

**ANA CECÍLIA DE GODOY GOMES**

**MICRORREGULAÇÃO PRODUZIDA PELOS PRESTADORES DE  
SERVIÇO NA LINHA DO CUIDADO CARDIOVASCULAR NA SAÚDE  
SUPLEMENTAR EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

**2011**

**ANA CECÍLIA DE GODOY GOMES**

**MICRORREGULAÇÃO PRODUZIDA PELOS PRESTADORES DE  
SERVIÇO NA LINHA DO CUIDADO CARDIOVASCULAR NA SAÚDE  
SUPLEMENTAR EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Saúde e Enfermagem

**Orientador:** Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

**Belo Horizonte**  
**Escola de Enfermagem da UFMG**  
**2011**

G633m Gomes, Ana Cecília de Godoy.  
Microrregulação produzida pelos prestadores de serviço na linha do cuidado cardiovascular na saúde suplementar em Belo Horizonte, Minas Gerais [manuscrito]. / Ana Cecília de Godoy Gomes. -- Belo Horizonte: 2011.  
98f.: il.  
Orientador: Francisco Carlos Felix Lana.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (Mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde Suplementar. 2. Serviços de Saúde. 3. Doenças Cardiovasculares. 4. Assistência Integral à Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Lana, Francisco Carlos Felix. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 540

Ao meu pequeno Eduardo,  
que me proporcionou a maior  
de todas as experiências, a de ser mãe.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que atendeu aos meus anseios e me fez forte para realizar esta etapa.

À minha mãe, Glória Maria e ao meu pai, Marcos Henrique, meus primeiros “orientadores”, nesta vida. Obrigada pelo amor, carinho e incentivo, vocês sempre acreditaram no meu potencial e foram mais que babás, foram “babões”, no momento em que me foi exigido maior esforço e concentração. Muito Obrigada!

Ao professor Dr. Francisco Carlos Félix Lana, orientador, por ter direcionado os caminhos a serem trilhados na construção desta pesquisa.

À Gema, por estar ao meu lado a oferecer seu coração amigo nas alegrias e nos tropeços da vida. Obrigada pela paciência, pelas conversas e pelas incontáveis vezes que leu e releu meus rascunhos.

Aos meus familiares, pela torcida e incentivo.

A minha irmã, Paula Cristina e a amiga Layla Valadares, por me auxiliarem com as normas da ABNT e pelas valiosas considerações.

## RESUMO

A forma de vida da sociedade moderna tem contribuição significativa para o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. Atualmente, elas são responsáveis por 46% da carga de doenças em todo o mundo. Estima-se que existem 17 milhões de óbitos anuais no mundo devido às enfermidades cardiovasculares. Desse montante 80% dos casos de morte poderiam ser evitados com o controle do tabagismo, do colesterol, da obesidade, e da hipertensão arterial. O setor público vem se adequando a ter um atendimento voltado para as dimensões bio-psíquico-social dos indivíduos com ações promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, essas ações são pouco utilizadas na saúde suplementar. Este estudo faz uma reflexão referente à implantação do programa de qualificação da saúde suplementar e à existência de ações, por parte das operadoras e dos prestadores de saúde, que indiquem mudanças no atendimento em relação ao modelo assistencial biologicista, na percepção do prestador de saúde. Aprovado pelo COEP da UFMG sob parecer número ETIC 013/07, teve como objetivo analisar os mecanismos microrregulatórios existentes no espaço relacional entre operadoras – prestadores – e beneficiários de planos de saúde, em Belo Horizonte, e sua relação com a racionalidade da linha do cuidado cardiovascular. Orientou-se no sentido da descrição dos principais conflitos existentes entre os prestadores, usuários e operadoras de saúde e na identificação dos mecanismos que influenciam na operacionalização da linha do cuidado no setor. Possui uma abordagem exploratória e descritiva, além de um caráter qualitativo. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por oito médicos cardiologistas que atendem planos de saúde em Belo Horizonte. O instrumento da coleta de dados adotado foi à entrevista individual em profundidade, com roteiro semiestruturado. A análise e interpretação dos dados apontaram que a lógica da assistência ainda não está centrada nas necessidades do usuário. As relações que se estabelecem entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, incluindo a forma de contratação, remuneração e os instrumentos de regulação não financeiros interferem no modelo assistencial, induzindo a uma atenção fragmentada ao paciente. As práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários. O modo de cuidar não cria vínculo, e não prioriza a utilização das tecnologias leves. Há evidências de que a limitação de acesso a serviços cobertos pelo plano de saúde, a política de autorização prévia à utilização e a presença de auditorias limitam quantitativa e qualitativamente a oferta de serviços e influenciam na prestação de assistência médica, consequentemente, no desenvolvimento pleno da linha do cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde Suplementar. Serviços de Saúde. Doenças Cardiovasculares. Assistência integral à saúde.

