados.

Em suma, para a ANS (2012), o Programa de Qualificação de Operadoras vem atingindo o objetivo de induzir o mercado no sentido da consecução das diretrizes estratégicas estabelecidas pela ANS, traduzidas pelas dimensões e indicadores do Programa. A partir de 2011, foi inaugurada a quarta fase do Programa de Qualificação de operadoras, objetivando a continuidade do aprimoramento da qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, a transparência das informações, bem como o atendimento aos objetivos assinalados pela Agenda Regulatória da ANS.

## 2 O ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS (IDSUS)

*O sistema de saúde é o espelho da sociedade. Ele reflete sua história e seu caráter.*  
(DEPPE, 2006, p. 5).

De acordo com Medici (2012), monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas é uma das funções essenciais do Estado moderno, não só para prestar contas à população sobre como são usados os impostos arrecadados dos contribuintes, mas também para saber como e onde aplicar os recursos da forma mais eficiente e equitativa.

Neste sentido, a elaboração e publicação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), apresentado em outubro de 2010 pelo Ministério da Saúde à Comissão Interministerial Tripartite,<sup>11</sup> foi ao encontro do pensamento dos que acreditam na transparência e no compromisso do Ministério da Saúde em utilizar informações estratégicas sobre o desempenho do SUS como meio para apoiar estados e municípios na melhoria de seus indicadores de saúde.

No campo da avaliação, o Programa de Qualificação da ANS, que traz a experiência acumulada no subsistema privado de saúde, mais as demais experiências focais realizadas no Brasil acerca do monitoramento dos serviços e programas, serviram de fundamentação para a composição da Política Nacional de Qualificação, que embora tenha sido proposta em 2007, só foi de fato executada em 2011, com a instituição do IDSUS.

A Política de Avaliação proposta para ser implementada no âmbito do SUS diz respeito à avaliação de desempenho do sistema de saúde público. Não substitui e não suprime a necessidade de realização das avaliações de políticas e programas. Ao contrário. O que se espera é que a implementação do processo de avaliação de desempenho do sistema possa se beneficiar das demais experiências de avaliação, constituindo um espaço que as articule e para o qual possam convergir os resultados dessas abordagens. (BRASIL/MS, 2007, p. 23).

O IDSUS, então, foi lançado no dia 1º de março de 2012, como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada município, estado e para o Brasil. A nota varia de zero a dez, e os menores escores representariam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no Estado ou Município considerado.

Ainda para Medici (2012), os esforços para produzir índices ou metodologias que

---

<sup>11</sup> Órgão Colegiado do Governo Federal, composto por representantes do Ministério de Saúde, do Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

classifiquem o desempenho de políticas governamentais é uma das ferramentas básicas que podem ser utilizadas para identificar necessidades, estabelecer prioridades e alocar da melhor forma os recursos públicos. Iniciativas assim promovem a transparência e melhoram o funcionamento da máquina pública.

No entanto, partindo da análise realizada pelo mesmo autor, ao menos dois pré-requisitos devem ser cumpridos para a produção de informações, cálculo e divulgação de índices de desempenho: a) a busca de consistência técnica e metodológica; e b) a busca de consenso técnico quanto à metodologia e variáveis, consideradas no cálculo do índice entre acadêmicos que fazem suas próprias avaliações e autoridades que trabalham nas esferas de governo que são avaliadas.

Muitas instituições de renome na área de saúde já foram objeto de críticas de setores políticos e governos, por não cumprirem com esses pré-requisitos. A OMS, por exemplo, realizou no final dos anos 1990 o *World Health Survey* (WHS), que serviu de base para a publicação do Informe de Saúde Mundial de 2000 (WHO, 2000), como já descrito na introdução deste trabalho.

Com base nos dados coletados, produziu um Índice Global de Resultados em Saúde que classificava os países segundo as seguintes variáveis e pesos de ponderação: esperança de vida saudável com 25%; desigualdade no acesso à saúde (25%); capacidade de resposta dos sistemas de saúde (12,5%); e adequação dos recursos para o financiamento (12,5%) (TANDON *et al.*, 2000).

O índice produzido com os dados do WHS apresentou importantes inovações na métrica de saúde em nível mundial, mas muitos contestaram que os dados e a metodologia não eram suficientes e representativos para classificar os países. Além do mais, consideraram que a discussão técnica prévia sobre o índice não foi esgotada para que houvesse consenso e validação da metodologia.<sup>12</sup> Isso levou o índice a ser rechaçado por muitos meios acadêmicos e Ministérios da Saúde em todos os continentes, inclusive no Brasil.

Entretanto, como já dito na introdução desta dissertação, a experiência da OMS na produção desse relatório foi muito importante porque justamente a partir das críticas realizadas por pesquisadores do mundo todo muito se pensou no campo da avaliação em saúde.

---

<sup>12</sup> Em que pese o fato de que o índice tenha sido objeto de consulta a informantes-chave e aos países-membros durante sua preparação.

## 2.1 A construção do IDSUS

Para dar conta de explicar o processo de construção metodológica do IDSUS, optou-se por realizar uma síntese dos principais aspectos.<sup>13</sup>

### 2.1.1 Fundamentação teórica

O Ministério da Saúde indica que a base teórica para a construção do IDSUS foi a Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), coordenada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (ICICT/Fiocruz).

O informe que se relaciona à metodologia mencionada, segundo Viacava *et al.* (2011), propõe um conjunto de indicadores que leva em consideração os determinantes sociais da saúde, as condições de saúde da população, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho do sistema de saúde, analisados transversalmente no que se refere à equidade. O IDSUS aparentemente toma essas dimensões, não no indicador de desempenho do SUS, mas nos indicadores que são utilizados para classificar os municípios em extratos homogêneos, em número de seis. Apesar dessas congruências metodológicas, o PRO-ADESS não propõe um indicador sintético, mas uma metodologia do tipo painel de controle, que eliminaria o problema de ter uma estrutura de ponderação única dos indicadores para cada município ou Região<sup>14</sup>.

Para estruturar um modelo que avalie o desempenho do SUS, o Ministério da Saúde, por intermédio de seu Departamento de Monitoramento e Avaliação (DEMAS), recorreu também, como já citado na introdução desta dissertação, a diversas experiências brasileiras, tais como:

---

<sup>13</sup> Cabe frisar que muitas das informações sobre o processo de construção do IDSUS estão disponíveis nas páginas da web do Ministério da Saúde.

<sup>14</sup> Talvez por causa destas diferenças metodológicas, técnicos da ENSP-FIOCRUZ (alguns dos quais participaram na equipe que elaborou o PROADESS) realizaram uma série de críticas à metodologia proposta, como pode ser visto na página <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/?matid=29669>

- Propostas e experiências de monitoramento e avaliação do próprio Ministério da Saúde, entre as quais, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e o Pacto pela Saúde;
- Experiência da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que congrega instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas de saúde;
- Experiências de avaliação de alguns estados e municípios brasileiros, da ANS, ao avaliar as operadoras de planos privados de saúde, além de estudos e experiências internacionais.

### 2.1.2 Democratização do debate metodológico

O Ministério da Saúde realizou consulta pública sobre a metodologia do IDSUS entre os meses de abril e junho de 2011. Recebeu 130 contribuições de 52 participantes, resultando na proposta de 33 novos indicadores. A metodologia também foi avaliada pela Comissão Tripartite, composta pelo Ministério e por representantes dos Conselhos dos Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais de Saúde (CONASEMS).

Os dois conselhos manifestaram, após a divulgação do índice, sua adesão à proposta e a relevância de se ter o referido índice. No entanto, o estado e o município do Rio de Janeiro, que não tiveram boa *performance* na comparação da classificação, não ficaram satisfeitos com a divulgação do índice, tema que será abordado mais adiante. Mas, de acordo com o MS, os indicadores foram escolhidos entre dirigentes e técnicos do MS, a partir das considerações e críticas da academia, gestores, trabalhadores e usuários do SUS. A partir dessas – além das advindas do Comitê Técnico Assessor do Programa, de técnicos e de dirigentes do ministério – os indicadores propostos no modelo foram testados com relação a sua validade, viabilidade, confiabilidade e relevância.

Assim, como ponto de partida, definiu-se: (i) usar as quatro dimensões do PRO-ADESS com os indicadores mais adequados e disponíveis atualmente; (ii) pontuar os resultados de cada indicador a partir de parâmetro ou meta estabelecida em sua ficha técnica; e (iii) estabelecer o SUS, que atende aos residentes de cada município, como a base para a avaliação do SUS regional, estadual e federal. Desta forma, chegou-se ao Índice de Desempenho do SUS (IDSUS): nota dada ao SUS em cada município, obtida pelos

indicadores simples, que compõem as notas de indicadores compostos de acesso (potencial ou obtido) e de efetividade nos diferentes níveis da atenção à saúde.

Para o Ministério da Saúde (2011), um dos benefícios da utilização de indicadores compostos é fornecer uma visão geral do desempenho de um país com base em vários fatores. No entanto, para a construção de indicadores compostos existem etapas específicas a serem seguidas: (i) seleção dos indicadores simples; (ii) avaliação de suas relações empíricas; (iii) combinação dos indicadores simples no indicador composto; e (iv) validação dos indicadores simples.

A seleção dos indicadores simples, que compõem os índices de acesso e de efetividade, foi obtida por meio de um teste de correlação linear\*, sendo selecionados os indicadores que apresentaram correlação diferente de zero. O peso destes indicadores simples nos seus respectivos indicadores compostos foi dado pela metodologia de Análise de Componentes Principais (PCA), foi utilizada entre os indicadores A, B, C, D e E para resultar nos respectivos índices de Acesso Potencial ou Obtido do SUS e de Efetividade do SUS.

### 2.1.3 Indicadores que compõem o IDSUS

O IDSUS se compõe de 24 indicadores associados aos temas de cobertura (acesso potencial ou obtido) com 14 indicadores, e efetividade (resultados esperados) do SUS, com 10 indicadores. Os indicadores de cobertura foram definidos em três áreas assistenciais (atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade), enquanto que os indicadores de efetividade consideraram a atenção básica e a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade em conjunto.

O quadro 1 mostra a composição dos indicadores do IDSUS, enquanto que o 2 mostra a lista de indicadores de acesso e de efetividade considerados.

Quadro 1: Composição dos Indicadores do IDSUS



Na Análise de Componentes Principais, os pesos foram sempre dados pelo primeiro componente e este com poder de capturar acima de 50% da variabilidade dos indicadores simples ou compostos que entraram na composição do primeiro componente (menor proporção de variância do primeiro componente foi de 54,5% e a maior, 82,9%).

Abaixo encontram-se listados os indicadores que compõem o IDSUS.

Quadro 2: Indicadores que compõem o IDSUS

Indicadores adotados para compor o IDSUS

INDICADORES DE ACESSO POTENCIAL OU OBTIDO	<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde.</li> <li>• Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal.</li> <li>• Proporção de nascidos vivos com mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.</li> </ul>
	<b>ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.</li> <li>• Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e pop. da mesma faixa etária.</li> <li>• Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.</li> <li>• Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente.</li> </ul>
	<b>ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE, REFERÊNCIA DA MÉDIA E ALTA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente.</li> <li>• Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente.</li> <li>• Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.</li> <li>• Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes.</li> <li>• Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.</li> <li>• Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes.</li> <li>• Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.</li> </ul>
INDICADORES DE EFETIVIDADE	<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBC).</li> <li>• Proporção de cura de casos novos de Hanseníase.</li> <li>• Taxa de Incidência de sífilis congênita.</li> <li>• Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB).</li> <li>• Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada.</li> <li>• Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.</li> <li>• Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano.</li> </ul>
	<b>ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporção de parto normal.</li> <li>• Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos.</li> <li>• Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).</li> </ul>

Fonte: CGIMA/Demas/SE/MS

#### 2.1.4 Métodos estatísticos, parâmetros e pontuação aplicados

##### 2.1.4.1 Métodos estatísticos aplicados na construção do IDSUS

Para o cálculo dos indicadores simples do IDSUS, foram adotadas as seguintes metodologias:

- Padronização indireta por faixa etária e sexo: ajusta os indicadores de forma a eliminar a influência causada pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias e sexo, que existe entre a população dos municípios. Para este ajuste, foi utilizada a média dos indicadores dos municípios de referência para os parâmetros de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média a alta complexidade.
- *Bayes* empírico: busca eliminar o efeito da variação do resultado de indicadores em pequenas populações. Este método considera: o evento (óbito, internação, etc.), o tamanho da população e a média das populações semelhantes, para a qual foi considerada a média dos grupos de municípios homogêneos por região brasileira.

Para atribuir pesos aos indicadores simples e compostos do IDSUS, adotou-se a metodologia da Análise de Componentes Principais (PCA – *Principal Component Analysis*). Trata-se de técnica da estatística multivariada usada para transformar variáveis originais em outras variáveis de mesma dimensão com menor perda possível da informação. Pode ser utilizada para geração de índices e agrupamento de dados. A análise agrupa os dados de acordo com sua variação, ou seja, segundo seu comportamento dentro da população estudada.

