

# Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade

ALUÍSIO GOMES DA SILVA JÚNIOR<sup>1</sup>  
LUÍS CLÁUDIO DE CARVALHO<sup>2</sup>  
VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA<sup>3</sup>  
MÁRCIA GUIMARÃES DE MELLO ALVES<sup>4</sup>  
MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS<sup>5</sup>

## Introdução

O Ministério da Saúde (MS) vem promovendo um movimento de institucionalização da avaliação da política de saúde e dos serviços. Muito se tem avançado no que tange à estruturação dos sistemas de informação e indicadores que monitorem os pactos firmados com os municípios e estados na assistência à população. Entretanto, o esforço de monitoramento da política tem sido insuficiente para perceber as mudanças qualitativas nos serviços de saúde requeridas pelas mudanças de desenhos organizacionais da assistência, movidas pelo ideário do SUS.

Alguns autores apontam a necessidade de construção de abordagens avaliativas, conceitos, instrumentos e indicadores que possam não só perceber as mudanças, mas também instrumentalizá-las (HARTZ, 2000; CONILL, 2004; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

A integralidade como diretriz do SUS vem suscitando interessante debate na tentativa de transformá-la em conceito(s) operacional(ais) que sirva(m) à avaliação dos progressos assistenciais do Sistema de Saúde (GIOVANELLA *et al.*; 2002; HARTZ, 2004; CONILL, 2004; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

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

As experiências de avaliação usando a integralidade como eixo ainda são incipientes, mas levantam algumas questões que merecem reflexão. Diferentemente da literatura internacional, o conceito de integralidade no Brasil agrega significados e contextos próprios: a luta pela instituição, manutenção e ampliação de direitos sociais recém-adquiridos; enormes desigualdades socioeconômicas e culturais; redes assistenciais insuficientes; modelos de gestão centralizados e verticais; descompasso entre as necessidades de atenção e os serviços.

---

<sup>1</sup> Doutor em Saúde Pública, professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense-ISC-UFF, pesquisador e coordenador do Grupo de Estudos de Gestão e Ensino em Saúde (GEGES)/ISC-PROPP-UFF/CNPq, pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: agsilvaj@uninet.com.br

<sup>2</sup> Médico, Especialista em Medicina Social e Preventiva, pesquisador da linha de pesquisa micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde /Departamento de Clínica Médica / Faculdade de Medicina /Centro de Ciências da Saúde / UFRJ

<sup>3</sup> Publicitária, Especialista em Autogestão em Saúde e em Marketing, pesquisadora associada ao GEGES/ISC-PROPP-UFF/CNPq.

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Pública, pesquisadora associada ao GEGES/ISC-PROPP-UFF/CNPq.

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Pública, professora do ISC-UFF, pesquisadora do GEGES/ISC-PROPP-UFF/CNPq, pesquisadora associada do LAPPIS.

A contribuição do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) no debate brasileiro sobre a integralidade tem ampliado o sentido desta, na tentativa de responder às singularidades de nosso contexto (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004 e 2005). Esperamos neste texto destacar e refletir sobre alguns conceitos que permitam avaliações qualitativas mais adequadas ao contexto brasileiro e ao processo de mudança no modelo assistencial do SUS.

## **A integralidade na literatura de avaliação**

Conill (2004) levantou experiências internacionais e nacionais utilizando a integralidade em avaliação de sistemas e/ou serviços de saúde. Verificou que no Reino Unido a integralidade se refere à oferta de uma gama de serviços, onde ocorre integração de práticas preventivas, curativas e reabilitadoras, em níveis crescentes de complexidade. Esse espectro de ações nos remete à discussão de Leavell e Clark (1976), sobre a história natural das doenças e a possibilidade de atuação em vários níveis de prevenção.

Entretanto, privilegiou-se, na avaliação do sistema de saúde daquela região, o acesso e a equidade (acesso de minorias étnicas). Já no Canadá, em Quebec, identificaram-se cinco dimensões: a dimensão pessoal e familiar do cuidado, seu caráter completo (gama de serviços), contínuo (seguimento no tempo, no domicílio e no sistema) e coordenado (relações entre os serviços). Essas dimensões foram avaliadas com indicadores específicos, obtidos através de observação direta, entrevistas e documentos.

Conill ressalta que existiam duas tendências nas práticas de Quebec. De um lado, um entendimento ampliado significando a incorporação de ações preventivas, sociais e comunitárias, com introdução de ações da esfera da saúde coletiva nos serviços tradicionalmente dominados pelo cuidado médico. De outro, a garantia de maior continuidade de uma atenção médica de primeira linha, agora mais completa.

Em experiências de outros países destaca-se a contribuição de Starfield (1979 e 2002) para avaliar a atenção primária, que propõe análise de estrutura e processos de atenção a partir de quatro elementos principais: o atributo do primeiro contato, o caráter coordenado ou integrador (seguimento ou continuidade do atendimento), o caráter amplo ou integral (oferta completa de serviços biopsicossociais, referência) e a "longitudinalidade" (vínculo no tempo).

O primeiro contato refere-se ao acesso facilitado e à referência de orientação para o paciente em situação de doença.

A coordenação tem a ver com a continuidade da assistência, em articulação com outros níveis de densidade tecnológica para a solução de problemas de usuários (referência e contra-referência). Inclui-se aí a articulação entre profissional e equipe, entre outras equipes e o compartilhamento de informações sobre o paciente.

A integralidade é vista como a capacidade de oferecer uma variedade de serviços para suprir as necessidades mais freqüentes da comunidade.

Por fim, a longitudinalidade é a relação pessoal que se estabelece, em longo prazo, entre profissionais e pacientes na busca pelo atendimento. Essa relação acontece através do conhecimento do paciente, inserido em seu contexto, com suas características sócio-econômico-culturais.

No Brasil as experiências de avaliação vêm utilizando o conceito de integralidade com o sentido de oferta de ações articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação (CARVALHO, 1991; SILVA JUNIOR, 1998; ORTIGA, 1999; CONILL, 2002). As noções de acesso, vínculo e continuidade das ações aparecem em algumas dessas experiências.

Giovanella *et al.* (2002) operacionalizaram o conceito de integralidade para avaliar sistemas municipais de saúde por meio de quatro dimensões: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e a abordagem integral do indivíduo e famílias.