## ABSTRACT

Modern society's way of life has a significant contribution to the rise of chronic non-communicable diseases. Nowadays, they represent 46% of all diseases around the world. It is estimated that 17 million deaths per year are caused by cardiovascular disorders. About 80% of these deaths could be avoided with tobacco, cholesterol, obesity and hypertension control. The Government is gradually developing a system of care oriented towards the bio-psychic-social dimension of the individuals, with actions of health promotion and protection, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and state of health maintenance, these being barely used in supplementary health programs. This study is a reflection regarding the implementation of health insurance qualification program and the existence of actions performed by the health companies and health delivery professionals that indicate changes within the biological model of care, in the view of the health care professional. Approved by UFMG's COEP under the number ETIC 013/07, its objective was to analyze the micro regulatory mechanisms that exist in the relation between health delivery professionals - health care companies - health insurance beneficiaries in Belo Horizonte, and their relationship with the rationality of the cardiovascular care line. It was guided by the description of the main conflicts between companies, users and professionals and in identifying the mechanisms that influence the guidelines of the operational care in the industry. It has an exploratory, descriptive, as well as a qualitative character. The study subjects consisted of eight cardiologists related to health insurance companies in Belo Horizonte. The adopted instrument of data collection was the individual in-depth interviews with a semi-structured script. The analysis and interpretation of data show that the logic of assistance is not focused on the user of health insurance needs yet. The relations established between health companies and health professionals, including hiring practices, compensation and non-financial regulatory instruments interfere in the assistance model, leading to a fragmented care for patients. The practices of health promotion and disease/risk prevention are still incidental or disregarded, with small or no impact on the beneficiaries' health. The way of caring creates no bound, and does not prioritize the use of low-level technologies. Evidences show that the limiting of access to health services covered by insurance, the policy of exam authorization requests for the beneficiaries and the presence of audits enclose the quantity and quality of the health service and influence the provision of medical care, thus the full development of care guidelines.

**Key - words:** Health Insurance. Health Services. Cardiovascular Diseases. Comprehensive health care. ☒

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS -	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANEEL -	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANATEL -	Agência Nacional de Telecomunicações
ANP -	Agência Nacional do Petróleo
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM -	Conselho Federal de Medicina
CID 10-	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
COEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP -	Medida Provisória
MS -	Ministério da Saúde
OPAS -	Organização Pan-americana de saúde
RDC -	Resolução da Diretoria Colegiada
RN -	Resolução Normativa
SBC -	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS -	Sistema Único de Saúde
SUSEP -	Superintendência de Seguros Privados
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI -	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO -	World Health Organization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	A cartografia do campo regulatório da ANS.....	<b>12</b>
<b>Figura 2 -</b>	Fluxograma da linha do cuidado.....	<b>41</b>
<b>Quadro 1 -</b>	Perfil dos sujeitos da pesquisa segundo área de atuação, tempo de formado, gênero e modalidade respondida.....	<b>22</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 Regulação no Estado Brasileiro e a Criação da Agência Nacional de Saúde     Suplementar (ANS) .....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.....</b>	<b>30</b>
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Cenário do Estudo e Seleção dos Sujeitos.....</b>	<b>38</b>
<b>3.3 Coleta de Dados.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 Tratamento e Análise dos Dados.....</b>	<b>42</b>
<b>3.5 Considerações Éticas.....</b>	<b>43</b>
<b>3.6 Financiamento.....</b>	<b>44</b>
<b>5 CONFLITO ENTRE OS ATORES: PRESTADORES – USUÁRIOS E OPERADORAS DE SAÚDE.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Controle da Prática do Cuidado dos Médicos.....</b>	<b>45</b>
<b>5.2 Controle da Utilização do Plano por Parte do Usuário.....</b>	<b>55</b>
<b>6 LINHA DO CUIDADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR.....</b>	<b>61</b>
<b>6.1 Concepção da Linha do Cuidado.....</b>	<b>61</b>
<b>6.2 Rompimento da Linha do Cuidado.....</b>	<b>67</b>
<b>6.2.1 Ausência das práticas de promoção e prevenção da saúde.....</b>	<b>67</b>
<b>6.2.2 Deficiência da rede de serviços.....</b>	<b>69</b>
<b>6.2.3 Segmentação assistencial dos planos.....</b>	<b>70</b>
<b>6.2.4 Atitudes de desresponsabilização do cuidador.....</b>	<b>72</b>