##### 2.1.4.2 Parâmetros adotados para o cálculo do IDSUS

Parâmetros são elementos de apreciação necessários para julgar determinados fatos cujas variações são acompanhadas de alterações correspondentes na série de fatos estudados. Eles não representam apenas uma referência técnica, mas aonde se quer chegar. Os parâmetros não são valores definitivos. Eles são mais objetivos possíveis com a possibilidade

de alteração futura, na medida em que esses valores forem alcançados pelo desempenho do SUS na maioria dos municípios.

O IDSUS, em relação aos indicadores conhecidos, adotou parâmetros aceitos nacional e/ou internacionalmente, tais como:

- Exame citopatológico de colo de útero: um exame a cada três anos para mulheres de 25 a 59 anos.
- Mamografia: um exame a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos.
- Tuberculose e hanseníase: mais de 85 e 90% de cura, respectivamente.
- Proporção de parto normal: mais de 70%.
- Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio: menos que 10%.

Em relação aos indicadores de acesso de média e alta complexidade, foram elaborados parâmetros calculados a partir da média de um grupo de municípios, denominado “grupo de municípios de referência”.

#### 2.1.4.3 Grupo de municípios de referência para os parâmetros de acesso à atenção de média a alta complexidade

Grupo formado por municípios que dispõem de uma estrutura de sistema de saúde mais completa, de forma a evitar o viés dos baixos resultados dos indicadores devido à deficiência de oferta de serviços. Os critérios utilizados para a seleção deste grupo foram:

- População > 50 mil habitantes.
- Índice socioeconômico > 0,45.
- Proporção de óbitos de causa desconhecida < 15%.
- Cobertura de 50% ou mais da população por equipes da atenção básica.
- Produção de procedimentos ambulatoriais de MAC > nº de procedimentos para a população residente.
- Nº de internações SUS de MAC e obstétricas > nº de internações para a população residente.
- Capacidade de realizar 0,08 internação hab/ano, ou mais, para a população residente sem plano privado de saúde.

- Capacidade de realizar 0,04 internação hab/ano, ou mais, para toda sua população.
- Mortalidade infantil < 17 por mil nascidos vivos.

Para o cálculo dos resultados dos indicadores de acesso de média e alta complexidade dos municípios de referência, foram padronizados como denominador: o total da população sem plano privado de saúde; e como numerador: o número de procedimentos realizados para a população residente. Este cálculo permite verificar o que, de fato, foi ofertado aos usuários do SUS do município.

#### 2.1.4.4 Pontuação utilizada no cálculo do IDSUS

A pontuação ou nota é uma proporção do resultado em relação ao parâmetro, ou seja, ela é igual ao resultado do indicador em cada município dividido por seu respectivo parâmetro. Esse quociente forma uma nota de 0 a 10 para cada indicador simples em relação à distância entre a situação atual e a desejada. As notas, obtidas para cada indicador simples por meio da PCA, resultam em índices de acesso e qualidade nos diferentes níveis de atenção e no IDUS.

Vale destacar que a nota do desempenho do SUS nos estados, regiões e na União foi obtida a partir do cálculo da média ponderada, utilizando o resultado da nota do IDSUS dos municípios, ponderado pela respectiva população, conforme detalhado na fórmula:

Somatória do percentual (%) da população de cada município em relação à população considerada (estado, região ou país)  $\times$  IDSUS do município.

Onde:

- % da população considerada para os estados: (pop. de cada município)/(pop. do estado);
- % da população considerada para as regiões: (pop. de cada município)/(pop. da região);
- % da população considerada para o país: (pop. de cada município)/(pop. brasileira).

Em resumo, a cada um dos indicadores é atribuída uma nota que varia de 0 a 10, baseada em parâmetros (absolutos) esperados para cada um deles atribuídos pelos técnicos do Ministério da Saúde. A nota representa a proporção do resultado do município, estado ou região em relação ao parâmetro.<sup>15</sup> Mas cada indicador tem um valor diferente na estrutura de ponderação do IDSUS, com base em resultados decorrentes da aplicação de Análise de Componentes Principais (APC), de modo que, de forma agregada, os indicadores de cobertura do SUS têm um peso de 71,25%, enquanto que aos indicadores de efetividade do SUS é atribuído um peso de 28,75%.

A cada um dos 24 indicadores, também é atribuído um peso a partir da aplicação da técnica estatística de APC. Os indicadores podem ser desagregados também em sub-indicadores de acesso e efetividade por níveis de complexidade da atenção à saúde.

Dado que os municípios não são homogêneos em relação a suas características demográficas, como tamanho da população e composição etária da mesma por gênero e idade, aplicou-se ao cálculo de cada indicador individual por município uma padronização indireta por faixa etária e sexo, que elimina a influência das diferenças populacionais de faixas etárias e sexos existentes entre os municípios. Também foi aplicado o Bayes empírico, que elimina a grande variação eventualmente derivada de indicadores em pequenas populações, como uma morte infantil entre dez nascidos vivos em determinado município.

#### 2.1.5 A comparabilidade do indicador entre municípios

Dadas às características socioeconômicas e demográficas dos municípios, os valores do IDSUS não podem ser comparados entre todos os municípios. A metodologia utilizada propôs sua desagregação em grupos homogêneos de municípios, baseados em 12 variáveis de contexto, utilizadas para a definição de seis grupos homogêneos. Essas variáveis são agregadas em três índices que refletem especificidades e diferenças socioeconômicas (Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - IDS), perfil de morbimortalidade (Índice de Condições de Saúde - ICS) e suficiência da estrutura do sistema de saúde com base no nível de complexidade da atenção (Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município - IESSM). Na construção dos grupos homogêneos, foram utilizadas as técnicas estatísticas de

---

<sup>15</sup> Isso faz com que as variáveis do índice sejam calculadas de forma diferente das variáveis do IDH, por exemplo, onde os valores máximos representam a melhor posição alcançada nesta variável por um determinado país.

ACP e de *clusters K-means*. Esta última permite calcular a similaridade dos municípios em relação ao seu valor médio para os 12 indicadores.

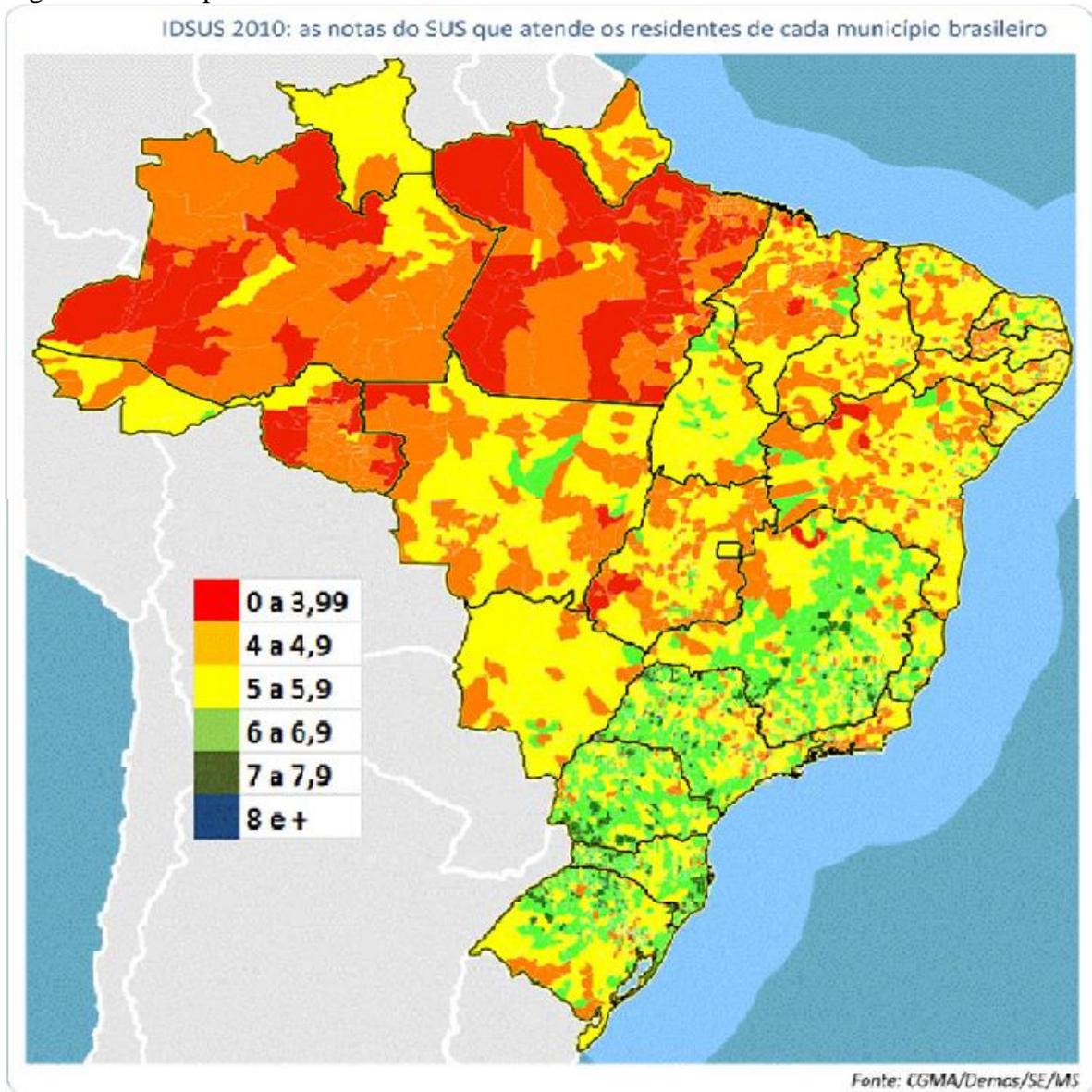
## 2.2 Resultados encontrados

Os resultados mostram uma realidade em certo sentido esperada e se referem aos indicadores mais recentes, coletados entre os anos 2008 e 2010. O Brasil possui um IDSUS equivalente a 5,47. Este resultado reflete as dificuldades recentes que o país tem demonstrado em aumentar a cobertura de estratégias como a de saúde da família e a baixa densidade tecnológica do setor, que aparentemente tem alta valoração na ponderação do índice. A Região Sul teve pontuação de 6,12, seguida do Sudeste (5,56), Nordeste (5,28), Centro-Oeste (5,26) e Norte (4,67). Como era de se esperar, os estados da Região Sul possuem índices mais altos – Santa Catarina (6,29), Paraná (6,23) e Rio Grande do Sul (5,90). Em seguida, vêm Minas Gerais (5,87) e Espírito Santo (5,79). As menores pontuações são do Rio de Janeiro (4,58), Rondônia (4,49) e Pará (4,17).

No que se referem aos municípios, as maiores notas em cada um dos seis Grupos Homogêneos foram: 7,08 para Vitória (ES) no grupo 1; 8,22 para Barueri (SP) no grupo 2; 8,18 para Rosana (SP) no grupo 3; 7,31 para Turmalina (MG) no grupo 4; 8,38 para Arco-Íris (SP) no grupo 5; e 7,76 para Fernandes Pinheiro (PR) no grupo 6 (9).

A figura abaixo mostra a classificação dos estados e dos municípios das capitais no desempenho do IDSUS.

Figura 1: Desempenho do SUS no território brasileiro



O mapa da figura 1 mostra o Índice de Acesso à Atenção Básica em cada município brasileiro, resultante dos indicadores “Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde”, “Proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal” e do Índice de Atenção à Saúde Bucal.

Pode-se ver a predominância da cor azul (nota 8 ou mais) nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, contrastando a Região Norte, onde há maior heterogeneidade das cores (notas). Observou-se também a existência de municípios com baixo Índice de Acesso à Atenção Básica, mostradas pelas cores laranja e vermelha (notas de 4 a 4,99 e menor que 4, respectivamente).

### 3 O DITO E O NÃO DITO DAS AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE (IDSS E IDSUS)

A questão sobre “como funciona” uma dada política, programa ou serviço, em geral tem objetivos pragmáticos ligados à governança dos sistemas. A obsessão contemporânea em avaliar insere-se nesta tendência. Utilizam metodologias originárias da epidemiologia, da estatística, da sociologia funcionalista ou pensamento sistêmico para julgar programas e, até mesmo, a pertinência de determinadas políticas públicas.

Em curso ministrado em 1978, Michel Foucault (2008) apontou essa prática social como uma das características centrais do então nascente neoliberalismo, já que, com base em avaliação de resultados concretos sem considerar fatores intervenientes no processo de produção do contexto avaliado, essas investigações serviriam como munição ideológica para desconstrução das políticas públicas e para justificar, com argumentos “objetivos”, o retorno ao mercado e a consolidação do denominado “Estado mínimo” preconizado por esta corrente política.

Outros autores, ao contrário, têm apontado que essa compreensão interna sobre o funcionamento de serviços, programas e sistemas constrói conhecimentos com a possibilidade de, pela força do acúmulo de evidências empíricas, contribuir para o aperfeiçoamento paulatino das políticas públicas (HARTZ, 1999). Para Campos (2010), tanto Foucault quanto aqueles que buscam compreender como funciona tal ou qual política têm razão.