Embora utilizando uma boa síntese da literatura internacional sobre integralidade e elaborando uma potente proposta de avaliação, essa experiência teve como foco de análise as estruturas assistenciais existentes e os processos de gestão municipal, deixando de fora a avaliação do cuidado individual. Os autores partiram do pressuposto de que alguns avanços qualitativos na assistência seriam percebidos a partir da adoção de algumas modalidades assistenciais, como programa de saúde da família, centros de atenção psicossocial e outros. Infelizmente, a análise da difusão de algumas dessas modalidades assistenciais revelou uma diversidade qualitativa que impede generalizações (MERHY; FRANCO, 2002 e 2003; FAVORETO, 2002). Por exemplo, sob o nome de programa de saúde da família encontraram-se desde piores práticas de pronto-atendimento simplificado, passando por atendimento médico tradicional, até experiências realmente inovadoras na assistência. Isto nos obriga a construir abordagens que verifiquem os processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde, os resultados obtidos e a percepção do cuidado pelos usuários, para emitirmos algum juízo de valor sobre a qualidade assistencial.

### **Ampliando os sentidos da integralidade na avaliação**

Os debates promovidos pelo LAPPIS sistematizaram os sentidos em uso da integralidade e problematizaram e incorporaram novos sentidos (MATTOS, 2002; PINHEIRO, 2003).

Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004) têm a compreensão de que assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde significa entender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade. A partir da observação de experiências em diferentes estados e municípios brasileiros, pode-se identificar atributos da integralidade emergentes das práticas inovadoras na organização da atenção (PINHEIRO, 2001).

Essas inovações são construídas cotidianamente com permanentes interações democráticas dos sujeitos *nos* e *entre* os serviços de saúde, sempre pautadas por valores emancipatórios. Valores como garantia de autonomia, exercício da solidariedade, reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter. Os serviços de saúde são compreendidos como espaços públicos onde vivem sujeitos coletivos (“resultantes da intersubjetividade que somos”) ainda carentes de um agir político, compartilhado e sociabilizado (AYRES, 2001).

A integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade. Práticas estas que produzam espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolvam melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, mediem negociação e pactuação de ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção.

O cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral, que tem

significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004). A ação integral é também entendida como a “entre-relações” das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997 e 2002).

O controle pela sociedade é construído com mecanismos de participação social, vocalização de atores em assimetrias de poderes e capacidade coletiva de avaliar o desempenho das políticas públicas.

Preocupados em avaliar as práticas de cuidado, Silva Junior e Mascarenhas (2004) propuseram uma operacionalização de integralidade pelos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde. Acolhimento, para os autores, incluiria as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos. Vínculo e responsabilização englobariam não só a noção de longitudinalidade, mas a instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população.

A qualidade da atenção à saúde pressupõe a referência de um modelo idealizado que leva em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Esses conceitos operacionais podem ser observados por meio de observação participante, entrevistas com gestores, profissionais e usuários, pesquisa de documentos e prontuários. Condições traçadoras como atenção pré-natal e hipertensão arterial ajudam a entender a cadeia produtiva do cuidado e as escolhas tecnológicas.

Essa proposição foi testada inicialmente na tese de doutorado de Mascarenhas (2003) que comparou o processo de trabalho de uma equipe tradicional de unidade básica de saúde com aquele desenvolvido por uma equipe do Programa Médico de Família em Niterói, estado do Rio de Janeiro.

Foi também levada para os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família – PROESF (LOTE 1, Sudeste: Minas Gerais e Espírito Santo), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2005).

O grupo formulador, composto por pesquisadores do Instituto de Medicina Social – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Saúde da Comunidade - Universidade Federal Fluminense e o Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde - Universidade Federal de Juiz de Fora, se debruçou sobre o terceiro componente (Monitoramento e Avaliação), cujo objetivo é subsidiar o aperfeiçoamento e a consolidação das atuais práticas de avaliação no âmbito da Atenção Básica em Saúde no SUS (ABS/SUS) e unificar um conjunto de estratégias que contribuam com a institucionalização da avaliação nos municípios ligados ao PROESF.

Os estudos avaliativos produzidos abordam três dimensões que deveriam orientar o olhar sobre os serviços a serem avaliados: político-institucional, desempenho, cuidado integral e organização da atenção.

Na dimensão do cuidado integral e organização da atenção avalia-se a integralidade, valorizando os conceitos: acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade de atenção, conforme preconizado por Silva Júnior e Mascarenhas (2004).

Para a definição das ferramentas de análise e indicadores, o grupo contou também com a participação do conjunto de gestores do Programa de Saúde da Família (PSF).

A ferramenta de análise escolhida foi o fluxograma analisador que descreve o processo de trabalho da equipe de saúde, abordando a integralidade no âmbito da garantia de um olhar integral da equipe e de complexidade do cuidado (MERHY *et al.*, 1997; FRANCO, 2003).

Na segunda dimensão, político-institucional, utiliza-se como referencial teórico Carlos Matus (1983) e seu triângulo de governo (projeto, capacidade de governo e governabilidade). O método, nesta abordagem, parte da construção de um grupo de discussão composto pelos gestores do sistema público municipal e coordenadores da atenção básica, do PROESF, do PSF, supervisores de equipes da atenção básica, de unidades com e sem PSF e demais profissionais do nível central envolvidos com o trabalho na atenção básica.

Propõe-se que nos encontros regulares do grupo seja utilizado um roteiro contendo uma lista de marcadores para orientar o processo de avaliação do trabalho dos profissionais envolvidos na operacionalização da atenção básica (Unidade Básica de Saúde (UBS) – com PSF e sem PSF). Tais marcadores se dividem em cinco categorias e são representativos do cotidiano das funções das equipes de coordenação da atenção básica:

- **Financiamento.**
- **Gestão:** acesso e clareza sobre a receita da Atenção Básica (AB) e PSF; trabalho integrado entre os programas / ações programáticas da AB; supervisão das UBS; estratégias de acesso e de acessibilidade para usuários; integração ensino-serviço; mecanismos de regulação e auditoria; relação entre a AB e demais departamentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (processos cotidianos e organograma); divulgação do PSF; fluxo do processo de trabalho/decisório; relação nível local com nível central; articulação com os conselhos municipal, regional e local; instrumentos de acompanhamento físico-financeiro; relação com o fundo municipal de saúde (definição, controle e execução financeira).
- **Gestão/Planejamento:** papel/ função do PSF na rede de serviços de saúde; conhecimento e clareza dos objetivos e metas do projeto PROESF; sustentabilidade da expansão do PSF; participação dos comitês (p.ex. mortalidade materna, tabagismo) nos processos de gestão e planejamento; gerenciamento de recursos; mecanismos de acompanhamento e avaliação da AB; conhecimento e clareza dos objetivos, das metas da política da atenção básica; conhecimento e utilização do pacto da atenção básica.
- **Intersetorialidade:** elaboração e coordenação conjunta de projetos/programas sociais municipais e nacionais; intersetorialidade no território da UBS (associação de moradores, organizações não-governamentais, organizações comunitárias e escolas).
- **Planejamento:** monitoramento de metas definidas para AB e PSF; protocolos de organização dos serviços e clínicos; análise dos relatórios do Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB) e dos demais Sistemas de Informações em Saúde (SIS), como instrumento de planejamento; manejo, atualização, análise de infra-estrutura e descentralização dos Sistemas de Informações em Saúde

(SIS); emissão e análise de relatórios dos SIS para as coordenações - AB e PSF e UBS; avaliação do Sistema de Informação (SI) próprio; racionalização dos registros e formulários dos SIS.