<b>6.2.5 Atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora.....</b>	<b>76</b>
<b>6.3 Ações das Operadoras de Saúde Baseadas na Linha do Cuidado.....</b>	<b>77</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP).....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A forma de vida da sociedade moderna tem contribuição significativa para o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Atualmente, elas são responsáveis por 45,9% da carga de doenças em todo o mundo, de acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2002). Estima-se que em 2020, dois terços de doenças serão atribuídos a essa modalidade (CHOPRA; GALBRAITH; DARNTON, 2002). Dentre elas, a hipertensão arterial é o problema crônico mais comum, sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. Estudos epidemiológicos brasileiros estimam prevalências de 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos, a partir da medida casual da pressão (FUCHS *et al.*, 1994).

Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e aproximadamente 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente acompanhados.

A adoção de políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças tem sido discutida no âmbito dos serviços assistenciais desde os anos 70 (ANS, 2008). A promoção à saúde é, hoje, uma combinação de estratégias que envolvem o Estado, a comunidade, os indivíduos e o próprio sistema de saúde, seja ele público ou privado. Promover a saúde é lidar com as condições sócio-econômicas de uma determinada população, com estilos de vida distintos, com formas de viver constituídas nas sociedades modernas, onde mesmo os segmentos mais favorecidos da população perdem de vista o que é uma vida saudável, adaptando-se a uma forma de vida sedentária e estressante, geradora de angústias, ansiedades e depressão (ARAÚJO, M., 2004).

Assim, desde a proposta de mudança do modelo assistencial, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, a partir da década de 90, pautada nas leis 8.080/90, 8.142/90 tem-se apontado a necessidade de elaboração de estratégias de atenção à saúde que a promovam de forma efetiva, voltadas para as dimensões bio-psíquico-social dos indivíduos. Nesse contexto, os cuidados primários de saúde constituem peça chave, considerando a sua função central de

promover o desenvolvimento social e econômico global da comunidade (BRASIL, 1997). A organização dos serviços de saúde, no setor público, passou por adequações para responder a este novo direcionamento, seguindo os princípios de hierarquização, descentralização, territorialização, preconizando o atendimento de forma universal, integral e com equidade das ações. Neste contexto, busca-se ter um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvidos no âmbito individual e coletivo, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas.

Incorporadas como tecnologias às práticas dos trabalhadores de saúde, essas diretrizes políticas têm sido subsidiadas pela epidemiologia e utilizadas nos sistemas públicos de saúde, sendo pouco utilizadas na saúde suplementar (ANS, 2008).

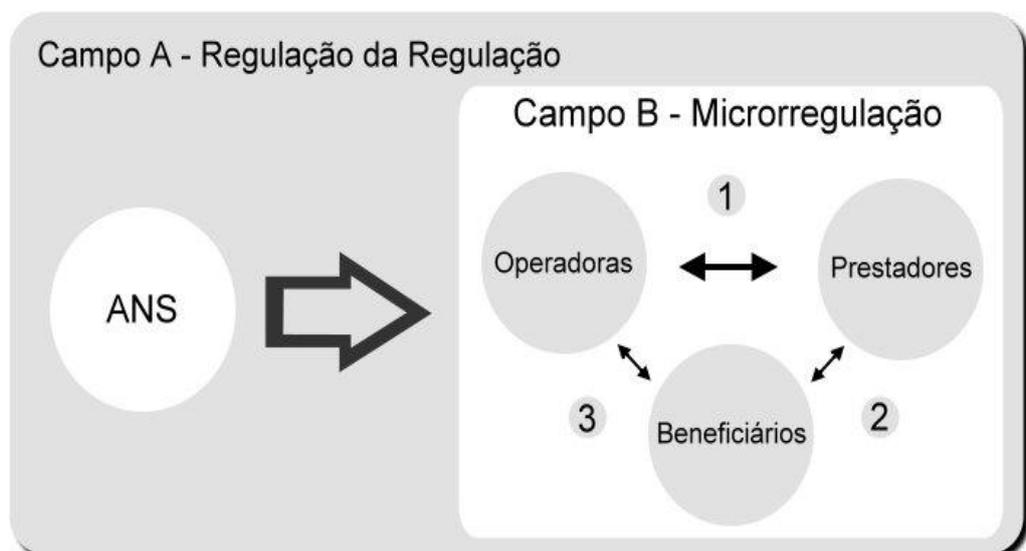
O setor de saúde suplementar no Brasil é composto por empresas que operam os planos de saúde, prestadores de serviços em saúde, profissionais de saúde e usuários/beneficiários que se interrelacionam e que têm como ponto comum as empresas que administram os planos. Essas operadoras que prestam assistência ao mercado privado da saúde se organizam em diferentes modalidades de compra e venda de serviços, denominadas Autogestões, Medicina de grupo, Cooperativas Médicas, Entidades Filantrópicas e os Seguros Saúde (BRASIL, 2001a).