Dessa maneira, este capítulo apresenta produtos dessa observação em uma primeira subseção, a partir da análise de como as políticas de qualificação do setor saúde funcionam no Brasil, também trazendo para o interior dessa discussão as avaliações de desempenho dos subsistemas público e privado do país. Vale dizer que os pontos de encontro, embora poucos, existem; já os pontos de divergência são muitos, mas também são esperados, dada a natureza dos índices e os objetivos dispares dos dois programas de qualificação tratados nesta pesquisa.

O fato é que se percebeu, durante a análise dos dois programas de qualificação envolvidos (IDSS e IDSUS), que os mesmos ilustram à tendência de mudança, na qual os mecanismos de *accountability* estão fazendo parte cada vez mais da gestão da saúde. Contudo, notou-se também que não houve uma discussão mais estreita entre o MS e a ANS para elaboração das políticas de qualificação do setor saúde. Essa falta de integração fica clara

diante da análise tanto da cartela de indicadores quanto da análise dos resultados dos programas em questão.

Para ilustrar a constatação de que as avaliações de desempenho que foram trabalhadas não refletem a sorte de imbricamentos existentes entre o público e o privado da saúde descreveu-se ainda neste capítulo os principais pontos de debate do *mix* público-privado que deveriam ter sido mais bem considerados, tanto para elaboração das políticas de qualificação do sistema de saúde nacional, quanto na análise dos resultados produzidos por elas.

### 3.1 Analisando o IDSS e o IDSUS

O processo de construção do IDSUS e do IDSS foi analisado nesta dissertação a partir dos seguintes aspectos: a) seleção das variáveis; b) ponderadores; c) grupos homogêneos (IDSUS), d) periodicidade; e e) interpretação dos dados. Faz-se necessário dizer que os apontamentos que se seguem são mais de caráter geral e não se aterão a nuance epidemiológica, nem tampouco estatística.

#### a) Seleção das variáveis

Com relação à seleção das variáveis, pode-se afirmar que os indicadores de acesso, no caso do IDSUS, parecem dar um peso exagerado às variáveis associadas à média e alta complexidade e um peso menor às variáveis de atenção básica. Isto introduz um viés que consagra uma visão que não dá suficiente valor aos temas de atenção básica e às estratégias de promoção e prevenção.

Todavia, em relação ao IDSS, podemos perceber que há a tendência de se privilegiar os indicadores relativos às ações tanto de promoção quanto de prevenção na dimensão da atenção à saúde, haja visto o peso dos indicadores que compõem esta dimensão (como registrado no capítulo 1 desta dissertação) e também que nos últimos anos foi introduzido no sistema de avaliação de desempenho das operadoras um mecanismo de bonificação para as operadoras que se dispõem a trabalhar sob a ótica da prevenção de doenças e promoção à saúde.

Em relação aos indicadores de acesso do IDSUS, é possível afirmar que estes não refletem os desafios epidemiológicos da próxima década, especialmente no que se refere à cobertura de doenças crônicas não-transmissíveis. O processo de envelhecimento da população brasileira faz com que as estratégias de atenção básica tenham que estar voltadas para a promoção e prevenção de doenças crônicas e seus fatores de risco. Portanto, indicadores associados ao acompanhamento e monitoramento de casos de diabetes, hipertensão e obesidade deveriam estar incluídos nas variáveis que monitoram a cobertura da atenção básica, e não estão.

Já os indicadores de efetividade também não refletem os novos desafios epidemiológicos. Por exemplo, faltam indicadores como a proporção de mortes ou internações por diabetes em relação ao número de diabéticos acompanhados pelos serviços de atenção básica, ou de número de acidentes cardiovasculares como porcentagem das pessoas registradas com hipertensão arterial nos serviços de atenção básica. Estes são importantes traçadores para acompanhar a efetividade de saúde de um país, como o Brasil, onde mais de 70% da carga de doença se associa ao peso de doenças crônicas.

As transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando têm repercutido na produção e distribuição dos problemas de saúde. Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando um novo perfil epidemiológico, bem mais complexo do que aquele esperado pelos autores da teoria da “transição epidemiológica”,<sup>16</sup> segundo a qual a evolução da sociedade seria acompanhada da redução da morbi-mortalidade por doenças infecciosas, passando a haver predomínio das doenças crônico-degenerativas e de causas externas. Contudo o IDSS, mais experiente que o IDSUS na função de avaliar, inclui na sua cartela de indicadores na dimensão Atenção à Saúde, indicadores inerentes ao acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis.

No que se refere aos indicadores mais tradicionais, o número de consultas anuais a crianças menores de um ano (atualmente se fala em 1.000 dias de acompanhamento) é outro indicador que, ainda que esteja disponível nas bases de dados do SUS, ou seja, reflete uma prioridade para o sistema de saúde brasileiro na luta contra a mortalidade infantil, não se reflete nos indicadores selecionados, tanto pelo IDSS quanto pelo IDUS.

---

<sup>16</sup> O conceito de “transição epidemiológica” refere-se às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Na população brasileira, o processo engloba três mudanças básicas: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis (doenças infecciosas) por doenças não-transmissíveis; 2) deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens (mortalidade infantil) aos grupos mais idosos; e 3) transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade (doenças crônicas) é dominante.

Os indicadores de acesso, no caso do IDSUS, também não refletem outra importante questão que leva ao abandono dos tratamentos, como a percentagem de consultas com prescrição onde o indivíduo recebe efetivamente o medicamento através do SUS. Em referência a esta informação, pode-se constatar que a ausência de indicadores que avaliem o nível de abandono de tratamento se amplifica em gravidade ao se considerar que doenças de suma importância epidemiológica são tratadas, tais como tuberculose, hanseníase e Aids, no SUS prioritariamente.

Ademais, os indicadores de acesso não incorporam a associação ao tema de regulação do cuidado, referência e contrarreferência, deixando de retratar um aspecto de extrema relevância para melhorar os processos de acesso e cobertura, com eficiência e racionalidade no uso dos recursos. Por exemplo, a porcentagem de internações, consultas especializadas e cirurgias ambulatoriais realizadas com referência conhecida deveria ser utilizada como indicador de organização do cuidado. No entanto, deu-se preferência a avaliar os processos de internação para não-residentes, o que não reflete necessariamente cuidados prestados com base em referências documentadas de outras regiões.

Cumpra assinalar que o IDSS também não possui indicadores na dimensão da atenção a saúde que possam refletir com clareza a integralidade do cuidado no sentido de perceber como e com que dificuldade o beneficiário transita pelo serviços/sistema. Entretanto na dimensão da estrutura e operação, a ANS procura medir através dos indicadores que constituem o IDEO as dificuldades dada pelo acesso.

Cabe reconhecer que a ANS muito avançou nesse sentido, após a publicação da Resolução Normativa nº 259, publicada em junho de 2011. A partir dessa norma, as operadoras de planos de saúde deverão garantir aos consumidores o atendimento às consultas, exames e cirurgias nos prazos máximos definidos pela ANS, que vão de três a 21 dias, dependendo do procedimento, contados da sua solicitação junto à operadora.

A norma também tem por objetivo garantir que o beneficiário tenha acesso oportuno a tudo o que contratou, além de estimular as operadoras de planos de saúde a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura. A resolução determina que a operadora ofereça pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada, mas não garante que a alternativa seja a de escolha do beneficiário.

A respeito do IDSUS no tocante aos indicadores de efetividade, afirma-se que este não reflete a situação dos municípios de maior complexidade, deixando pouca possibilidade para avaliar os municípios de menor população ou inseridos em regiões preponderantemente

rurais. Estas considerações mostram cada vez mais a dificuldade (e até mesmo a impossibilidade) de comparar, com as mesmas variáveis, municípios com diferentes realidades socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas.

Outro comentário importante a respeito do SUS se refere aos denominadores populacionais das variáveis. Alguns municípios brasileiros detêm uma alta porcentagem de pessoas com acesso a planos privados de saúde, o que faz com que essas populações não necessariamente utilizem os serviços do SUS para atividades de atenção básica e média complexidade, ainda que possam utilizá-los para alguns procedimentos de alta complexidade. Portanto, um exercício interessante seria retirar, da população de cada município ou estado, aquela que tem acesso aos planos de saúde e refazer os indicadores, o que poderia sugerir resultados diferentes.

#### b) Ponderadores

Na mesma linha dos apontamentos anteriores, em relação ao peso atribuído aos indicadores, parece ser excessivo para a média e alta complexidade (70%) em relação à atenção básica (30%), no que diz respeito à dimensão Acesso do IDSUS, e ainda pior em relação à dimensão Efetividade, onde o peso dos indicadores de média e alta complexidade alcança quase 80%, relegando à atenção básica apenas 20%.

Quanto ao IDSS, como já visto anteriormente a dimensão Atenção à saúde tem um peso majoritário frente às outras dimensões que compõem o índice.

Está claro, dessa maneira, que uma das grandes deficiências do sistema de saúde brasileiro público se encontra no ainda baixo acesso à atenção básica, sobretudo no acesso às práticas preventivas e de promoção. Tal afirmação fica evidente nas entrelinhas do processo de seleção dos indicadores que compõem a cartela de indicadores (IDSUS), em que a relevância da questão da prevenção de doenças e promoção à saúde parece insignificante.

Por outro lado, não fica claro na documentação metodológica divulgada pelo Ministério da Saúde em relação ao IDSUS, como a técnica de Análise de Componentes Principais (APC) foi utilizada. Em geral, índices sintéticos devem se suprir de variáveis que são correlacionadas no mesmo sentido, mas os pesos das variáveis não necessariamente devem ser atribuídos às variáveis que têm maiores correlações. Supõe-se que os pesos devam ter base em evidência associada aos indicadores que têm maiores dificuldades de serem

cumpridos ou estão mais bem correlacionados com a melhoria dos indicadores de saúde da população. Mas isso não está explicado na documentação.

Ainda concernente ao IDSUS, outro tema importante no que diz respeito à ponderação é se caberia utilizar uma mesma estrutura de ponderação para todos os municípios. Nos municípios de menor porte, a atenção básica terá peso quase absoluto na estrutura de ponderação, e com isso não caberia utilizar as estruturas de ponderação gerais propostas pelo indicador. Isto também se refere às variáveis, dado que outras variáveis de acesso, como a cobertura de combate vetorial para doenças transmissíveis, por exemplo, no caso dos municípios de pequeno porte da Amazônia, deveriam ser consideradas.

#### c) Grupos homogêneos do IDSUS

A análise que gerou a existência de grupos homogêneos considerou somente variáveis de contexto para criar os grupos de municípios. No entanto, as diferenças de contexto também influenciam nas variáveis e nos pesos que deveriam ser utilizados para medir os temas de acesso e efetividade do cuidado, dado que a própria mensuração do desempenho dos sistemas de saúde deve ser diferente, segundo as características dos municípios.

Portanto, ao se dividir os municípios em grupos homogêneos, deveria se ter um conjunto de variáveis distintas para cada grupo, o que impediria, ao fim, de haver uma análise dos municípios em bases semelhantes, com as mesmas variáveis e com um mesmo critério de ponderação como ocorre em um indicador sintético comparável para todos os municípios.

#### d) Periodicidade

Segundo o Ministério da Saúde, o IDSUS seria calculado de três em três anos. No entanto, os indicadores que o compõem não estão todos disponíveis de três em três anos ou apresentam defasagens que não permitem alinhá-los para um mesmo ano. A documentação do indicador divulgada pelo Ministério da Saúde não é clara quanto a este ponto, mas ao que parece existe uma mistura de indicadores que vão de 2008 a 2011 para o estabelecimento do IDSUS 2012. Neste sentido, alguns dados relacionados a indicadores municipais se referem

há quatro anos atrás, quando boa parte dos prefeitos atuais ainda não tinha iniciado seus governos.

Já o IDSS é uma avaliação anual e retroativa, isto é, os resultados atualmente apresentados são relativos à avaliação do ano de 2011. Foram avaliadas todas as operadoras com registro ativo na ANS que operaram planos de saúde nos 12 meses de 2011. Os resultados são disponibilizados no *site* da ANS para consulta do beneficiário, que pode se fazer valer dessas informações em qualquer lugar na hora de optar contratar ou mudar de operadora de plano de saúde.

Esta possibilidade de transparência de divulgação dos resultados configura um avanço e pode servir para estimular a concorrência do setor privado. Além do mais, vai ao encontro do movimento de democratização da saúde.

#### e) Interpretação dos dados

Dadas as reais diferenças nos níveis de complexidade dos sistemas de saúde existentes nos municípios, é impossível para alguns pesquisadores, como Medici (2012), ter um indicador sintético único que possa medir o desenvolvimento dos sistemas de saúde nos municípios brasileiros. Neste contexto, a interpretação dos dados do IDSUS se torna difícil e complexa, inviabilizando uma comparabilidade real dos indicadores. Desta maneira, o mais importante na análise desses indicadores seria a observação da tendência de seu resultados.