Existem também no roteiro pontos de discussão sobre recursos humanos, abordando composição das Equipes de Saúde da Família (ESF) e da AB; rotatividade/contratação de profissionais; plano de cargos, de carreiras e salários; relação com o Pólo de Educação Permanente (participação, apoio nas capacitações); programa municipal de educação permanente (para equipes e gestores); estratégia de apoio às ESF para o enfrentamento da complexidade da realidade.

Há ainda análise de documentos orientada pela lista de marcadores e pontos de discussão, e pela identificação de informações como finalidade do documento; quem é o ator/autor político do documento; e outras.

Outra atividade desta dimensão é o levantamento sistemático de indicadores, a partir de informações secundárias dos principais bancos de dados em saúde do município, permitindo o monitoramento e a avaliação da atenção básica.

Na terceira e última dimensão avalia-se o desempenho do sistema de saúde segundo dois aspectos: a qualidade das bases de dados dos principais Sistemas de Informações em Saúde e a avaliação da plausibilidade, segundo Habicht, Victora e Vaughan (1999).

Essas contribuições e a experiência relatada por Conill (2002) ofereceram subsídios para o estudo da integralidade materializada por processos de trabalho. Entretanto, suas observações restringiram-se ao nível primário de assistência, que, embora seja considerado o melhor para o desenvolvimento da integralidade em seus sentidos mais amplos, não é capaz, isoladamente, de dar todas as respostas às demandas da população.

Assim o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, como assinalavam Hartz e Contandriopoulos (2004). Mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional, fazem-se necessários.

Silva Junior, Alves e Alves (2005) sistematizaram a discussão sobre redes de cuidado e a integralidade como eixo estruturante. Destacaram a organização de malhas de cuidado ininterrupto e progressivo, bem como a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos pacientes na busca de recursos para solução de seus problemas nos diversos níveis de atenção. Fizeram contraponto às práticas usuais de referência e contra-referência baseadas em aspectos apenas normativos, transferindo ao usuário a responsabilidade pela busca dos recursos. Novamente, acolhimento, vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado são conceitos úteis para avaliar a integralidade na rede de serviços. Esses conceitos vão ao encontro de Hartz e Contandriopoulos (2004), que afirmam que “a integração propriamente dita dos cuidados é uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”.

Esses autores, referindo-se a uma comunicação pessoal de Mendes, atribuem muitas dificuldades na implantação dos sistemas de referência e contra-referência dos pacientes, ao quase desconhecimento de tecnologias de microgestão da clínica como a gestão da utilização de procedimentos, perfilização clínica, gestão da patologia, gestão de casos, lista de espera e procedimentos expectantes, revisão do usuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação. As novas possibilidades que se apresentam constituem o que Merhy (2002) denomina de reestruturação produtiva na saúde, marcada muito mais pela modelagem que opera a produção das ações de saúde, através das chamadas tecnologias leves ou não dependentes dos equipamentos, do que pelas mudanças resultantes da introdução de novos equipamentos no setor. Esse movimento já foi compreendido e reinterpretado, por exemplo, pela proposta de atenção gerenciada (*managed care*) desenvolvida nos EUA, desde a década de 80, como parte do projeto do capital financeiro para reformar a saúde, inventando também novas formas de trabalhar a gestão, através da otimização da relação “custo versus qualidade” (UGÁ *et al.*, 2002; IRIART, 2000 e 2003).

Mas a estratégia da atenção gerenciada (AG) não é o único caminho trilhado nesta direção. Já podem ser identificadas experiências públicas e privadas que também têm apostado nesse novo desenho para a área de saúde, através da priorização do território das tecnologias leves numa perspectiva mais ampla e centrada na lógica do beneficiário.

Mehry (2002) constata que algumas dessas práticas podem ser aproveitadas não para o aprisionamento do trabalho médico e maior controle deste, como preconizado pela AG, mas para a implementação de novas formas de operar, centradas nas tecnologias leves do trabalho em saúde.

Resolvemos nos debruçar sobre as experiências voltadas para avaliação da assistência à saúde no âmbito privado, como as propostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Brasil, e acreditação de planos de saúde do “*National Committee for Quality Assurance*” (NCQA), nos EUA.

### **Algumas pistas de integralidade na avaliação do setor privado**

A ANS é uma autarquia especial do MS, criada no ano 2000, com a missão de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Lei n. 9.961/2000).

Ao propor uma política de qualificação para o setor, a partir de 2004, o órgão regulador pretendeu instituir um novo marco no processo de macrorregulação. A nova perspectiva de regulação do mercado privado de planos de saúde significa o reconhecimento da saúde suplementar como um local de produção da saúde e indução a uma transformação profunda de todos os atores envolvidos: as operadoras de planos em gestoras de saúde; os prestadores de serviço em produtores de cuidado de saúde; os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor com o objetivo de produzir saúde.

Dentre os aspectos avaliados, prioriza-se a atenção à saúde, o impacto das ações de saúde na população usuária, realizando essa avaliação de forma sistemática e progressiva. Trabalha-se com a perspectiva de um monitoramento contínuo da qualidade da atenção prestada por operadoras e, por afinidade, pelos prestadores.

De acordo com pesquisa feita pela ANS sobre os modelos assistenciais desenvolvidos pelas operadoras (ANS, 2005b), pode-se identificar 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.

Foram identificadas como perspectivas reais nesta pesquisa duas possibilidades: a transformação das operadoras em promotoras e gestoras do cuidado em saúde e a regulação dessa nova forma de operar.