Por mais de quarenta anos, os planos privados de assistência à saúde adotaram critérios próprios para receber e atender seus beneficiários. A atuação do Estado na saúde suplementar teve como marco a aprovação da Lei 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, pela Lei 9.961/00. A regulação deu-se não somente a partir da atividade econômica em si, garantindo as condições de solvência e a competitividade do mercado, mas, também, como reguladora do produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde. Isso trouxe mudanças importantes em relação à proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos, além de atuar diretamente na cobertura assistencial, no ressarcimento ao SUS e no controle de preços, principalmente no que diz respeito ao abuso dos mesmos (BRASIL, 2001b).

A partir de 2000 as interferências regulatórias da ANS se tornaram constantes, em busca de promover o interesse público no mercado privado à saúde, inclusive, intervenções no cuidado à saúde e na qualidade por este instituído.

Com o objetivo de compreender o processo regulatório na saúde suplementar, lança-se mão das contribuições de Magalhães Jr. (2002) e Cecílio *et al.* (2005), que dividem a regulação esquematicamente em dois blocos: macro e microrregulação. A FIG. 1 contém o diagrama proposto por Cecílio *et al.* (2005) que designa o campo “A” como regulação da regulação ou macrorregulação. Isto corresponde às políticas gerais das instituições reguladoras, ou seja, ao campo constituído pela legislação e regulamentação de nível macro sobre as operadoras de planos e seguros de saúde, as resoluções normativas, operacionais, instruções e o conjunto da legislação existente sobre a saúde suplementar.

O campo “B” se constitui no acesso cotidiano das pessoas, que corresponde à microrregulação ou auto-regulação, isto é, às formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e beneficiários e que se constituem como a base do mercado privado de saúde. Neste campo, observa-se um conjunto amplo de atores, tais como: prestadores, setores de intermediação e comercialização; fornecedores de insumos e equipamentos; indústria farmacêutica; meios de comunicação e beneficiários. Além disso, inclui lógicas de regulação externas ao campo e anteriores à regulação da ANS, que podem gerar conflitos em relação às finalidades sistêmicas do setor saúde.



**FIGURA 1** - A cartografia do campo regulatório da ANS  
**Fonte:** CECÍLIO *et al.*, 2005.

Tendo como base a FIG. 1, o autor define que no espaço relacional 1, ocorrem as relações entre operadoras e prestadores; o espaço relacional 2 marca o encontro dos beneficiários com os prestadores; e o espaço relacional 3 é aquele onde se estabelecem as interações entre as operadoras e os usuários/beneficiários. Os espaços relacionais 1 e 2 são o foco da presente investigação, ou seja, as relações entre os prestadores e operadoras; operadoras e beneficiários, com ênfase aos prestadores (CECÍLIO *et al.*, 2005).

Com as inúmeras normas regulamentadoras, leis e decretos, além das pesquisas desenvolvidas no setor da saúde suplementar, a ANS tem ganhado experiência para atuar no campo A, da macrorregulação. Mas ainda falta compreender e investir no desenvolvimento de mecanismos para intervir sobre o campo B da microrregulação, no qual ocorrem as relações entre operadoras, prestadores e beneficiários. Neste espaço, interagem diversas lógicas sociais que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros (ROCHA, 2000). Os diferentes arranjos entre decisões clínicas, tecnologias de ponta, saúde propriamente dita e baixo custo determinam o dia a dia dos atores envolvidos.