Por exemplo, um município como Alta Floresta, no Amazonas, pode ter feito um excelente trabalho na redução dos casos de doenças transmissíveis por vetores, que representavam 70% da carga de enfermidade da região. No entanto, não conseguiu internar pacientes de alta complexidade nas instalações existentes, dado que o nível de densidade tecnológica dos serviços não permitiu. O primeiro caso não seria registrado como positivo no IDSUS, mas o segundo seria registrado como negativo, rebaixando o índice de um município que afinal conseguiu um tanto altamente importante frente a seu quadro epidemiológico.

Índices sintéticos têm sido utilizados em distintos contextos internacionais como forma de abordar o tema da multidimensionalidade associada a determinado problema ou setor. Um primeiro esforço nesta linha foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido e utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sob inspiração do Prêmio Nobel em Economia Amartia Sen, que desenvolveu a família dos

índices de carência relativa. Vários outros índices sintéticos foram produzidos a partir de então: o índice de pobreza multidimensional (IPM), o índice de pobreza humana para países em desenvolvimento (IPH-1) e o Índice de pobreza humana para países selecionados da OECD (IPH-2), somente para ficar no universo do PNUD.

Para Medici (2012), uma segunda abordagem para representar a multidimensionalidade parte do pressuposto de que não existe um modelo único para atribuir pesos às variáveis que explicam determinado problema em distintas regiões, mesmo quando essas variáveis sejam as relevantes de serem observadas e acompanhadas. Neste contexto, em cada município, estado ou região, os pesos associados a essas variáveis poderiam ser diferentes e, portanto, uma base única de ponderação não se aplicaria, dado que estariam se comparando alhos com bugalhos.

A opção seria negar o uso de índices sintéticos e acompanhar um conjunto de variáveis relevantes em cada região, através de um *dashboard* ou painel de controle. Em muitos casos, por exemplo, algumas variáveis (intervenientes) novas deveriam ser incluídas, dado que teriam mais poder explicativo das necessidades de saúde da região do que as existentes.

Um exemplo deste tipo de apresentação está disponível no Espaço Qualidade do site da ANS, onde é possível consultar as informações produzidas pelo IDSS através de um *dashboard*.

Um outro exemplo do tipo de abordagem painel de controle é o conjunto de indicadores acompanhados pelo PNUD que conformam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Neste caso, o importante é que cada indicador é acompanhado de forma independente, de acordo com metas absolutas e objetivas de alcance. Mas, em muitos países, outros indicadores associados aos ODM deveriam ser introduzidos, pois os próprios ODM não são os objetivos mais relevantes para todos os países.

Para exemplificar, nos ODM da América Latina, temas como a mortalidade infantil passam progressivamente a ter menos importância do que a mortalidade precoce por doenças crônicas, e a desnutrição infantil progressivamente dá lugar à obesidade infantil.

Outra questão fundamental é o fato de que os indicadores não são apresentados (ou ponderados) de acordo com seus respectivos períodos de referência. Existem nesse campo opiniões, como a do próprio Medici (2012), de que o fato de haver distintas fontes de informação estatística, provenientes de vários órgãos públicos federais (DATASUS, MDS, IBGE, etc.), pode influenciar na interpretação dos resultados, principalmente porque o IDSUS foi construído com dados provenientes dos anos de 2008 a 2011. Sendo assim, não expressam a mesma temporalidade.

Já o IDSS não apresenta esse problema: embora as bases de dados sejam distintas, elas refletem uma mesma temporalidade.

Quando ao IDSUS, pode-se salientar ainda que determinadas políticas de saúde podem ter mudanças que se refletem no curto prazo. A cobertura dos programas de atenção básica em um município, por exemplo, poderia aumentar quatro vezes de um ano para o outro se existe assistência técnica adequada, vontade política e recursos para contratar pessoal. Portanto, um indicador defasado e misturado com indicadores de diferentes anos pode refletir uma situação que não é exatamente aquela em que se encontra o município, prejudicando a análise comparativa dos dados.

O IDSUS não reflete, em seu conjunto de variáveis, nenhum indicador de esforço, ou seja, qual a velocidade de mudança no progresso de um dado indicador nos últimos anos? Isto poderia garantir que o município está efetivamente estabelecendo uma relação de progresso na busca de desenvolvimento de seu sistema de saúde, o que seria um fator de incentivo na classificação. Na medida em que isso não é feito, municípios que realizaram um grande esforço, mas partem de patamares muito baixos na *performance* dos indicadores, não veem refletidos seus esforços no IDSUS, o que transmite certo sentimento de injustiça.

Desta maneira, como já mencionado, o IDSUS não tratou diferencialmente os resultados do SUS em municípios com maior ou menor cobertura dos sistemas de saúde suplementar, o que deveria ser considerado, dado que a população que tem plano de saúde, ainda que tenha direitos de ser coberta pelo SUS, somente o utiliza em raras circunstâncias, fazendo com que a avaliação do IDSUS se concentre num universo menor da população daqueles municípios.

O mesmo se diz em referência ao IDSS, que apesar de considerar a concentração das operadoras principalmente nas regiões Sudeste/Sul e grandes capitais, no seu processo de avaliação não oferece uma crítica tão clara a esse respeito no seu relatório de desempenho anual das operadoras disponível no site da ANS.

Acredita-se que o esforço de desenvolver indicadores de qualidade dos serviços de saúde no país é válido, mas verificou-se, diante das críticas realizadas por Noronha (2012), Medici (2012), CEBES (2012), que o índice não estava suficientemente maduro para ser utilizado e divulgado como foi, e que, no caso particular do Rio de Janeiro, ele não reflete os esforços de melhoria ocorridos nos últimos anos.

Os autores supracitados se dizem em princípio favorável à elaboração de índices sintéticos desse tipo, que reúnem em um só número diferentes indicadores com pesos diferentes, mas estes têm de ser trabalhados com maior cautela. No entanto, existem aqueles

que acreditam, como Schwartzman (2012), que mesmo nos melhores casos, estes indicadores sintéticos são de difícil interpretação, e escondem mais do que revelam.

Sobre o índice, afirma Medici (2012, p. 2):

Não sou contra a existência de indicadores sintéticos e acho que os mesmos podem e devem ser utilizados para alinhar objetivos, medir resultados, estabelecer incentivos ou distribuir recursos. Mas para tal, o processo de construção destes indicadores sintéticos deve passar por um ciclo longo de testes, pilotos de implementação, substituição e teste de novas variáveis e, assim mesmo, marcando as diferenças entre a tipologia de contextos de saúde existentes no interior do país, até que se prove (ou não) sua viabilidade e adequação técnica. Em muitos contextos, indicadores sintéticos não são a melhor opção.

Outra constatação feita a partir da análise dos índices de desempenho dos dois subsistemas de saúde brasileiro é que, em se tratando de avaliar assistência à saúde, o IDSS, talvez devido aos oito anos de existência e as nove avaliações anuais que já ocorreram, encontra-se muito à frente do IDSUS em termos de abrangência e especificidade. Observou-se ainda, no índice da ANS, uma proposta mais madura e objetiva no sentido de focar, através dos seus indicadores, no desafio de qualificar a atenção à saúde no setor privado.

Outro ponto relevante verificado é que muitos dos problemas de saúde deveriam ser avaliados através do desempenho de políticas de outros setores, como: transporte (para melhorar o acesso), saneamento e alimentação (para melhorar o quadro de higiene e nutrição), trabalho (reduzindo o risco de acidentes e doenças profissionais), meio ambiente (para reduzir os efeitos da contaminação sobre a saúde dos indivíduos) e controle de fatores de risco externos (criminalidade, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e outros). Alguns indicadores dessa natureza deveriam ser considerados para avaliar os níveis de saúde nos espaços urbanos, seja no contexto, seja na capacidade do município de gerenciar políticas intersetoriais que afetam o desempenho do setor saúde.

Esse tipo de ótica de avaliação poderia contribuir para a produção social da saúde, proposta fim comum aos dois órgãos responsáveis pelo IDSS e IDSUS, respectivamente, Ministério da Saúde e ANS.

Em relação a essa questão a ANS aposta na bonificação das ações de promoção a saúde para fomentar esse tipo de olhar mais amplo da saúde.

O fato é que, apesar de o país possuir uma Constituição que contempla a saúde como uma questão mais ampla, isto não é percebido na cartela de indicadores de nenhum dos índices que existem atualmente para monitorar o sistema de saúde brasileiro (IDSS e IDSUS).

Tal constatação reflete uma grande distorção. Fica a dúvida: se o que se quer é avaliar o desempenho dos serviços de saúde (assistência à saúde) ou o que se deseja, consonante com

o sonho da Reforma Sanitária, é a legitimação do Estado em fazer valer o direito constitucional de se ter acesso à saúde de verdade?

Muitas são as questões levantadas segundo a análise efetuada por este estudo acerca dos índices de desempenho do MS e da ANS. Para além das que já foram aqui mencionadas, é preciso discorrer por uma questão delicada, mas de suma importância: o que não foi dito por essas avaliações, o que ficou subentendido nas preliminares das políticas de qualificação dos dois órgãos acima citados.

Para começar, os dois índices de desempenho foram elaborados por dois órgãos públicos, voltados, portanto para o interesse público *a priori*. Logo, seria lógico esperar que tanto o programa de qualificação de operadoras da ANS quanto o programa de qualificação do SUS do MS tivessem, no âmago de suas propostas, a valência de fazer cumprir o direito à saúde dada pela Carta Magna. O que se percebeu é que ambas as propostas passam ao largo de objetivo primeiro da organização do sistema de saúde brasileiro e também deixam a desejar frente aos princípios do SUS, segundo Ocké-Reis (2012).

Na verdade, embora o IDSUS tenha tido como referência o próprio IDSS e este tenha se calcado em algumas ideias do PRO-ADESS, que por sua vez também serviu de correspondência para o IDSUS, também alguns indicadores – alguns poucos, na verdade – são comuns aos dois instrumentos de avaliação e traduzem objetivos epidemiológicos do MS. Trata-se de avaliações díspares isoladas, e mesmo quando seus resultados são analisados em conjunto, como foi a proposta desta dissertação, eles não refletem uma análise próxima da realidade do sistema de saúde como um todo. Dessa forma, partindo da premissa de que toda avaliação é parcial, fica difícil considerar os resultados dessas avaliações para se verificar a *performance* do sistema de saúde brasileiro.

Entretanto, é importante frisar que esses índices não foram elaborados com o objetivo de avaliar o sistema como todo. Contudo, considerando a elaboração individualizada das políticas de qualificação dos subsistemas de saúde, nem o resultado das partes oferece subsídios para se pensar a saúde como um conjunto.

A constatação de que não há, no momento, um processo de avaliação da saúde em curso que contemple a dualidade do sistema de saúde nacional preocupa, sobretudo frente à crise econômica mundial que nos assola atualmente. Dito isso, é mais do que necessário que nossa política de qualificação para o setor saúde seja calcada no interesse público e na ideia de que a saúde é um componente fundamental para o desenvolvimento nacional.

Fica aqui o reclame e urge, sim, a necessidade de avaliarmos com foco na qualificação do setor saúde. No entanto, esta avaliação deve-se dar a partir do entendimento de que o sistema de saúde é híbrido, interligado e muitas vezes concorrente.

Ao longo desta pesquisa, observou-se que as políticas de qualificação nacional não tomam como base, para suas elaborações, as imbricações da relação público-privado e suas implicações para o setor saúde. Ademais, o que se percebe é que esses imbricamentos que caracterizam o *mix* do sistema de saúde nacional precisam ser considerados sempre que se avaliar o setor saúde.

Sendo assim, afirma-se que uma das características do *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro é em relação à prestação de serviços. O SUS produz serviços em unidades de saúde, incluindo hospitais públicos e privados complementares (que podem ser conveniados e contratados). É nos casos em que os serviços de saúde não são produção própria de serviços estatais que ocorre, segundo Santos (2009), a primeira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços. Nesta, a compra e a venda de serviços de saúde se dão entre o poder público e os prestadores privados.

Um dos aspectos da imbricação entre o sistema público e o privado, expresso na interpenetração das redes prestadoras de serviço, é a dependência do sistema público em relação à rede privada prestadora de serviços. Ao longo das duas últimas décadas, tem ocorrido a ampliação da rede pública, principalmente na área ambulatorial, que tanto aponta para o esforço da universalização da assistência a partir da garantia de acesso à atenção primária e de reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, quanto se relaciona ao aprofundamento do processo de descentralização, gerando maior pressão sobre os governos locais. (MENICUCCI, 2010, p. 25).

Os seguros privados de saúde – conhecidos por setor suplementar – fornecem serviços de saúde produzidos por hospitais, clínicas e laboratórios privados que são ou contratados, ou credenciados, ou ressarcidos por operadoras privadas de seguros que a eles orientam sua clientela. A maior parte dos prestadores privados dessas operadoras são os mesmos que vendem serviços ao poder público (SUS). Nesta superposição de demandas aos mesmos prestadores privados reside, ainda para Santos (2009), uma segunda forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços.

Desse modo, consonante com Matos, Rocha & Kornis (2012), há uma significativa parcela de estabelecimentos que fazem parte tanto da rede SUS quanto da rede de serviços da saúde suplementar, configurando duplicidades de prestação de serviços de saúde.