Usando uma combinação de métodos (ANS, 2005a), a agência propõe focalizar, neste momento, a atenção em função dos segmentos de assistência oferecidos pelas diferentes modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde, em quatro grandes linhas de cuidado na saúde suplementar: a linha materno-neonatal, a das doenças crônicas não-transmissíveis, subdivididas no grupo das neoplasias e das doenças cardiovasculares, para os segmentos médico-hospitalares com ou sem planos odontológicos, e a da saúde bucal para o segmento odontológico em geral. A escolha dessas linhas de cuidado não foi aleatória, mas baseada no perfil de morbidade e/ou mortalidade da população usuária dos planos privados de saúde.

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

Os Índices de Desempenho na Saúde Suplementar (IDSS)<sup>1</sup> são obtidos por meio da análise ponderada de quatro dimensões das operadoras: atenção à saúde (50%), econômico-financeira (30%), estrutura e operação (10%) e satisfação do beneficiário (10%). A pontuação das operadoras é obtida em função de metas a serem alcançadas, usando como referência os parâmetros utilizados pelo setor público.

O índice é elaborado por indicador, dimensão, conjunto de operadoras por segmentação assistencial (médico-hospitalar e exclusivamente odontológico), classificação e porte, bem como no geral do setor da saúde suplementar. Outros detalhes podem ser observados no texto-base de Política de Qualificação da ANS (ANS, 2005a).

Além do monitoramento dos indicadores a partir dos sistemas de informação instituídos pela ANS, é prevista a realização de uma pesquisa quali-quantitativa junto aos usuários, a fim de avaliar o conhecimento sobre a agência e a satisfação dos mesmos com as operadoras e com a ANS. Também está prevista uma investigação multicêntrica pela rede de centros colaboradores da ANS, de natureza qualitativa, por meio de estudos de casos sobre o processo de trabalho na assistência à saúde e a articulação dos diversos atores, em todas as regiões do país.

A pesquisa referida apontava uma matriz analítica para caracterização do modelo tecnoassistencial das operadoras, a qual foi sugerida e adaptada aos estudos multicêntricos (ANS, 2005b), cujas dimensões são:

- **Objetivos:** a serem trabalhados segundo a missão institucional.
- **Política:** atores implicados, em cada segmento e seus interesses disputantes; sua forma de operar junto aos demais atores em cena; sua relação com a ANS (ressarcimento ao SUS, regulação, segmentação) e com o SUS; sua relação com os usuários (informações, participação e avaliação); as outras parcerias utilizadas (trabalho social desenvolvido); as disputas no mercado (como a incorporação de novas tecnologias) e as relações com os prestadores.



- **Saberes Tecnológicos:** compreende-se que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias na sua configuração; pretende-se apontar quais saberes sustentam e direcionam essa organização e identificar se a sustentação ocorre a partir dos pressupostos da clínica moderna, da saúde coletiva, da promoção da saúde ou de outros.
- **Organizativa:** a forma de gestão e gerência, características de rede existente, abrangência geográfica, coberturas, acesso, acolhimento do cliente, sistemas de informação utilizados, fluxos e direcionamento dos usuários através das portas de entrada e outros mecanismos.
- **Assistencial:** práticas assistenciais estabelecidas pela operadora, a existência de ações de promoção e prevenção à saúde, a concepção da integralidade da atenção à saúde, a existência de projetos de desenvolvimento técnico-científico ou de capacitação, adoção de práticas de gerenciamento do cuidado – *case management, follow up* – e como são constituídas ou direcionadas as ações nas linhas do cuidado da mulher, a criança, a cardiologia e saúde bucal, assistência farmacêutica, internação domiciliar, alta complexidade, assistência à saúde mental, saúde do trabalhador e outros.

Durante sua implementação, o programa, cuja proposta está disponível no sítio eletrônico da ANS, tem sido discutido com as representações de todos os segmentos – operadoras de planos privados de saúde, prestadores de serviços de saúde e beneficiários representados pelos órgãos de defesa do consumidor. Com o desenvolvimento da política de qualificação, é esperado que o setor de saúde suplementar compartilhe e articule sua agenda com o sistema público.

### **Acreditação de planos de saúde pelo NCQA**

O *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) – Comitê Nacional para Garantia de Qualidade – é uma organização americana privada, sem fins lucrativos, fundada em 1990, que tem como missão a melhoria da qualidade do cuidado de saúde (NCQA, 2006a).

Em 1991, iniciou a atividade de acreditação das *Managed Care Organizations* (MCO) – organizações que gerenciam a utilização e o financiamento de planos de saúde – como resposta à necessidade de informação padronizada e objetiva sobre a qualidade do cuidado (NCQA, 2006b).

O NCQA produz e divulga informações sobre planos de saúde para subsidiar o consumidor e o empregador em suas escolhas. As informações são geradas a partir de padrões de qualidade e medidas de desempenho, que também auxiliam os diversos atores ligados ao sistema de saúde a identificar oportunidades de melhoria e realizar mudanças que possam aperfeiçoar a qualidade do cuidado oferecido ao paciente (NCQA, 2006b).

O mérito da acreditação do NCQA é reconhecido por mais de 30 estados americanos, pelo Governo Federal e pelo Programa *Medicare*. Em consequência, os planos acreditados são dispensados de muitos ou de todos os elementos de auditorias estaduais e federais (NCQA, 2006c).

Quando solicitado para uma acreditação, o NCQA designa uma equipe de peritos treinados da área de saúde para conduzir uma avaliação rigorosa, dentro e fora da MCO, de mais de 60 padrões e indicadores. Os avaliadores analisam os sistemas e processos e combinam as informações coletadas no local da avaliação com informações dos registros dos planos de saúde e de pesquisas junto aos consumidores (NCQA, 2006d).

A participação nos programas de acreditação é voluntária e o plano precisa ter bom desempenho em três áreas distintas, que juntas informam sobre a qualidade do cuidado oferecido aos usuários (NCQA, 2006c): em suas estruturas e processos (medidas pelos padrões de acreditação do NCQA); na clínica (medida pelo *Health Plan Employer Data and Information Set* (HEDIS)) e a satisfação dos usuários (medida pelo *Consumer Assessment of Health Plan Survey* (CAHPS), que integra o HEDIS).

Os padrões de estrutura e processo se subdividem em cinco dimensões, que são avaliadas a partir da revisão de registros do plano, entrevistas com funcionários e pontuação dos resultados das pesquisas dos consumidores conduzidas por organizações independentes de avaliação. São elas:

- **Acesso e serviço:** avalia o quanto o plano garante a seus usuários acesso aos cuidados de saúde e bons serviços (NCQA, 2006e).
- **Provedores qualificados:** avalia como o plano de saúde se assegura de que cada provedor (credenciado) esteja licenciado e treinado apropriadamente para praticar a medicina e se os usuários estão satisfeitos com seus médicos (NCQA, 2006f).
- **Permanecendo saudável:** analisa se as atividades do plano de saúde estimulam as pessoas a manter uma boa saúde e evitar as doenças (NCQA, 2006g).
- **Melhorando:** avalia atividades do plano que auxiliam o usuário a se recuperar de uma doença. (NCQA, 2006h).
- **Vivendo com a doença:** avalia as atividades do plano de saúde que ajudam o usuário a controlar a doença crônica (NCQA, 2006i).