Com o objetivo de induzir o setor de saúde suplementar para a produção de saúde a ANS cria, em dezembro de 2004, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Essa estratégia foi articulada com os programas de promoção e prevenção e com a construção de uma política de avaliação da qualidade da assistência à saúde no setor privado. Tem como idéia central o aprimoramento do papel de todos os atores envolvidos, ou seja, as operadoras, os prestadores, os beneficiários e a própria ANS. Os princípios norteadores desse programa são a avaliação da estrutura e do processo de produção das ações de saúde, assim como do impacto dessas ações na população beneficiária; a perspectiva de sistema; e a avaliação do setor privado de maneira sistemática e progressiva (BRASIL, 2007c).

Em busca de contribuir para a construção de políticas de promoção a saúde, em 2005 a ANS delibera a Resolução normativa (RN) nº 94, que dispõe sobre a adoção, pelas operadoras de planos assistenciais a saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários (ANS, 2005). Dentre as determinações consta que as operadoras devem realizar, no mínimo, um programa em, pelo menos, duas linhas de cuidado, dentre as áreas de saúde materna infantil, saúde bucal, e nos cuidados aos pacientes portadores de transtornos cardiovasculares e neoplasias.

Entende-se como linha do cuidado “as tecnologias ou recursos a serem consumidos durante o processo de assistência ao beneficiário nas diversas etapas do processo de produção de saúde: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, operando vários serviços e funcionando de forma articulada” (BRASIL, 2007c, p. 43). É o fluxo de assistência ao beneficiário, centrado em seu campo de necessidade. Esse fluxo pressupõe: nível de acompanhamento, ou de responsabilização da operadora/prestador/cuidador por esse usuário; deixa o cuidador como figura central; o uso intenso de tecnologia leve; a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias; o projeto terapêutico adequado àquele usuário, e o acesso aos recursos disponíveis à assistência (MALTA, 2004).

Segundo Boff (1999), o cuidado é uma característica essencial do ser humano e pressupõe uma postura de convivência, interação e comunhão. As relações de cuidado devem ocorrer na perspectiva sujeito-sujeito e não na perspectiva sujeito-objeto. Os profissionais de saúde, que desenvolvem ações de cuidado, devem encarar a saúde como um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana.

Para tanto, a implementação de programas voltados para atenção à saúde por meio de intervenções nas linhas de cuidado podem contribuir para a adoção de uma prática mais cuidadora, integral e efetiva. Esta proposta constituiu-se em buscar modelos assistenciais de organização da atenção à saúde que visam a integralidade do cuidado e integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, o que permite uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2007b).

Em síntese, há um processo de regulação e um programa de qualificação imposto pela ANS que induz a formulação de políticas ligadas à microrregulação entre operadoras e prestadores, entretanto, não se sabe se esse processo, de fato está encaminhando para a direção de uma atenção à saúde mais integral, que incorpora ações de prevenção e promoção - objeto central da intervenção.

Diante desse cenário, esta pesquisa pretende responder à seguinte questão: a partir da implantação do programa de qualificação da saúde suplementar, que estabelece diretrizes para o atendimento embasado na linha do cuidado, é possível perceber ações, por parte das

operadoras e dos prestadores, que indiquem mudanças na visão em relação ao modelo assistencial vigente?

O estudo tem a intenção de mapear o espaço de encontro entre prestadores de serviço em saúde – operadoras – beneficiários, com foco no prestador na linha de cuidado cardiovascular das operadoras de planos de saúde de Belo Horizonte; Principalmente, no encontro do referido prestador com o usuário, identificando como ele lida com os processos microrregulatórios das operadoras. Também integra um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado “A Regulação em Saúde produzida pela ANS e sua repercussão no mercado de saúde suplementar e visão dos usuários”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Não é um subprojeto, mas uma célula ou um dos “membros” do projeto maior. Desta forma, está totalmente entrelaçado com o propósito da pesquisa inicial.

Indaga-se se a relação entre prestadores de serviço em saúde – operadoras – beneficiários está pautada na produção da qualidade em saúde, pelo processo de informação do usuário/beneficiário e da produção de sua autonomia. Ou, ao contrário, se a relação entre os médicos e os usuários se embasa na redução de custos, restrição de exames e procedimentos, em função da pressão das operadoras. Objetiva-se descobrir a possibilidade de esta relação se pautar em uma lógica cuidadora, mais relacional e “resolutiva”, ou se mantém dentro do modelo relacional mais autoritário.