O fato de o sistema de saúde ser não apenas dual, mas alicerçar-se, em grande parte, sobre a mesma rede de serviços privados, tem implicações para o funcionamento do SUS. Em função das diferenças de valores pagos aos prestadores, caso o estabelecimento tenha condições favoráveis no mercado que lhe permitam prescindir do SUS, a sua opção será sempre vender

serviços para os planos de saúde, exceto nos procedimentos para os quais os valores pagos pelo SUS sejam superiores. (MENICUCCI, 2010, p. 25).

Empresas e indivíduos, mediante pagamento privado direto (*out-of-pocket*) a prestadores privados de serviços de saúde, constituem outro grande segmento de consumo no mercado, aqui residindo uma terceira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços. Vale lembrar que o uso dos serviços de saúde pode ser feito por meio do SUS (sem pagar no ato do consumo), por meio do seguro privado ou, ainda, desembolso direto – isto é, pagando-se diretamente no momento em que o serviço privado é usado.

A quarta imbricação da relação público-privado na saúde deriva também dos limites e garantias de coberturas inscritas nos contratos de planos e seguros de saúde. A quantificação exata dos recursos despendidos pelo SUS para atender tudo aquilo que não é coberto pelos planos de saúde não poderia ser efetuada facilmente. São incontáveis os casos e situações de exclusões de cobertura, restrições de atendimento e limitações, sobretudo impostas a idosos e portadores de patologias que precisam recorrer à rede de serviços remunerados pelas instituições públicas, mesmo sendo clientes de planos de saúde.

A atual legislação promoveu a ampliação das coberturas, mas ainda assim as exclusões, especialmente aquelas cravadas nos contratos antigos (anteriores à Lei nº 9.656/98), impõem incontáveis situações de migração de clientes de planos de saúde para a rede do SUS.

Uma das contas pagas pelo SUS refere-se ao atendimento dos usuários idosos compelidos a abandonar os planos de saúde. Os contratos antigos contêm esse abuso, pois quase nunca fazem constar as faixas etárias nem os percentuais de aumento. Mesmo para os contratos novos assinados de janeiro de 1999 a dezembro de 2003, antes de entrar em vigor o Estatuto do Idoso, a regra prevê sete faixas etárias, sendo comum aumentos exorbitantes concentrados nas últimas faixas, o que muitas vezes inviabiliza a permanência do idoso no plano. Após o Estatuto de Idoso, nos contratos assinados de 2004 em diante, foram padronizadas dez faixas etárias para diluir a proibição de aumento de mensalidade acima dos 60 anos. Na prática, houve antecipação dos reajustes. Antes concentrados principalmente nas faixas de 50-59 anos e de 60 a 69, os aumentos passam a pesar no bolso já nas faixas dos 44 e 48 anos e na faixa de 59 anos ou mais. Foi mantida a variação de 500% da primeira à última faixa, o que é muito elevado. Inviabilizados em arcar com os pagamentos, justamente no momento em os salários são reduzidos, geralmente oriundos de aposentadorias, os idosos são obrigados a abandonar os planos e, quase sempre, recorrem ao SUS. (BAHIA, 2010, p. 35).

Mas é a vigência dos contratos antigos (cerca de 50% do universo) que é responsável por restrições de toda ordem: limitação do período de internação (em que pese a farta jurisprudência favorável aos usuários) e do número de exames; não-cobertura de doenças já instaladas (preexistentes, congênitas); exclusão de doenças que venham a se instalar e sejam dispendiosas, que requerem atendimento contínuo (BAHIA, 2010).

Cumpra assinalar que o setor público é o único ou o principal responsável pela realização de ações de promoção e prevenção da saúde, vigilâncias epidemiológica e sanitária, formação, capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde, além de desenvolvimento científico e tecnológico, financiamento de laboratórios públicos e produção de insumos e medicamentos.

Esse amplo campo de atuação pouco visível revela que as conexões entre o sistema público e privado vão além do atendimento de pacientes pelo SUS de procedimentos de alta complexidade (confundidos com procedimentos de alto custo) negados ou não cobertos pelos planos de saúde. Embora ofuscados, o trânsito livre e o uso compartilhado de insumos, pacientes, profissionais de saúde e equipamentos do SUS e da saúde suplementar demonstram que é incorreta a concepção da existência de dois sistemas inteiramente diferenciados: um público e outro privado (SANTOS, 2009). Na realidade, merecerem ser mais estudadas e compreendidas as extensas interfaces entre o público e o privado na saúde no Brasil.

Além disso, seja por meio dos seguros privados ou pelo pagamento privado direto, é possível comprar, nos estabelecimentos públicos, serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade, o que geralmente ocorre naqueles com quadro de profissionais referenciados, como os hospitais universitários e de ensino, que realizam serviços de saúde para o SUS.

Na razão inversa do ressarcimento, mas não menos eloquente do ponto de vista das distorções da relação público-privado, está essa “dupla porta” ou “fila-dupla” do SUS, o atendimento a planos de saúde nas unidades públicas, especialmente nos hospitais universitários (HU). No mesmo HU, problemas de saúde semelhantes são diagnosticados e tratados de formas distintas.

A diferença, que deveria ser apenas na hotelaria, estende-se ao agendamento e à resolutividade. Ao criar cidadãos de primeira e segunda linha, sem respaldo legal nem ético, essa “dupla porta” impõe a utilização privada do equipamento público, afasta esses hospitais dos princípios de universalidade e equidade, diretrizes constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde, por mais de uma vez, manifestaram-se contrárias a essa prática.

Segundo Santos (2009), esse arranjo se dá porque, embora o SUS não permita o financiamento privado de seus serviços, existe um vácuo na legislação que faz com que, na prática, a venda dos serviços para o setor privado possa se dar por intermédio de fundações criadas ou contratadas para gerenciar serviços desses hospitais, as quais não têm impedimento

para vender serviços para o setor privado, e aqui reside uma quinta forma de imbricamento público-privado neste campo da prestação.

A fonte de financiamento do SUS é pública e se dá por meio de tributos. A do setor privado pode se dar pelo desembolso direto e por meio de seguros privados, mas também conta com recursos públicos, conformando, segundo Santos (2009), a sexta forma de imbricamento público-privado na realidade brasileira: pelas desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores de seus serviços; pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares; e pelo uso de serviços do SUS por segurados com contrato para os serviços utilizados, quando não ocorre o ressarcimento pelas operadoras ao sistema público.

Essa sorte de imbricamentos do mix público-privado, por si só, já configura outra grande preocupação acerca dessas políticas em curso. E que será melhor explorado em estudo posterior.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A história de todas as sociedades que existem até hoje é a história da luta de classes.*  
(MARX, 2004, p. 21).

Esta dissertação descreveu os índices de desempenho que medem atualmente a qualidade do sistema público e do segmento suplementar, demonstrando a oportunidade de que sejam tratados sob um enfoque integrado no âmbito das políticas de saúde.

Propôs-se então, uma reflexão em torno dos efeitos que um sistema dual tem na manutenção de desigualdades, argumentando-se sobre a necessidade e a importância de uma ação regulatória e de monitoramento integrado que possa atenuar tais efeitos negativos. Para isso, foram tomados como referência o IDSS e o IDSUS, dois índices inter-relacionados e que permitiram monitorar tanto alguns aspectos do desempenho dos serviços como a existência de desigualdades entre eles.

Como já dito na introdução deste trabalho, estas considerações finais foram divididas em três blocos: o primeiro é composto pelas considerações metodológicas feitas aos instrumentos de mensuração; o segundo foi constituído pelos questionamentos sobre a finalidade e a utilidade desses índices (IDSS e IDSUS); e um terceiro bloco, tratando da desejada e necessária regularidade das avaliações em curso.

Considerando, conforme Ocké-Reis & Sophia (2009), que o paralelismo do subsistema privado em relação ao SUS produz efeitos nocivos sobre a regulação do sistema de saúde (ausência de planejamento), sobre o financiamento público (elevação dos custos, renúncia fiscal e boicote ao ressarcimento), sobre a organização dos profissionais de saúde (dupla militância), sobre a regulação da incorporação tecnológica (pressão do complexo médico-industrial) e sobre a equidade de acesso (dupla porta de entrada, dada a capacidade de pagamento da clientela da medicina privada), a primeira conclusão a que se chegou nesta pesquisa é que as avaliações em questão estão aquém da finalidade propositiva do sistema universal de saúde, tal como se idealizou na Carta Magna de 1988. Embora ambas não tenham esse objetivo, ou seja não tenham sido elaboradas com essa finalidade.

A constatação de que os imbricamentos do *mix* público-privado supracitados não parecem ter sido considerados na intensidade que demandaria a elaboração das políticas de qualificação de um sistema dual nacional como o nosso no mínimo nos emite um sinal de alerta amarelo.

Já em relação aos objetivos do Programa de Qualificação do IDSUS, mais especificamente, percebeu-se que estes não foram alcançados ainda ao longo desses três anos de verificação do instrumento. Os índices precisam ser aprimorados. Mas o foco deve ser a utilidade desses índices frente à qualificação do sistema nacional de saúde e como se pode perceber na citação abaixo, o referido índice do Ministério da Saúde passa ao largo da raiz do problema do SUS.

Pois se, de um lado, queremos negar o SUS da “não-universalidade”, da “não-equidade” e da “não-unicidade” para que ele não negue si mesmo enquanto direito social (Ocké-Reis, 2008), de outro, recusamos que o SUS funcione enquanto um mecanismo de socialização dos custos, ou pior, enquanto lugar certificador da taxa de rentabilidade dos planos de saúde. (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009, p. 20).

Diante dos problemas acima mencionados, a autora acredita que se deve ter muita cautela na interpretação e uso dos dados do IDSUS. Por enquanto, ele é um instrumento que favorece o alinhamento das administrações estaduais e municipais de saúde em torno de alguns objetivos de desenvolvimento. Mas algumas perguntas deveriam ser feitas quanto a este ponto: a) Seriam os objetivos implícitos medidos pelo IDSUS os mais corretos a serem perseguidos pelo sistema de saúde? b) Dadas as enormes diferenças regionais e municipais, seria o IDSUS um indicador adequado para comparar os municípios quanto ao desenvolvimento da saúde? Tendemos a crer que a resposta para estas duas perguntas seja um não, como será mais bem exposto a seguir.

A conclusão a que se chega com relação à existência de indicadores sintéticos é que eles podem e devem ser utilizados para alinhar objetivos, medir resultados, estabelecer incentivos ou distribuir recursos. Mas para tal, para Medici (2012), o processo de construção destes indicadores sintéticos deve passar por um ciclo longo de testes, pilotos de implementação, substituição e teste de novas variáveis e, assim mesmo, marcando as diferenças entre a tipologia de contextos de saúde existentes no interior do país, até que se prove (ou não) a viabilidade e adequação técnica de construir um índice sintético. Em muitos contextos, indicadores sintéticos não são a melhor opção. Em outros, como é o caso da fórmula de distribuição regional de recursos para a saúde utilizada pelo governo inglês, demorou-se anos (ou décadas) para se estabelecer um consenso técnico.

Portanto, numa primeira fase, conforme orientações do próprio Medici, em vez de ter como ponto de partida um indicador sintético, se poderia implementar no governo um processo de avaliação dos municípios do tipo painel de controle (*dashboard*), onde: (a) se consideraria um conjunto até maior de indicadores que seriam testados e adequados aos contextos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos de cada município; (b) se fariam

*rankings* independentes de variáveis como forma de priorizar problemas específicos para serem incorporados nos planos e estratégias de saúde dos governos municipais, se possível com o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde; (c) se procuraria alinhar os indicadores às prioridades de saúde em cada contexto municipal; (d) se fariam rondas de discussão técnica e consenso permanente entre o Ministério da Saúde, a comunidade acadêmica, o CONASS e o CONASEMS em relação a esses indicadores; e (e) se fariam agregações tentativas que poderiam criar, no futuro, indicadores sintéticos para cada conjunto de municípios, mantidas suas especificidades.

É importante lembrar que a ANS disponibiliza no Espaço Qualidade do seu site as informações do IDSS em *dashboard*.

Em relação à continuidade dos movimentos de avaliação em saúde no setor público, o que se percebe é que as políticas de avaliação no setor público da saúde têm se comportado como políticas de governo; quando duram muito, sobrevivem apenas os quatro anos de governo – seus fins, neste caso específico, não justificam os meios. Isto ocorre devido à descontinuidade dos diversos instrumentos já elaborados no SUS.

O segundo ponto se refere ao uso do indicador para premiar ou punir municípios na alocação e distribuição dos recursos financeiros repassados pelo SUS. Este processo deverá um dia ser feito, mas não com a configuração atual do IDSUS. O ideal seria utilizar os dados do IDSUS para permitir a programação de políticas, intervenções e incentivos que devem ser dados para adequar investimentos, processos, capacitação técnica, coordenação intersetorial e o enfoque para resultados dos programas do SUS ao nível local.

Estes comentários não têm nenhuma intenção de desmerecer o grande esforço e compromisso que o Ministério da Saúde tomou ao lançar o IDSUS. Mas acreditamos que os temas levantados neste estudo podem ajudar na construção de um instrumento de monitoramento e avaliação que permita o avanço do SUS frente a seus velhos e novos desafios.