O HEDIS é uma ferramenta de coleta padronizada de dados, que gera comparações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços oferecidos pelos planos de saúde (NCQA, 2006j). Conta com inúmeros indicadores divididos nas dimensões (NCQA, 2006k):

- **Efetividade do cuidado:** avalia a qualidade clínica do cuidado prestado pelas operadoras nos aspectos relativos a serviços de prevenção e diagnóstico precoce, tecnologias utilizadas para tratamento de episódios agudos e ao tratamento de doenças crônicas.
- **Acesso e disponibilidade do cuidado:** observa os possíveis acessos dos usuários aos serviços oferecidos pelas operadoras.
- **Satisfação com a experiência do cuidado/ CAHPS:** mede a satisfação do usuário por meio de pesquisas.
- **Estabilidade do plano de saúde:** mensura a estabilidade do plano (tempo de existência no mercado/ total de usuários).
- **Uso dos serviços:** mede a utilização de serviços oferecidos pelo plano.
- **Custo do cuidado.**
- **Seleção informada sobre opções de tratamento.**
- **Informações descritivas do plano de saúde:** tem indicadores como certificação do plano, registro por linha de produto e registro por estado.

O resultado da avaliação de um plano é comparado às médias nacionais dos planos de saúde e utilizado para determinar o resultado geral da acreditação. Um comitê nacional avalia esse resultado e atribui ao plano um selo, referente ao nível atingido. Podem ser atribuídos três níveis de acreditação (NCQA, 2006d): a) **excelente** – a organização recebe um selo com quatro estrelas.; b) **recomendável** – a organização

recebe um selo com três estrelas; c) **acreditado** – a organização recebe um selo com duas estrelas.

O consumidor pode conferir o desempenho das organizações de saúde nos websites [www.healthchoices.org](http://www.healthchoices.org) e [www.usnews.com](http://www.usnews.com) (NCQA, 2006c). O modelo de acreditação descrito é o utilizado para as MCO que contam com planos dos tipos *Health Maintenance Organizations* (HMO) e *Point of Service* (POS).

## Refletindo sobre as experiências

No quadro 1 tentamos sintetizar a observação das três experiências relatadas: PROESF, qualificação da saúde suplementar e acreditação de planos de saúde pelo NCQA.

Antes de discutirmos as experiências, é necessário fazer algumas advertências e ponderações.

A primeira diz respeito ao cuidado necessário ao analisar o quadro: um mesmo atributo pode estar relacionado a mais de uma dimensão. As relações entre usuários, prestadores e operadoras na saúde suplementar são consideradas relações de mercado. Os usuários são percebidos como “consumidores” com direitos assegurados no consumo, diferentemente das relações no sistema público de saúde, onde são cidadãos com direitos de cidadania, garantidos pelo Estado. Esta perspectiva reduz a integralidade no setor suplementar a um conjunto de serviços discriminados em um contrato e sua garantia é a de cumprimento desse contrato.

Antes da regulação do setor, existiam contratos com coberturas de serviços diversas, na maioria das vezes parciais, definidas por cálculos atuariais e pelo risco de utilização (sinistralidade), o que limitava a gama de serviços oferecidos à capacidade de pagamento dos usuários. Tal situação gerava e ainda gera, em contratos anteriores à regulação, muitos conflitos na hora de maior necessidade dos usuários, que se vêem cerceados no acesso às tecnologias no momento de uma complicação de sua doença.

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

A adoção de modelos assistenciais mais cuidadores e a microrregulação têm mostrado resultados na difícil equação de ampliar cobertura e controlar custos na assistência. Isto nos leva a crer que a discussão da integralidade no setor suplementar funciona como um tensionador na expansão do acesso a recursos tecnológicos para a solução de problemas da população, na mesma proporção que ocorre no desenvolvimento do sistema público de saúde.

Cabe lembrar que o setor suplementar também padece dos problemas gerados pelo modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde como excessiva medicalização, uso irracional de tecnologias, predomínio das tecnologias duras nas relações com os usuários e até mesmo uma desumanização revestida de ambientes mais confortáveis e promessas de melhor atendimento. (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003). Como conseqüência, algumas questões focadas pela avaliação tanto da ANS quanto do NCQA são frutos de tensões produzidas pela sociedade em suas reclamações dos serviços de saúde. Vale ressaltar que, mesmo no sistema público, o fato de o acesso ser universal não exclui a necessidade de uma avaliação crítica da utilização dos recursos em qualquer nível do sistema.

Observa-se nas três experiências que existem semelhanças e diferenças nos atributos das diversas categorias de análise. Entretanto, um mesmo atributo encontrado em todas elas, pode ter sido identificado em dimensões com distintas classificações e coerentes com seu contexto.

No que diz respeito às **práticas de gestão e organização de serviços**, todas procuram caracterizar a rede de serviços em sua estrutura. No contexto brasileiro, com grandes disparidades na locação de recursos, é necessário verificar a “real” existência de uma rede como alertava Hartz e Contandriopoulos (2004, p. S333).

Na abordagem do NCQA é acrescida uma avaliação qualitativa dos recursos existentes (físicos, humanos, equipamentos, capacitação, certificação, entre outras estruturas). Numa perspectiva futura, pode-se investir nisso no Brasil com uma ótica e conteúdo mais adequado ao ideário do SUS.

A existência e o uso de sistemas de informação nas experiências revelam uma preocupação com dados cadastrais, econômico-financeiros, de cobertura e de resultados. Pensamos que a observação de sistemas de informação que disponibilizem dados sobre os usuários em qualquer ponto de atendimento da rede ajudem a construir a integralidade.

Facilitando o acesso às informações do usuário, evita-se a necessidade de recontar sua história em cada atendimento encaminhado e possibilita-se o diálogo entre os profissionais e equipes envolvidos nos atendimentos. Lembramos que a informatização é importante, porém não é imprescindível para a circulação de informações na rede de serviços. O uso burocrático da informática pode, inclusive, se tornar uma barreira de acesso à população.