Parte-se da hipótese de que o encontro do prestador – beneficiário – operadora de saúde - está mais fundamentado pela racionalidade econômica do que pela racionalidade da linha do cuidado. Assim,

a existência desses mecanismos de microrregulação resultam na fragmentação do cuidado, que se tornam centrados na lógica da demanda e da oferta do que foi contratado e não na lógica da produção da saúde, do cuidado. O modo de operar a assistência torna-se, então, centrado na produção de atos desconexos, não articulados. Ou seja, as operadoras trabalham não com a produção da saúde, mas sim com a idéia de “evento/sinistralidade”. A saúde representa para o mercado um produto e não um bem (MALTA, 2004, p. 21).

A importância desse mapeamento consiste na caracterização das tendências dos atores em cena, seus tensionamentos e disputas, que exigem uma nova intervenção do Estado nessa relação. Ou seja, atuar no espaço da microrregulação do mercado de saúde. Esse é um campo

de disputas e negociações, o que configura um território instável e em constantes deslocamentos (CECÍLIO *et al.*, 2005).

Mesmo com os avanços já alcançados, resultantes da macrorregulação realizada pela ANS, para analisar a regulação de nível micro ou assistencial é necessário compreender as relações estabelecidas entre as operadoras e seus prestadores e destes com os beneficiários de planos de saúde. Não se tem conhecimento sobre os processos microrregulatórios produzidos pelos prestadores de serviços em saúde da linha do cuidado cardiovascular de Belo Horizonte e se esses interferem na integralidade do cuidado.

O debate sobre o tema possui relevância, pois o mercado de planos privados é expressivo no sistema de saúde brasileiro. Existem hoje, no Brasil, cerca de 41 milhões de vínculos de assistência médica, o que representa a assistência prevista em saúde de 21,9% da população nacional. Em Belo Horizonte existem 1.731.094 vínculos, ou seja, 49% da população do município utilizam os planos privados para a assistência médica à saúde (BRASIL, 2009; IBGE, 2007).

O texto constitucional evoca o direito de toda a população receber atenção integral, universalizada e de qualidade na assistência à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído sobre esses três pilares da atenção, diferentemente das características restritivas que persistem no setor suplementar.

Os serviços de saúde, independentemente de sua natureza pública ou privada, precisam ser organizados para construir

um modelo de atenção que seja produtor de saúde, que opere tecnologias de saúde variadas, com trabalho multiprofissional realizado em condições dignas, que ofereça atenção integral, que seja articulador de ações de saúde cuidadoras, eficientes, qualificadas, resolutivas e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2007c, p. 20).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar os mecanismos microrregulatórios existentes no espaço relacional operadoras – prestadores – beneficiários de planos de saúde, em Belo Horizonte, e sua relação com a racionalidade da linha do cuidado cardiovascular, sob a percepção do prestador.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever os principais conflitos existentes entre os prestadores, usuários e operadoras de saúde, na visão dos prestadores;
- Identificar os mecanismos microrregulatórios presentes na relação entre prestadores de serviço em saúde – operadoras – beneficiários que influenciam na operacionalização da linha do cuidado na saúde suplementar.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Regulação no Estado Brasileiro e a Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**

Desde tempos remotos, o Estado interfere no agir dos indivíduos, para controlá-los ou para dirigi-los, com mais ou menos intensidade, de acordo com o pensamento dominante na sociedade. Muito embora não se possa atribuir-lhe o papel de organizador exclusivo da vida social, sua presença é condição fundamental para a proteção do interesse coletivo. Também é assim no que se refere à produção de bens e serviços, de tal modo que a relação entre Estado e mercado sempre se dará por um processo dialético e dinâmico, variando segundo as contingências jurídica, econômica e política (GOUVEIA, 2004).

A necessidade de regular/interferir decorre da dificuldade de formação e funcionamento de um mercado economicamente perfeito. A formulação de políticas que incentivem a competitividade faz parte de sociedades modernas, não se restringindo à simples competição de preços, mas, também, da qualidade, da diversidade e das inovações (DIAS, 2004).

Dias (2004) afirma que a necessidade de incentivar a competição é um mecanismo importante para balancear a lei da oferta e da procura. Do lado da oferta, cada empresa tenta maximizar o lucro realizado, baseado no incremento de produtividade e redução de custos. Do lado da demanda, os consumidores buscam maximizar a sua relação custo-benefício com comportamentos individuais e particulares. Sendo esta a base do funcionamento da economia de mercado.

A dimensão jurídica da regulação nasce basicamente em resposta a fenômenos econômicos e sociais, regulamentados por meio da criação de novas instituições de controle. Nessa visão o conceito de regulação apóia-se sob o olhar de uma razão que visa garantir a permanência, a estabilidade e a manutenção de uma determinada ordem social e política (PECI; CAVALCANTI, 2000).