Já em relação ao IDSS, admiti-se todo avanço que o Programa de Qualificação de Operadoras de Planos de Saúde teve nesses nove anos. O índice atende firmemente ao propósito para o qual foi criado, tem regularidade, longitudinalidade, é constantemente revisto e aprimorado. Haja vista que os resultados do IDSS demonstram claramente, ano a ano, o aumento do percentual de operadoras e, com isso, de beneficiários localizados nas faixas superiores do IDSS.

Outro ponto importante do IDSS é sua maturidade de análise, embora não tenha sido elaborado considerando a compreensão da saúde de forma mais ampla, como uma “moeda”

só. Como apenas um sistema, cumpre perfeitamente sua proposta de ação, tornando assim, a partir da elaboração do Programa de Qualificação de Operadoras de Planos de Saúde, o segmento de planos de saúde mais transparente. Dessa maneira, os consumidores, munidos de informações mais concretas, fazem valer seu poder de compra de forma mais qualificada.

Na primeira metade da década, o fulcro da regulação foi o do saneamento econômico-financeiro das operadoras, na responsabilização de seus dirigentes por irregularidades administrativas e na formulação de um arcabouço de regras contábeis que permitiram um controle mais efetivo das condições de equilíbrio econômico-financeiro do sistema. Um pouco mais adiante, o foco se deslocou para a produção e assistência à saúde, com o estabelecimento de um conjunto mínimo de protocolos médicos e de uma rotina para atualizar a lista de procedimentos médicos (rol médico). Mais recentemente, a ANS tem se concentrado em desenvolver mecanismos que visam aprimorar a informação disponível ao público, estimulando a competição do setor. (MATOS; ROCHA; KORNIS, 2012, p. 27).

Então é possível afirmar que, dessa forma no Brasil, assim como vem acontecendo na área de educação, do meio ambiente, de economia, na área social ou mesmo na própria ANS, a utilização de índices e indicadores adquire papel dinâmico e relevante na avaliação e na efetivação de melhorias da qualidade dos serviços de saúde para o povo brasileiro. O fato é que devemos nos perguntar: para que fim estamos elaborando tais instrumentos? Esse questionamento anuncia o segundo bloco, constituído pelos apontamentos sobre a finalidade e a utilidade desses índices (IDSS e IDSUS) deste capítulo final.

O fato é que o indicador é um meio para o diagnóstico das questões, mas deve ser orientado para os fins. Essa é a razão de ele existir, mas para que o indicador “funcione”, é necessário que se socialize/democratize o processo de escolha dos indicadores e de seus resultados também.

A avaliação por si só não pode ser uma retórica, um réplica. Tem que ser instrumento de mudança, até para que se possa assegurar o direito à saúde. Para que a avaliação possa também fazer parte da materialidade da construção do SUS, e não das divagações vazias e temporais.

Para a ANS (2011), a qualificação da saúde suplementar, em particular, significa um convite a todos os atores envolvidos na construção de um setor que seja equilibrado, centrado no usuário, que realize ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, observe os princípios de integralidade e resolutividade, tenha uma concepção includente de todos os profissionais de saúde, respeite o controle social, esteja completamente articulado com o MS e cujo órgão regulador seja também preocupado com a qualificação de seu processo regulatório.

Para o Ministério da Saúde – observando-se os dados oficiais disponíveis e reconhecendo a dificuldade que o SUS encontra em se fazer presente nos pequenos municípios do interior do país, em face da crescente cobertura de saúde suplementar –, o SUS

apresenta um índice de qualidade baixo na maioria dos municípios brasileiros segundo o IDSUS. Ou seja, a partir do instrumento que é utilizado atualmente, o SUS precisa avançar muito ainda.

Contudo, a despeito dos resultados insatisfatórios do SUS revelados pelo IDSUS, há de se questionar que informações são geradas por esse índice? Examinando os indicadores eleitos para compor a cartela do IDSUS, já constatamos que estes não se afinam com os objetivos do SUS. Então surge a indagação: que SUS é esse que estamos avaliando? O que se pretende chegar com o uso de um índice que já recebeu tantas críticas da nossa comunidade científica?

Para a autora desta dissertação, não se deve descartar o IDSUS; deve-se aprimorar o instrumento de avaliação do desempenho do SUS. Há de se ter um espaço de aprimoramento desse importante instrumento nos espaços coletivos de controle social. Para além da agenda de aprimoramento, devemos considerar a admissão de indicadores que possam municiar os gestores na alocação das prioridades.

O gestor, muitas vezes premido por questões orçamentárias, jurídicas (Lei de Responsabilidade Fiscal, por exemplo), ou simplesmente demanda represada, se vê na condição de bombeiro, sempre “apagando incêndios”, e acaba repondo a “lógica do possível”, da “emergência” e, com isso, aumenta a dependência dos serviços ofertados, seja lá do que e de quem for, dado que muitas vezes se encontra nas mãos do prestador privado.

Assim, a análise das estratégias e mecanismos da política pública em saúde e sua relação com o setor privado tende a evidenciar uma baixa capacidade de governança no setor, tanto pela falta de instrumentos que indiquem de fato um caminho a ser trilhado rumo à preservação do interesse público, quanto devido ao desenvolvimento histórico e cultural das práticas e da gestão pública, que acabam orientadas pela lógica dos interesses privados.

Temos observado que, além dos aspectos apontados, ou seja, dificuldades técnico-políticas ao exercer a gestão, negociação por questões pontuais e emergenciais pautadas por carências de toda ordem, cultura clientelista – a lógica gerentocrática – com o “choque de gestão”, a “eficiência da máquina” – da forma que está posta, impõe ainda mais restrições ao gestor, na busca da “maximização de resultados”, ou seja, a lógica do número e da produção (HEIMANN, 2010).

Questões como a seleção de prioridades, as opções entre grupos sociais e a estratificação do SUS, a natureza da função pública na saúde com a revisão dos conceitos de público, privado e estatal, a discussão de modelos alternativos de prestação de serviços e a ampliação do poder de regulação do Estado, inclusive do setor privado “autônomo”, são

exemplos de como passaram a ser reapresentadas as propostas de reforma da política de saúde no Brasil (ABRES, 1994).

Na esfera administrativa, as preocupações atuais com o uso mais eficiente dos recursos disponíveis têm se traduzido em forte movimento em prol da profissionalização da gestão desses estabelecimentos, acompanhado da adoção de novas técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação. A elaboração do IDSS e do IDSUS é um exemplo clássico dessa tendência no setor saúde brasileiro.

É necessário afirmar que tanto o MS nesses 20 anos como a ANS nos seus 10 anos desenvolveram sofisticados sistemas de informatização e informação em que uma das principais finalidades é a detecção e prevenção de duplicações/superposições assistenciais entre os dois sistemas e dentro de cada um, com a finalidade de controlar desperdícios e contribuir no planejamento da oferta de serviços em função das necessidades dos usuários e não da própria oferta. (CEBES, 2010, p. 34).

Os sistemas de informações existem, mas não são utilizados como deveriam no planejamento das ações pelos gestores, nem pelo controle social como mecanismo de pressão. Além disso, ao se observar os dois índices como instrumentos de duas políticas públicas distintas de qualificação da saúde (uma do segmento voltada para o setor privado e outra para o setor público), a autora percebeu que afora a ausência de elo comunicativo entre eles, quando analisados individualmente, ambos são parciais nas suas avaliações e não levam em consideração a ideia de sistema de saúde segundo o conceito proposto pela OMS (WHO, 2000). Lembrando mais uma vez de que a avaliação conjugada não é o objetivo dos índices estudados.

Entretanto, é inegável que esse tipo de experiência seja útil e que corroborou a conclusão, através do seu não-dito, de que se é para avaliar um sistema de saúde com a natureza dual e duplicada como nosso, como já mencionado anteriormente, não basta ter o IDSUS (condição necessária, mas não suficiente). É imperativo avaliar também o IDSS (que também não pode ser tomado isoladamente).

Essa confirmação está retratada nas palavras de Noronha (2012, p. 2), “se é para avaliar a saúde no Brasil, deve-se avaliá-la como um todo, tanto o SUS quanto os planos privados e ver qual é o resultado conjugado”. Esta é a situação com que os atores das políticas públicas terão de lidar nos próximos anos.

No caso dos que atuam nas políticas de saúde em que estão em jogo milhões de vidas humanas, a questão que se coloca não é a opção entre o otimismo e o pessimismo. Assim, segundo Paim (2010), a interpelação aos expositores deve ultrapassar tal opção. Todos conhecem aquela anedota na qual, diante de um copo com metade de água, o otimista dirá que

está quase cheio e o pessimista afirmará que está quase vazio. Para o materialista, porém, existem o copo, a água e o ar. Justamente sobre esses elementos concretos da realidade é que devemos trabalhar.

A ordem do dia para o IDSUS seria integrar as avaliações com a gestão, com planejamento e com o usuário, para que este, instrumentalizado, possa exercer um controle social efetivo, que é um imperativo dessa questão. Espera-se também que seja elaborada uma política única de qualificação para o setor saúde, que permita, com isso, construir linhas de ação política em defesa dos princípios do SUS, mas sem desconhecer a realidade e a complexidade atual do sistema de saúde brasileiro (COHN, 2010).

O risco que se deve evitar é o de não-enquadramento do setor privado nas regras públicas, apartando-se as atividades públicas complementares, ou seja, executadas pelo setor privado, das diretrizes, normas, regras públicas. Deve-se, portanto, evitar que os serviços privados complementares fujam ao domínio público, isolando-se das finalidades públicas. (SANTOS, 2010).

Outro bloco de assunto que precisa a ser abordado nestas considerações finais diz respeito à continuidade das avaliações realizadas pelo IDSS e pelo IDSUS. Os resultados precisam ser divulgados e discutidos porque eles não são autoexplicáveis e o instrumento da avaliação de desempenho para ser eficaz, eficiente e efetivo deve obedecer a uma regularidade, tanto na obtenção dos dados quanto na alimentação de informação aos gestores.

Os resultados devem ser afetos ao controle social, ou seja, devem ser entendidos e amplamente debatidos pelos conselheiros de saúde. A população deve saber onde está o problema do sistema de saúde para que, instrumentalizada, possa exercer pressão para que a qualificação do setor saúde entre forte na agenda política do país.

A autora defende que a divulgação desses resultados deveria pressupor amplo debate por parte não só dos gestores, mas da sociedade civil, através do controle social. A vasta divulgação pela mídia deveria ocorrer não só como manchete de primeira capa, como aconteceu com o IDSUS, que nunca mais foi tratado pela mídia impressa popular.

Diante do exposto, há de se indagar o papel da própria imprensa diante da responsabilidade de fazer valer o sistema universal apregoado na Constituição? A imprensa, muitas vezes, assume um papel que apenas serve para alarmar, mas não para exercer o papel fundamental de instrumentalização dos sujeitos para mobilização e proposição de uma agenda política que contemple os reais desejos da sociedade como um todo em relação ao sistema de saúde assumido no país.

Nesse sentido, é fundamental para população perceber que a deficiência do sistema de saúde é compartilhada pelos órgãos gestores competentes. As pessoas tendem culturalmente a acreditar que, a partir do diagnóstico situacional, haverá a possibilidade de se rever e priorizar ações mais eficazes. E tudo isso tem implicações políticas. Portanto, a avaliação é um instrumento técnico, mas também possui um componente político importante que deverá ser mais bem estudado em um desdobramento desta pesquisa.

Cabe ressaltar, ainda, que é necessário que saibamos quanto custa realmente o sistema de saúde para que se possam alocar prioridades. E o componente financiamento não é considerado pelo IDSUS, o que aponta mais uma fragilidade da política de avaliação adotada pelo MS.

Enquanto gestora municipal de saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, esta autora que essa avaliação do SUS passa ao largo da finalidade enquanto alocação de recursos e de prioridades. Os resultados pouco interferem no processo de planejamento da saúde, pelo menos no município do Rio de Janeiro. A realidade é que os gestores não foram incluídos na elaboração da proposta e, pelo que parece, na prática esse programa de qualificação não impacta diretamente no cotidiano da gestão para quem está na ponta do sistema de saúde, fazendo a roda girar.

Para esta dissertação, isso ocorreu por conta da não-democratização na elaboração da política, e as consultas públicas não foram suficientes na tentativa de socializar o processo. Outro problema interligado a este foi a deficiência na escolha dos indicadores eleitos pelo programa para evidenciar o que precisa de fato ser dito, o que se quer fazer e o que precisa ser feito para qualificar o sistema nacional de saúde.

Ademais, sustenta-se que tanto o IDSUS quanto o IDSS não foram suficientemente estudados e, dada a jovialidade dos índices, aposta-se que ambos necessitam de acompanhamento minucioso para que seus resultados de fato impliquem ações orientadoras de mudança do quadro da saúde no Brasil. Acredita-se que muitos desenvolvimentos metodológicos deverão derivar ainda de um exame crítico dessa experiência pioneira e necessária, que é a avaliação de desempenho. A agenda futura será de aperfeiçoamento metodológico dessas avaliações.