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

A existência de centrais de regulação dos recursos assistenciais (leitos, vagas em especialidades, exames sofisticados, entre outros) pode significar um esforço da gestão em otimizar a utilização e ampliar o acesso pela população. Entretanto, há uma lacuna na verificação da articulação entre os vários pontos da rede.

Dispositivos de gestão colegiada de recursos parecem bons espaços para discussão, negociação e pactuação entre gestores e trabalhadores. Deve-se verificar, entretanto, se são espaços participativos, de fato, ou apenas de legitimação de gestores ou corporações.

Quanto aos **conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde**, há um foco de evidenciação de práticas promocionais e preventivas numa perspectiva não só de ampliação dos leques de serviços ofertados, mas como diretriz de ênfase das ações desenvolvidas.

As práticas em geral são orientadas por diretrizes e protocolos clínicos baseados na “melhor evidência científica” cuja observação denota o aspecto racionalizador no sentido da eficácia/eficiência no uso das tecnologias.

A existência de programas de capacitação e educação permanente articula-se à idéia do “melhor uso das tecnologias”. As tecnologias mencionadas são na sua maioria conhecimentos e práticas articulados voltados para problemas estruturados (doenças), abordando insuficientemente problemas não estruturados ou manifestações de sofrimento inespecífico e singulares dos usuários. Ou seja, não se avalia a capacidade das equipes ou serviços no uso de tecnologias de relação (leves).

O contraponto é oferecido pelo PROESF, ao preocupar-se com os processos de trabalho, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, vistos como “territórios de tecnologias leves”, onde as relações entre profissionais e usuários, profissionais e gestores, profissionais e profissionais, gestores e gestores e gestores e usuários são analisados e ressignificados.

Ainda nesse “território”, nos parece interessante destacar a noção de coordenação de cuidado (STARFIELD, 1979) exercida por profissionais de saúde, que, no nosso entender, tem sua ênfase na capacidade de perceber necessidades de usuários e articular os arranjos tecnológicos necessários para atendê-las, em qualquer nível de densidade tecnológica, produzindo pactos cuidadores e fluxos entre equipes (referência/contra-referência), vínculos e responsabilização temporárias (no local de encaminhamento) e sensação de “ser cuidado” no usuário.

Esse tipo de prática é exercido por alguns profissionais como característica pessoal quando se deparam com situações de seus pacientes que necessitam da intervenção de outros profissionais ou serviços e, ao encaminhar o paciente, contatam esses outros recursos alternativos, relatam o histórico do paciente, falam de suas dúvidas ou de suas indicações de intervenção e marcam a ida do paciente.

Com o paciente são discutidas suas necessidades e esclarecidas suas possibilidades de intervenção e/ou encaminhamento. Por fim, recebem orientação sobre a referência a ser procurada e como se estabelecerá o contato dos profissionais envolvidos naquela atenção, para assegurar a continuidade do cuidado. Todas as referências pessoais são nominadas e os fluxos de encaminhamento e informação estabelecidos.

Chamamos a atenção para esse tipo de prática, exercida como diretriz pactuada de um serviço, como um dos focos de gestão – para assegurar a continuidade do cuidado.

O desenvolvimento dessa prática como parte do processo de trabalho requer investimentos de capacitação e educação permanente na ampliação da clínica e no domínio de tecnologias de relação.

Os recursos ou arranjos tecnológicos não se restringem aos tradicionais (consultas, exames, internações ou cirurgias), mas incluem aqueles provenientes da gestão da clínica como gestão de casos, gestão de doença, atenção domiciliar e outras modalidades assistenciais.

Quando pensamos em recursos tecnológicos, tanto mencionamos os do setor saúde, *stricto sensu*, quanto os de redes sociais de apoio (VALLA *et al.*, 2004; LACERDA; VALLA, 2004), ou de outros setores (intersectorialidade). Observa-se que na experiência do PROESF há uma preocupação com a articulação intersectorial no nível local.

A coordenação do cuidado pode ser verificada por meio do fluxograma analisador. Na proposta do PROESF, o uso do fluxograma restringiu-se à observação do trabalho da equipe no nível básico, mas Meneses (1998) utilizou a ferramenta para analisar uma rede hierarquizada e o percurso de um paciente e sua mãe na busca de resolução do seu problema.

A percepção por parte do usuário é um componente importante de processos avaliativos da qualidade do cuidado. (STARFIELD, 1998 e 2002; MASCARENHAS, 2003; SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2004). A noção de satisfação de usuários é problemática, pois carrega componentes subjetivos, às vezes, contraditórios.

Em populações de maior poder aquisitivo e escolaridade, a “satisfação do usuário” expressa um conjunto de expectativas de direito. Entretanto, em algumas comunidades de menor poder aquisitivo e escolaridade, alguns serviços são percebidos como “dávivas” de um Estado paternalista e os profissionais são uma espécie de “agentes caridosos”

distribuidores das “dádivas”. A satisfação dos usuários, nestes casos, é a expressão de uma “gratidão” ou uma forma de assegurar a continuidade do serviço, pois “se criticarem podem perdê-lo”.

Essas visões foram percebidas por Mascarenhas (2003) em comunidades socioeconomicamente parecidas, cuja diferença entre elas era a modalidade de serviço de saúde que as atendia (unidade básica tradicional ou módulo de médico de família). Na primeira modalidade, observou-se certo conformismo com a qualidade do atendimento e, no segundo, onde a associação de moradores (em convênio com a fundação municipal de saúde) é o empregador dos profissionais de saúde, o posicionamento dos usuários é mais exigente e reivindicador.

Nas experiências da ANS e do NCQA, a satisfação do usuário é avaliada em diferentes situações: como volume de reclamações que geraram autuações e penalizações, como opiniões sobre o atendimento recebido em situações agudas e crônicas, entre outras.

É importante incluir a percepção da qualidade da assistência dos usuários e dos trabalhadores na avaliação da integralidade.

Algumas experiências municipais têm oferecido serviços ampliados e de boa qualidade, às vezes percebidos pela população, às custas de um esforço sobre-humano dos trabalhadores, o que gera muitas reclamações por parte destes.

Possibilitar a vocalização destas visões e o diálogo entre elas e a gestão nos parece uma forma de conduzir a integralidade como política. Entrevistas semiabertas, grupos focais e outros procedimentos de coleta e sistematização dessas vozes têm trazido muitas luzes na compreensão dessas relações.

Por fim, como **práticas de controle pela sociedade**, não percebemos nenhuma abordagem específica. Na ANS e NCQA há uma preocupação de “prestação de contas” à sociedade, no sentido de provê-la de informações para “melhores escolhas” dos planos de saúde. Algumas operadoras de planos de saúde (autogestão) já estruturam conselhos de usuários em seus processos de gestão. (SILVA JÚNIOR; HADDAD; MELIN, 1999).