Peci e Cavalcanti (2000) definem a dimensão econômica da regulação como a ação do Estado que tem por finalidade a limitação dos graus de liberdade que os agentes econômicos possuem no seu processo de tomada de decisões, evitando que estes se orientem exclusivamente para sua sustentabilidade financeira, como seria natural a agentes privados atuando livremente no mercado.

Já sob a ótica política da regulação, aponta-se para o equilíbrio de diferentes atores, com poderes e ideologias desiguais, cujo objetivo está em corrigir vários tipos de falhas de mercado: o poder de monopólio, as externalidades negativas, a informação incompleta e a provisão insuficiente de bens públicos (GOUVEIA, 2004; VILARINHO, 2003;).

Ortiz (1993) define regulação como a atividade normativa pela qual o governo condiciona, corrige e altera os parâmetros naturais e espontâneos do mercado, estabelecendo determinadas exigências ou requisitos à atuação dos agentes econômicos.

De acordo com Majone (1996), a regulação pode assumir duas formas de institucionalização, a de propriedade pública (estatização) e a de delegação (o poder regulatório é outorgado a instituições independentes para o controle do setor privado regulado). É nesse segundo caso que se inserem as agências reguladoras.

A regulação por entidades independentes (agências) surge a partir da confusão entre as funções de regulação e de gerenciamento, ocorrida no regime estatizante, levando ao enfraquecimento da capacidade regulatória do próprio Estado (GOUVEIA, 2004). Por esse modelo, tem-se que o interesse público pode ser preservado a partir da separação das funções de regulação e gerenciamento, sendo o gerenciamento transferido à iniciativa privada, ao passo que a regulação permanece a cargo do Estado, mas delegada a uma entidade que integre a administração pública que possui independência de atuação, uma vez que recebe permissão para atuar fora do controle hierárquico da burocracia estatal.

A reforma regulatória de mercados de acesso e permanência se justifica pela necessidade de se garantir a higidez e segurança do mercado, por meio de regras de controle e de comportamento. Objetivam ampliar o “padrão de eficiência macroeconômica pela indução à concorrência em áreas de monopólio natural e criar novos mecanismos para a implementação

de políticas públicas no contexto pós reforma patrimonial do Estado” (COSTA, 2008, p. 1454).

O principal meio de regulação na área de infra-estrutura - gás, eletricidade, indústria de água, ferrovias, telégrafos e serviços telefônicos - foi efetivado pela propriedade pública. Essas indústrias exibiam as características de monopólios naturais, porque seria mais eficiente produzir por meio de uma única empresa do que por várias, em decorrência da economia de escala. O apoio público a essas empresas deu ao Estado o poder de impor uma estrutura planejada de economia e de proteger o interesse público contra a intervenção dos interesses privados (COSTA, 2008).

O Estado Liberal se colocava, então, como garantidor da ordem e do cumprimento dos contratos, sendo estes a expressão máxima do direito de propriedade e da supremacia do individual sobre o coletivo (GOUVEIA, 2004). É nesse contexto que se verifica a mudança de curso do sistema capitalista e, dessa feita, da postura do Estado, que deixa, aos poucos, o antigo modelo interventor para adotar a feição de ordenador e regulador da economia. Consequência disso foi a necessidade de redefinição do papel da máquina estatal, do aparelho que realiza ou executa a atividade material em seu âmbito interno.

As agências reguladoras no Brasil foram criadas por Lei a partir de meados dos anos 90, após discussões no Congresso Nacional, das quais participaram os diferentes segmentos da sociedade. A agência reguladora é uma autarquia especial, com estrutura colegiada, incumbida de normatizar, monitorar e fiscalizar a execução por agentes privados de certos bens e serviços de utilidade e relevância pública, inseridos no campo da atividade econômica que o Estado optou por destacar e entregar à regulação autônoma e especializada de uma entidade administrativa relativamente independente da administração central, conferindo-lhe, para tanto, independência gerencial e financeira e sua autonomia decisória para implementar políticas do Executivo e do Legislativo (GOUVEIA, 2004).

A criação das agências faz parte de uma mudança na concepção do Estado brasileiro, isto é, a redefinição do papel do Estado, da sua gerência, de suas responsabilidades e da sua relação com a economia. As agências são instrumentos menos sensíveis a interesses políticos ocasionais, capazes de fazer uma regulação que não sofra solução de continuidade com as mudanças de governos. Assim, pode-se criar ambiente seguro para investimentos que

viabilizam a produção, a satisfação de necessidades de serviços públicos, o crescimento econômico e a geração de empregos (LIMA, 2005).