Por fim, como recomendações para que essas avaliações tenham de fato repercussão na qualificação do sistema, propõe-se, em primeiro lugar, que haja interesse e prevenção de recursos que visem garantir a continuidade das avaliações. Sugere-se também que haja uma discussão mais ampliada dos resultados para planejamento e melhor gestão das ações pertinentes à qualificação.

Segundo o próprio Ministério da Saúde (2007), ao longo da última década, grande número de iniciativas com o objetivo de avaliar programas e políticas foram implementadas. Mas esses esforços ocorreram de forma fragmentada, frequentemente restrita aos objetivos específicos e processos de gestão de alguns programas e raramente utilizados para redesenhar suas estratégias e formas de operação. Desses esforços resultaram muitos relatórios, muita informação e pouca capacidade de produzir uma visão integrada do desempenho do sistema de saúde.

A verdade é que informação boa é aquela que é utilizada. O SUS gera uma gama de informações que na prática não são aproveitadas. Não estão presentes no debate da saúde, muito menos nas rodas de discussão da gestão. Exemplo claro disso é que no último congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) não houve nenhuma mesa sobre avaliação de desempenho do sistema.

Se o país não possui um sistema de informação que diga claramente onde precisa de mais recursos financeiros, não é plausível afirmar que não há dinheiro suficiente para manter um sistema universal de saúde no país. Para a autora, não se trata de um problema só de limitação de recursos, mas de falta de qualificação do planejamento e da própria gestão.

É necessário diagnosticar as falhas do SUS e também urge encarar a realidade de que o público não irá prescindir do privado. Sendo assim, segundo Santos (2010), é necessário desenvolver mecanismos, não apenas de controle das atividades, mas que imponham rumos, diretrizes, metas e princípios públicos e, por fim, controlá-los, sempre com a participação de uma sociedade consciente de seus direitos e com sentimento de pertencimento aos serviços públicos.

Ainda para Santos, a cooperação deve ser o elo, o elemento sobretudo nas relações público-privadas; contratos e acordos devem apontar para a supremacia dos interesses sociais, públicos e coletivos.

As finalidades coletivas devem motivar os serviços privados que estejam a serviço do Estado, mediante contrato. Devem gozar de suas autonomias, tendo justo retorno do capital investido sem, contudo, descurar do seu fim: atendimento dos interesses sociais, coletivos, públicos.

Ainda para Santos (2010), há que se ter a justa medida. Para que isso ocorra, é necessário enfrentar a situação. Ela precisa ser demarcada, delimitada, controlada, fiscalizada e estar sob o comando público no tocante aos princípios, diretrizes e cumprimento das finalidades públicas. É necessário que o interesse público se imponha sobre qualquer modelo, dando as cartas no sentido de proteção dos direitos sociais, dizendo as regras, controlando,

fiscalizando e, principalmente, planejando as ações e os serviços públicos que precisam ser executados de maneira eficiente, eficaz e qualitativa. Sem planejamento, não se vai muito longe (SANTOS, 2010; OCKÉ-REIS, 2012).

A Administração Pública precisa se renovar. Sua operacionalidade, no caso dos serviços que devem assegurar o direito à saúde, é insatisfatória e não garante a efetividade do direito à saúde. É necessário promover uma reforma no seu interior, adotando-se novos marcos legais condizentes com as atuais necessidades da população em relação aos serviços públicos (SANTOS, 2010).

Realmente, é necessário lançar mão de novas formas de cooperação entre entes públicos e privados sem fins lucrativos que possibilitem a cogestão de serviços públicos; a participação do público nos órgãos de governança de entidades privadas que dependam quase que exclusivamente de recursos públicos, sem alteração de sua configuração jurídica. Também é necessário construir um sistema de monitoramento e avaliação de serviços que privilegie a realização das metas acordadas e a qualidade dos serviços.

Cumprе assinalar, também, que no momento em que a crise econômica questiona os fundamentos da ordem global neoliberal, as interrogações sobre a conformação pública e privada dos sistemas de saúde são reavivadas. Estas, na verdade, apontam para a necessidade de repolitização do SUS e de um reordenamento propositivo que leve em conta as intrincadas relações entre o público e o privado e suas consequências para o direito à saúde (MENICUCCI, 2010).

Com isso, o que resulta da política de saúde termina por sustentar não apenas o mercado de planos e seguros e de prestadores privados, mas também a elite brasileira e as instituições tais como são. Podemos afirmar, portanto, que o Estado sustenta esse mercado privado desde os primórdios de nosso sistema de saúde, quando ainda baseado no modelo *bismarkiano* de seguro social, até os dias atuais. Hoje, o nosso *mix* se tornou um modelo *beveridgeano* que favorece a parcela mais rica da população e com vínculo empregatício formal. (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2010, p. 12).

Para concluir, reafirma-se que as reformas do SUS não podem mais desconhecer, no Brasil, a existência de um sistema híbrido, com preocupante expansão desordenada dos seguros de saúde privados que, por isso mesmo, necessitam de maior regulação por parte do Estado brasileiro, com maior empoderamento da ANS, sem comprometer os fundamentos do SUS. Não é demais recordá-los: direito à saúde; universalidade de acesso; integralidade da assistência; financiamento público universal; participação democrática no controle e descentralização política. Não obstante, uma maior interface entre a ANS e o MS também é defendida, desde que não fira o caráter autônomo da Agência Reguladora.

Os horizontes para o Brasil alargaram-se na primeira década do novo século. Há processos em curso de difícil reversão. Evidentemente, os processos históricos sempre admitem mudanças bruscas. “De qualquer forma, bases políticas para o aprofundamento das mudanças já foram lançadas. O tempo é de esperança. É tempo de trazer mais justiça para a saúde e cabe lembrar que o sistema de saúde é nosso!” (NORONHA, 2012, p. 2).

Da agenda de questões a serem incorporadas ao debate sobre o *mix* público-privado proposto, destaca-se que a regulação é parte fundamental e por isso deve objetivar a defesa do sistema público, sem se restringir ao segmento suplementar contemplando todo o *mix* público-privado. Com isso, este trabalho introduziu no debate brasileiro a percepção dos imbricamentos da relação público-privado frente às políticas de qualificação (IDSS e IDSUS) em curso atualmente no país e suas consequências para a análise do desempenho nacional do setor saúde, bem como ao abordar criticamente a função do Estado e da sociedade de brasileiros no que tange à regulação do arranjo público-privado do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G.V. *A saúde no Brasil, cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Anuário Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2011.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, de operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, set. 2012.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Cadernos de Informação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/data/files>>. Acesso em: 30 mar 2011b.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras*. Rio de Janeiro: ANS, 2010.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução normativa – RN Nº 139*, de 20 de dezembro de 2011c.
- ALCOFORADO, F. C. G. *Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais*. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.
- ALMEIDA, C. M et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, n. 357, p. 1692-1697, 2001.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais de tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- ALMEIDA, C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: Ipea, 1998.
- AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 237p.
- BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.p.115-128.
- BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 9-30, maio/ago., 2005.

BAHIA, L. Private health plans: light and shadow in the 1990s health sector debate. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

BAHIA, L. *Relações Público-Privado e Reforma Sanitária*. In: Seminário O Público E O Privado Na Saúde, 23 e 24 abr. 2009. [Termo de Referência]. Rio de Janeiro, 2009.

BAHIA, L.; VIANA, A. L. *Regulação e saúde, estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS/Ministério da Saúde, 2002 (Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.76).

BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: MARE, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: CNS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: Conass, 2003. BRASIL. Lei n.º 9.961/2000. Dispõe sobre a criação da ANS. Brasília, 2000(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 1.651*, de 28 de Setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990*: dispõe de condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 9.656*. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Ordinária nº 8689*, de 27 de julho de 1993. Dispõe Sobre a Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps, e dá outras Providencias. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília, jan 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Avaliação de desempenho do Sistema único Saúde*. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001*: regulamentação da Lei nº 8.080/90 /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição de 1988*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRESSER-PEREIRA, L. C. É o Estado capaz de se autorreformular? *Desigualdade &*

*Diversidade – Dossiê Especial*, p. 11-20, 2011.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Burocracia pública e classes dirigentes no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, n. 28, p. 9-30, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.p. 294-302.

CAMPOS, R. O. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado in SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.p.197-207.

CAMPOS. Evaluation: from soliloquy to dialogue. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M .G. *Gestão pública no século XXI: As Reformas pendentes*. IPEA .Brasília, 2011 (Texto para discussão nº1658).

CARVALHO E. B.; CECÍLIO L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, set 2007.

CARVALHO, G. *Gasto com Saúde no Brasil em 2003*. [on-line]. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/> Acesso em: 10 mai. 2011.

CECCIN, R. (Coord.). *Estudos, pesquisas e interações regionais para a qualificação da saúde suplementar-*: projetos de investigação e atuação. Florianópolis: UFSC, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE. 20 anos do SUS. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, jan-abr. 2009.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século XXI. In SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 267-284.

COHN, A.; ELIAS, P. M.; IANNI, A. M. Z. “Subsídio cruzado” ou “dupla porta” – o público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo. São Paulo: CEDEC, 2002. (Série Didática nº 6).

COHN, A.; ELIAS, P.E. (Coords.). *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez, 1999.

COLOMBO, F.; TAPAY, N. *Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems*. Paris: OECD, 2004.

CONILL, E. M. et al. *Relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na Região Sul*. Relatório de pesquisa. Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar / Núcleo Sul. 2011.

CORDEIRO, H. A. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CORDEIRO, H. A. et al. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 128-150.

COSTA, E. A. *Gestão estratégica: da empresa que temos para a empresa que queremos*. São Paulo: Saraiva, 2008.

CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico*. São Paulo: Nova Fronteira, 2005.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1851-64, 2007.

DEPPE, H. U. A situação atual e as perspectivas dos sistemas universais de saúde. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, *CEBES CDD 362.1*, v. 29, n. 71, p. 365-370, 2005.

DICIONÁRIO ANTONIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Objetiva: 2009.

DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO BRASILEIRO, 1930-1983. Rio de Janeiro: CPDOC, 4 v. 2000.

DUARTE, A. V. *Descentralização vigiada: accountability e avaliação dos serviços públicos não estatais e da orientação por resultados na administração pública*. Dissertação (Mestrado em Economia) – Instituto de Economia da UFRJ. Rio de Janeiro. 2010

ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 1.1980, São Paulo. *Anais...* São Paulo. Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) São Paulo, 1994.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*, n. 3, p. 139-162, 1990.

FERREIRA, C. M. M. Crise e Reforma do Estado: Uma questão de Cidadania e Valorização do Servidor In: PETRUCCI, V.; SCHWARZ, L. (Orgs.). *Administração Pública Gerencial: a reforma gerencial de 1995. Ensaios sobre a reforma administrativa brasileira no limiar do Século XXI*. Brasília: EdUnB, 1999. p. 32-54.

FIOCRUZ. PRO-ADESS. Disponível em: <[www.proadess.cict.fiocruz.br](http://www.proadess.cict.fiocruz.br)>. Acesso em: 20 out 2011.

FLOOD, C. M.; STABILE, M.; TUOHY, C. H. The borders of solidarity: how the countries determine the public/private mix in spending and the impact on health care. *Health Matrix: The Journal of Law-Medicine*, v. 12, n. 2, p. 297-356, 2002.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008

FRANÇA, S. B. *A hegemonia do SUS e a relação público/privado na assistência hospitalar*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2002 (Texto para Discussão n. 46).

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. Especial, p. 11-23, 2006.

GADELHA, C. A. G. *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro. EdFiocruz, 2012.

GENRO, T. F. H. *O futuro por armar*. Democracia e socialismo na era globalitária. Petrópolis: Vozes, 1999.

GONZÁLEZ, P. On a policy of transferring public patients to private practice. *Health Economics*, v. 14, p. 513-527, 2005.

HÄKKINEN, U.; OLLILA, E. (Eds.). *The World Health Report 2000: What does it tell us about health systems ? Analyses by Finnish experts*. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES), 2000.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizing the evaluation on health programs and policies in France. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 229-260, 1999.

HEIMANN, L. S et al. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para gestão em saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 208-219.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.

HIRSCHMAN, A. O. *A retórica da intransigência: perversidade, futilidade, ameaça*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

IRION, J. E. O. *Fale como dono: cooperativismo médico Unimed*. São Paulo: Cartaz Editorial, 1994.

JONES, A. M.; KOOLMAN, X.; VAN DOORSLAER, E. *The impact of supplementary private insurance on the use of specialists in selected European countries*. NY. NY ED., 2005.

JOVAL JR, H. E. *Mais Saúde (PAC Saúde) e as políticas sistêmicas de investimentos setoriais*. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 288-293.

LOCKE, J. *Segundo tratado sobre o governo*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MAJONE, G. *Regulating Europe*. London: Routledge, 1996.

MALTA, D. C. et al. (Orgs.). *Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. F. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para Discussão n. 787).

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. *Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira*. In: V Encontro Nacional de Economia da Saúde, *Anais...* V Encontro Nacional de Economia da Saúde, Salvador, 1999, p. 213-238.