O setor público tem avançado mais sobre esse aspecto, em vários níveis de gestão, no âmbito dos Conselhos de Saúde. Furtado (2001) já mencionava a importância da avaliação servir ao controle pela sociedade e sugeria comitês de avaliação formados por avaliadores externos, gestores, profissionais e usuários. Ressaltava que a instauração de processos avaliativos que garantam a inclusão dos vários grupos de interesses nos programas ou serviços avaliados instituiria uma rede de compromissos e certo controle sobre a efetivação de alterações definidas durante o processo.

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

## **Considerações finais**

Observando as três experiências à luz das dimensões de **práticas de gestão e organização de serviços; conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde e práticas de controle pela sociedade**, foi possível destacar alguns conceitos e noções úteis na avaliação da integralidade de redes de serviços de saúde.

Acolhimento, vínculo-responsabilização, processo de trabalho, qualidade da atenção, coordenação do cuidado, percepção da qualidade da atenção pelos usuários e trabalhadores, estrutura, articulação da rede, intersetorialidade, sistema de informação para o cuidado, equidade e mecanismo de controle de acesso, gestão participativa, processo avaliativo como dispositivo de controle pela sociedade possibilitam novos olhares e perspectivas de avaliação dos serviços de saúde, onde a integralidade é vista como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema. (PINHEIRO, 2003).

Esta perspectiva vai ao encontro do que Vieira da Silva (2005) chamou de ampliação do conceito de avaliação de Contandrioupoulos *et al.* (1997), “um julgamento sobre **práticas sociais** ou qualquer de seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”, tomando as práticas de saúde como um caso particular cujo sentido de “julgamento” pode variar desde a formulação de juízo de valor qualitativo ou quantitativo, até uma análise que envolva o significado do fenômeno.

Julgar para decidir pressupõe acúmulo e compartilhamento de conhecimento, negociação entre visões e interesses, e acúmulo e compartilhamento de poder. Partir do cotidiano das práticas na saúde parece um caminho mais interessante na institucionalização de processos avaliativos no sistema de saúde.

**Quadro 1 – Síntese das três experiências que utilizam a integralidade na avaliação**

Categorias de análise	PROESF	Qualificação da Saúde Suplementar	Acreditação
Contexto	- Atenção básica dos municípios brasileiros	- Operadoras de planos de saúde no Brasil	- Planos de saúde nos EUA
Atributos das práticas de gestão e organização de serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão político-institucional:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• financiamento</li> <li>• gestão: mecanismos de controle de acesso e outros</li> <li>• recursos humanos</li> <li>• gestão/planejamento: caracterização da rede assistencial e outros</li> <li>• intersetorialidade</li> <li>• planejamento: sistemas de informação e outros</li> </ul> </li> <li>- Dimensão desempenho do sistema de saúde:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sistemas de informação (análise da cobertura, completitude e confiabilidade dos registros, e plausibilidade)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão da atenção à saúde (***):</li> <li>- Dimensão organizativa (*):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• caracterização da rede assistencial</li> <li>• mecanismos de controle de acesso</li> <li>• sistemas de informação</li> <li>• gestão junto aos prestadores</li> <li>• gestão interna / modelo de gestão</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão acesso e serviço:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• mecanismos de controle de acesso</li> <li>• gestão junto aos prestadores</li> <li>• sistemas de informação</li> <li>• políticas de comunicação sobre direitos e deveres do usuário</li> <li>• políticas de assistência farmacêutica</li> <li>• avaliação da satisfação do usuário</li> <li>• programa de melhoria contínua</li> </ul> </li> <li>- Dimensão provedores qualificados                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• políticas de avaliação da qualificação técnica e da idoneidade dos médicos / provedores</li> <li>• caracterização da rede assistencial</li> <li>• certificação, licenciamento e treinamento da rede assistencial</li> <li>• avaliação da satisfação do usuário</li> <li>• programa de melhoria contínua</li> <li>• sistema de informação</li> <li>• gestão junto aos prestadores</li> </ul> </li> </ul>
Atributos dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão do cuidado integral e organização da atenção:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• integralidade da atenção à saúde (acolhimento, vínculo-responsabilização, qualidade da atenção à saúde)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão da atenção à saúde (***):</li> <li>- Dimensão saberes tecnológicos (*):</li> <li>- Dimensão assistencial (*):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• promoção da saúde</li> <li>• projeto de desenvolvimento técnico-científico / capacitação</li> <li>• integralidade da atenção à saúde - gerenciamento do cuidado</li> <li>• adoção de <i>case management</i></li> <li>• linhas do cuidado: mulher, criança, cardiologia, saúde bucal</li> <li>• assistência farmacêutica</li> <li>• internação domiciliar</li> <li>• alta complexidade</li> <li>• saúde mental</li> <li>• saúde do trabalhador; outros</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão permanecendo saudável:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilização de diretrizes clínicas</li> <li>• políticas de comunicação sobre direitos e deveres do usuário e dos médicos</li> <li>• promoção da saúde</li> <li>• prevenção</li> <li>• programa de melhoria contínua</li> </ul> </li> <li>- Dimensão melhorando:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• promoção da saúde</li> <li>• programa de melhoria contínua</li> <li>• utilização de diretrizes clínicas</li> <li>• monitoramento da qualidade do cuidado em condições agudas</li> </ul> </li> <li>- Dimensão vivendo com a doença:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• promoção da saúde</li> <li>• gerenciamento da doença: diabetes, saúde mental, cardiovascular e demais doenças crônicas.</li> <li>• políticas de assistência farmacêutica</li> <li>• programa de melhoria contínua</li> <li>• utilização de diretrizes clínicas</li> </ul> </li> </ul>
Atributos de controle pela sociedade	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa nacional quali-quantitativa (**)</li> <li>- Dimensão Satisfação do Beneficiário (***)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão acesso e serviço:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliação da satisfação do usuário</li> </ul> </li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão Provedores Qualificados <ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliação da satisfação do usuário</li> </ul> </li> <li>- HEDIS - dimensão Satisfação com a experiência do cuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pesquisas junto aos usuários</li> </ul> </li> </ul>
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicadores demográficos</li> <li>- Indicadores de mortalidade</li> <li>- Indicadores de oferta, utilização e cobertura (das linhas de cuidado materno-infantil, hipertensão arterial, tuberculose e de imunização e do PSF)</li> <li>- Indicadores de impacto de linhas de cuidado específicas (hipertensão, <i>diabetes mellitus</i> e pediátrica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensão da Atenção à Saúde (***): <ul style="list-style-type: none"> <li>• indicadores de resultado para cada linha de cuidado</li> <li>• indicadores sobre exames para prevenção secundária</li> <li>• indicadores de morbidade</li> <li>• indicadores de mortalidade</li> <li>• proporção de permanência de beneficiários</li> <li>• taxa de internação de beneficiários na rede hospitalar pública</li> <li>• variação da rede hospitalar</li> <li>• taxa de contratualização da rede hospitalar</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicadores de uso de procedimentos preventivos em diversos grupos etários</li> <li>- Indicadores de precocidade de diagnóstico e tratamento</li> <li>- Indicadores de qualidade de assistência em episódios agudos de doenças</li> <li>- Indicadores de avaliação do acesso</li> <li>- Indicadores de avaliação da estabilidade do plano</li> <li>- Indicadores que mensuram utilização do serviço</li> <li>- Indicadores descritivos do plano</li> </ul>
Fontes/instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluxograma analisador</li> <li>- Sistemas de informação em Saúde: SIAB, SIM, SIOPS, SIG-RH, SIA-SUS, SIH-SUS, SINASC, Sistema de avaliação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS (SIS-Pré-natal), Sistema de Cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiper-Dia)</li> <li>- Relatório municipal de gestão</li> <li>- Projeto: PROESF, PSF</li> <li>- Programa Nacional de Imunização</li> <li>- Pacto de Atenção Básica</li> <li>- Programação Pactuada Integrada - Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas de informação da ANS (***): Sistema de Registro de Produtos (RPS); Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); Sistema de Informação de Produtos (SIP); Sistema Integrado de Fiscalização (SIF); Informações Periódicas de Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS); Informações Periódicas das Seguradoras (FIP); Ressarcimento ao SUS e Cadastro de Operadoras (CADOP).</li> <li>- Estudos multicêntricos de casos (*)</li> <li>- Pesquisa nacional quali-quantitativa (**)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interactive Survey System (ISS) - ferramenta on-line de avaliação (<a href="http://www.ncqa.org/Programs/ISS/overview.htm">http://www.ncqa.org/Programs/ISS/overview.htm</a>)</li> </ul>
<p>Dimensões, categorias, fontes e instrumentos correlacionados entre si: (*) Estudos multicêntricos de caso; (**) Pesquisa quali-quantitativa; (***) Monitoramento da Qualificação da Saúde</p>			

## Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Texto completo da qualificação da saúde suplementar. 2005a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 5 jun. 2006.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Regulação e Saúde 4. Rio de Janeiro, 2005b.
- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. *et al.* Manual para avaliação da atenção básica nos municípios - estudos de linha de base: PROESF - LOTE 1 SUDESTE - Minas Gerais e Espírito Santo. Brasília: MS, 2005.
- CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ), contribuição para sua distritalização Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 1991.
- CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 259-278.
- CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.417-1.423, set.-out. 2004.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*, n. 18, Supl, p. 191-202, 2002.
- FAVORETO, C. A. O. *Programa de Saúde Família no Brasil: do discurso e da prática*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
- FRANCO, T. B. ; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.
- FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG); In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, n. 26, p. 37-61, 2002.
- HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol.*, v. 28, n. 1, p. 10-8, 1999.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, v. 20, supl.2, p. 331-336, 2004.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação de atenção básica: a necessária complementação. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 21, p. 29-35, 2000.

IRIART, A. C. Relatório parcial do projeto de pesquisa "Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil". Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, set. 2003.

IRIART, A. C. Atenção Gerenciada: instituinte da reforma neoliberal. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 91-102.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MASCARENHAS, M. T. Implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói - RJ. Estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATUS, C. *Problemas de diseño de un Programa de Gobierno*. Caracas, nov. 1983 (*Planificación y Política*, n. 1).

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003, p. 39-64.

MENESES, C. S. *A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde*. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde*. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE. About NCQA. 2006a. Disponível em <<http://www.ncqa.org/about/about.htm>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. NCQA Overview. 2006b. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Communications/Publications/overviewncqa.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. MCO / PPO Accreditation Programs. 2006c. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Programs/Accreditation/com/05MCObrochure.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. NCQA Advertising Guidelines for Accreditation/Certification. 2006d. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Marketing/MCO.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2006, p. 17.

\_\_\_\_\_. What NCQA Looks in a Health Plan. Access & Service. 2006e. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/access.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. What NCQA Looks in a Health Plan. Qualified Providers. 2006f. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/qualified.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. What NCQA Looks in a Health Plan. Staying Healthy. 2006g. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/stayinghealthy.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. What NCQA Looks in a Health Plan. Getting Better. 2006h. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/gettingbetter.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. What NCQA Looks in a Health Plan. Living with Illness. 2006i. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/living.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. NCQA Advertising Guidelines for Accreditation/Certification. 2006j. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Programs/HEDIS>>. Acesso em 10 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. HEDIS 2006 Summary Table of Measures and Product Lines. 2006k. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Programs/HEDIS/2006/MeasuresList.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2006, p. 05.

ORTIGA, A. M. B. Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC, (1994-1998) Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

\_\_\_\_\_. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003.

\_\_\_\_\_. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

PINHEIRO, R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *Boletim ABEM*, n. 31, p. 8-11, 2003.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos*. 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda:*

direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. p. 77-89.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, A. G., HADDAD, R., MELIN, A. R. Conselho de Usuários em Empresa de Autogestão em Saúde. IN: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, 2. *Anais...* ABRASCO. São Paulo, 1999.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 89-112.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ*, n. 54, p. 361-9, 1979.

STARFIELD, B. *et al.* Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*, v. 46, p. 216-25, 1998.

UGÁ, M. A. D. *et al.* A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: TEIXEIRA, A. (Org.). *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da atenção médica suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro: ANS, 2002.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

VIERA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens, estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIERA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de avaliação dos programas e sistemas de saúde*. Salvador: EdUFBA, 2005. p. 15-39.

---

<sup>i</sup> O IDSS é calculado pela razão entre a pontuação obtida (O) e a pontuação estabelecida (E) pela ANS, utilizando-se a fórmula O/E. Para mais detalhes, ver ANS (2005a).

Este artigo foi publicado como **SILVA JUNIOR, A. G. ; CARVALHO, L. C. ; SILVA, V. M. N. ; ALVES, M. G. M. ; MASCARENHAS, M. T. . Avaliação de Redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade**. In: **Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, v. , p. 61-90.