MARX, K. *Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MATOS, J. B. B. *As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado*. 2011. 295f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MATOS, J. B. B.; ROCHA, L.C.M.; KORNIS, G. E. M. A Trajetória da Regulação da Saúde Suplementar no Brasil em Três Tônicas. In: KRUEGER, G.; ROCHA, L. C. M. (orgs.). *Aspectos Jurídicos e Econômicos das Cooperativas de Saúde*. Belo Horizonte: Del Rey, 2012 (Série Cooperativismo n. 14).

MATOS, J. B. In *Qualificação da Saúde Suplementar*. Disponível em <http://www.unidas.org.br/noticias/noticias.php?&data=03/06/2012&id=51415&mo=mostra&categoria=na&indice=2011-10-21> Acesso em: 20 dez 2012.

MEDICI, A.C. O IDSUS. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2012/03/o-indice-de-desempenho-do-sus-idsus.html>. Acesso em: 27 mar 2012.

MEDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor saúde no Brasil. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, abr./jun. 1992.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C (Orgs.). *A política de regulação do Brasil*. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2006.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 180-197.

MONTESQUIEU, C. S. *Do espírito das leis*. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, n. 356, p. 1.598-601, 2000.

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M.(Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

NORONHA, J. *O IDSUS ilude a população*. Disponível no site: <http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/jose-noronha-as-notas-do-idsus-mais-iludem-a-populacao-do-que-ajudam.html> > Acesso em: 2 maio 2012.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

- NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. *Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal*. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.152-179.
- OCKÉ-REIS, C. O. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1398-1400, set./out.2008.
- OCKÉ-REIS, C. O. *SUS: o desafio de ser único*. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 101-114.
- OCKÉ-REIS, C. O. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. *O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? Revista de Economia Contemporânea*, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.
- OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 72-79, 2009.
- OCKÉ-REIS, C. O. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 1303-1317, nov-dez. 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Statistical Information System (Whosis)*, 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/en/>. Acesso em: 5 maio 2010.
- OXFORD ENGLISH DICTIONARY. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- PADILHA, A. *Política Nacional de Avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS, jan 2011.
- PAIM, J. S. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público/privado no SUS. In: HEIMANN, L. S.; IBANES, L. C.; BARBOZA, R. (Orgs.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 111-126.
- PAIM, J. S. *Alguns pontos para o debate sobre possíveis impactos da crise econômica na saúde*. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 284-287.
- PESSANHA, C. Accountability e controle externo no Brasil e Argentina. In: GOMES, A. C. (Coord.) *Direitos e cidadania: justiça, poder e mídia*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- PIETROBON, L.; DO PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 767-783, 2008.
- PÓ, M. V.; ABRUCIO, F. L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. *Revista de Administração Pública*, v. 40, n. 4, p. 679-698, jul/ago, 2006.

- PÓ, M. *Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil*. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 246-266.
- PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006.
- RODRIGUES, N. *Política pública de saúde: qual o rumo?* In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 322-324.
- RODRIGUEZ, M. El espacio de los seguros privados em los sistemas sanitários públicos: marco conceptual y políticas. *Gaceta Sanitaria*, v. 15, n. 6, p. 527-537, 2001.
- ROSÉN, M. *Can the WHO Health Report improve the performance of health systems? Scandinavian Journal of Public Health*, v. 29, n. 1, p. 76-80, 2001.
- SALGADO, L. H. *Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional*. Brasília, DF: Ipea, 2003 (Texto para Discussão nº 941).
- SALM, C. O impacto da crise econômica na saúde In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 275-283.
- SANDRONI, P. *Novíssimo Dicionário de Economia*. São Paulo: Editora Best Seller, 2012.
- SANTOS, I. S. *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada*. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.
- SANTOS, L. *Administração pública e a gestão da saúde*: In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 69-86.
- SANTOS, N. *Violencia letal, renda e desigualdade no brasil*. São Paulo: 7letras, 2007.
- SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- SCAFF, F. F. *Constitucionalismo, tributação e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.
- SCHEFFER, M.; BAHIA, L.; ARIZA, L. Hospitais universitários públicos e planos e seguros de saúde. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002.
- SCHMIDT, J. P. *Gestão de políticas públicas: elementos de um modelo pós-burocrático e pós-gerencialista*. Direitos sociais e políticas públicas. Santa Cruz do Sul: Edunisp, 2007. tomo 7.
- SCHWARTZMAN, S. *Índice de Desenvolvimento do SUS – IDSUS*. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/sitesimon/?p=2788&lang=en-us>. Acesso em: 28 out 2012.

- SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Planos de Saúde*. Disponível em <<http://www.stf.jus.br>> Acesso em: 2 jan 2013.
- SZWARCWALD, C. L; VIACAVA, F. *Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde*. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 11, supl. 1, p. 58-66, 2005.
- TANDON, A. *et al. Measuring Overall Health System Performance for 91 Countries*. Geneva: WHO, 2000. Disponível em <<http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>>.
- TRAVASSOS, C. *Assessing health systems performance :a critical appraisal about the WHO World Health Report 2000 and future developments*. Paper presented at Conference on Res t ruck turn in of Health Seer v I cues and Corporate Public Health in the Era of Reforms.5-7-2001, Maastricht, The Netherlands, 2001.
- TRAVASSOS, C.; BUSS, P. M. O polêmico relatório da Organização Mundial de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, dez 2000 .
- TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.
- UGÁ, A. D. *et al. Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 3, p. 705-712 2001.
- UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. An analysis of equity in Brazilian health system financing. *Health Affairs*, v. 24, n. 4, p. 1017-1028, 2007.
- VIACAVA, F. *et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004.
- VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec,, 1998. p. 113-133. (Saúde em Debate - Série Didática).
- VIANNA, S.M. *et al. (Coord.). Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e financiamento*. Volume I. Projeto Economia da Saúde. Brasília, DF: Ipea/MS, 2005.
- WASEN, J.; GREB, S.; OKMA, K. G. H. The role of private health insurance countries. In: SALTMAN, R.; BUSSE, R.; FIGUERAS, J. (Eds.). *Social health insurance in Western Europe*. London: Open University Press, 2004. p. 227-247.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva:WHO, 2000.

## ANEXO A – FICHA DO INDICADOR

A seguir detalha-se a Ficha Técnica do Indicador trazida pela figura 1:

### FICHA TÉCNICA DO INDICADOR

**Identificação** – nome do indicador

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

**Método de Cálculo** - fórmula utilizada para calcular o indicador e que define precisamente os elementos que a compõem.

**Definição de termos utilizados no indicador** - informações para compreensão do conteúdo dos termos que compõem o conceito, normalmente constante do glossário do sistema de coleta do dado.

**Interpretação do indicador** - explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.

**Usos** - principais formas de utilização do indicador gerado, as quais devem ser consideradas para fins de análise.

**Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações** - valores de referência locais, nacionais e/ou internacionais, disponíveis para análise comparativa da situação descrita pelo indicador e utilizados para definição da meta, quando houver. Os padrões ou parâmetros são a expressão da amplitude das variações conhecidas de um indicador.

**Meta** - valor pretendido, em relação ao parâmetro, a ser alcançado no período de análise, levando-se em conta as diretrizes da ANS para o setor e a segmentação assistencial de atuação da operadora.

**Fonte** - sistemas ou rotinas responsáveis pela coleta e tratamento dos dados utilizados para o cálculo do indicador.

**Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador** - ações (de saúde, econômico-financeiras, administrativas, operacionais etc), cujo resultado proporciona uma aproximação do resultado do indicador ao estabelecido como meta.

**Limitações e vieses** - fatores que restringem a interpretação do indicador referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.

**Referências** - publicações utilizadas para subsidiar a elaboração da ficha técnica do indicador, quando houver.

## ANEXO B - CARTELA DE INDICADORES DO IDSS

## CARTELA DE INDICADORES SEGUNDO OS ANOS EM QUE FORAM APLICADOS

INDICADORES	ANOS EM QUE FORAM APLICADOS
Taxa de Internação de Zero a Cinco Anos por Causas Seleccionadas	2007 a 2009
Taxa de Citologia Oncótica de Colo de Útero	2005 a 2009
Taxa de Mamografia	2005 a 2009
Proporção de Parto Cesáreo	2003 a 2009
Proporção de Mulheres Submetidas a Procedimentos Seleccionados de Neoplasia de Mama	2007 a 2009
Proporção de Mulheres Submetidas a Procedimentos Seleccionados de Neoplasia de Colo de Útero	2007 a 2009
Taxa de Internação por Diabetes Mellitus	2005 a 2009
Taxa de Internação por Doenças Hipertensivas	2007 a 2009
Proporção de Homens Submetidos a Procedimentos Seleccionados de Neoplasia de Próstata	2007 a 2009
Proporção de Pessoas Submetidas a Procedimentos Seleccionados de Neoplasia de Cólon e Reto	2007 a 2009
Número de Consultas Odontológicas Iniciais por Exposto	2005 a 2009
Taxa de Pessoas Submetidas à Aplicação Profissional de Flúor	2007 a 2009
Taxa de pessoas menores de 15 anos que receberam selantes	2007 a 2009
Taxa de Pessoas com 15 Anos e Mais Submetidas à Terapia Periodontal Básica	2007 a 2009
Taxa de Dentes com Tratamento Endodôntico Concluído	2007 a 2009
Taxa de Exodontias de Permanentes	2007 a 2009
Programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, aprovados na ANS – pontuação bônus	2009
Taxa de Prematuridade	2003 a 2006
Taxa de Natimortalidade	2003 a 2006
Taxa de Internações por Complicações no Período de Puerpério	2003 a 2004
Taxa de Internações por Transtornos Maternos na Gravidez	2003 a 2004
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hemorrágicos durante a Gravidez, Parto e Puerpério	2005
Proporção de Internações por Gravidez Terminada em Aborto	2005
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hipertensivos no Período da Gravidez, Parto e Puerpério	2005 a 2006
Proporção de Internações por transtornos Maternos Infeciosos durante o Puerpério	2005 a 2006
Taxa de Internação por Amputação de Membros Inferiores por Diabetes Mellitus	2005 a 2006
Taxa de Internação por Doenças Cerebrovasculares	2005 a 2006
Taxa de Internação por Infarto Agudo do Miocárdio	2005 a 2006
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto	2005 a 2006
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Colo e Útero	2005 a 2006
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Mama Feminina	2005 a 2006
Taxa de Internação por Neoplasia Maligna de Próstata	2005 a 2006
Procedimentos Odontológicos Preventivos por exposto	2005 a 2006
Procedimentos de Periodontia por exposto maior de 12 anos	2005 a 2006
Procedimento de Endodontia por Exposto	2005 a 2006
Procedimento de Periodontia por Exposto	2005 a 2006
Exodontias por Exposto	2005 a 2006
Taxa de Procedimentos Preventivos Odontológicos	2003 a 2004
Índice de Procedimentos de Periodontia	2003 a 2004
Taxa de Procedimentos Endodônticos	2003 a 2004

Índice de Procedimentos de Dentística	2003 a 2004
Liquidez de Necessidade de Capital de Giro	2005 a 2009
Liquidez Corrente	2003 a 2009
Patrimônio Líquido	2007 a 2009
Adicional em Garantias Financeiras	2007 a 2009
Grau de Endividamento	2003 a 2006
Índice de Imobilização do Patrimônio Líquido	2007 a 2009
Índice de Liquidez Geral Ajustada	2003 a 2006
Índice de Rentabilidade	2003 a 2006
Índice de Despesa Assistencial	2003 a 2006
Índice Combinado	2003 a 2006
Índice Combinado Ampliado	2003 a 2006
Índice de Enquadramento em Garantias Financeiras	2003 a 2006
Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	2007 a 2009
Dispersão da Rede Assistencial Médico-Hospitalar	2007 a 2009
Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24hrs	2007 a 2009
Dispersão da Rede Assistencial Exclusivamente	2007 a 2009
Percentual de Qualidade Cadastral	2007 a 2009
Índice de Regularidade de Envio dos Sistemas de Informação	2007 a 2009
Taxa de Variação do Número de Beneficiários	2003 a 2008
Proporção de Ressarcimento ao SUS	2007 a 2008
Proporção de Beneficiários de Planos Antigos	2003 a 2007
Taxa de Internações de Beneficiários na Rede hospitalar SUS	2003 e 2005 a 2007
Índice de Ressarcimento ao SUS	2003, 2005 e 2006
Proporção de Permanência de Beneficiário	2003 a 2006
Proporção do Tempo de Desistência do Beneficiário	2003 a 2006
Taxa de Regularização	2003 a 2006
Proporção de Permanência dos Beneficiários	2007 a 2009
Proporção de Beneficiários com Desistência no Primeiro Ano	2007 a 2009
Sanção Pecuniária em Primeira Instância	2007 a 2009
Índice de Reclamação – com Auto de Infração	2003 a 2006
Índice de Processos Transitados em Julgado	2005 e 2006
Índice de Reclamação de Beneficiários	2003 e 2004
Proporção de Permanência dos Beneficiários	2007 a 2009

Fonte: ANS (2011).