É nesse contexto que as agências reguladoras foram institucionalmente qualificadas como “autarquia sob regime especial”. Nessa esteira, vale salientar que constituem as autarquias entes da administração indireta, dotadas de personalidade jurídica própria e vinculadas ao Ministério em cuja área de competência se enquadra a sua atividade principal, gozando, entretanto, de autonomia administrativa e financeira, na medida em que é dotada de capacidade de auto-administração (LIMA, 2005).

De acordo com Gouveia,

objetiva-se, com isso, conferir mais credibilidade às ações regulatórias, mitigando o risco de captura por parte de políticos e dos próprios regulados, na medida em que os reguladores passam a ser impermeáveis às pressões político-partidárias e à escassez de recursos orçamentários (GOUVEIA, 2004, p. 86).

A Constituição Federal estabelece o papel do Estado como agente normativo e regulador e como executor subsidiário de atividades econômicas. Prevê, ainda, a transferência à iniciativa privada da prestação de alguns serviços públicos, mas com responsabilidade e justiça social. Onde não há concorrência, nos mercados em que o vendedor se impõe ao comprador, à propriedade privada dos meios de produção não pode ser exercida de maneira absoluta. A função social da propriedade requer que o poder público regule as relações de mercado em defesa do consumidor (GOUVEIA, 2004; LIMA 2005).

Com esse arrimo constitucional, foram criadas a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e a Agência Nacional do Petróleo (ANP), às quais foi transferida a competência regulatória relativa aos setores de energia elétrica, das telecomunicações e do petróleo.

Em seguida, criaram-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que prenunciou um movimento de expansão dessas entidades, que passaram a ter inserção direta nos diversos setores em que se faz necessária a presença mais efetiva do Estado, e não mais apenas na arena dos serviços públicos e atividades econômicas antes monopolizadas pelo Poder Público.

O foco da regulação não está em resolver conflitos pontuais, na ação sobre os agentes do mercado sob a perspectiva de solução de casos concretos. A regulação se processa sobre o setor regulado como um todo, na busca da eficiência do mercado, levando, com efeito, à situação de bem-estar do consumidor. Além das clássicas funções administrativas de intervenção do Estado sobre a atividade econômica, como a fiscalização, por exemplo, as agências detêm poder normativo e de monitoramento do mercado (DIAS, 2004; LIMA, 2005).

Logo, em termos de configuração da estrutura organizacional, verifica-se que as agências reguladoras pouco se diferem do modelo tradicional de autarquia, tendo, porém, como característica peculiar, relativa independência técnica, gerencial e dirigentes investidos em mandato fixo. A idéia está em conferir-se mais eficiência a essas autarquias, mediante a ampliação de sua autonomia, com vistas a transferir o foco decisório da administração central.

A regulação do mercado de saúde suplementar teve início com a edição da Lei nº 9.656, em 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e com a Medida Provisória (MP) nº 1.665, de 5 de junho de 1998. Encontra seu ponto culminante com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em novembro de 1999, pela MP nº 1.928, convertida em Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000.

A ANS é uma autarquia sob regime especial, e tem por finalidade atuar como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam, em todo o território nacional, a assistência suplementar à saúde. Possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão dos próprios recursos humanos (ARAÚJO, A., 2004; SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

Diferentemente das outras agências reguladoras, a ANS surge para regular as atividades de um setor já exercido pela iniciativa privada, não monopolista, para correção de desequilíbrios econômico-financeiros das empresas e na relação entre as operadoras de planos e seguros de saúde e os beneficiários (NITÃO, 2004).

Trata-se de medida significativamente inovadora, uma vez que propõe o ingresso da ação governamental num campo que vem funcionando há mais de quarenta anos sem qualquer forma de controle estatal: o mercado dos planos e seguros de saúde. Diante disso, os modelos adotados ao longo deste período são, em grandes linhas, espelho de um grande vácuo, ou seja,

os limites de seu escopo são dados pela lógica de mercado. O órgão regulador tem como meta induzir a uma mudança nesta lógica, “[...] na qual o conjunto de recursos tecnológicos está alocado em ações desarticuladas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e incorporando de forma acrítica as novas tecnologias” (ANS, 2006, p. 4).

A característica central da reforma regulatória é a delegação de expressivo poder decisório a instituições independentes, as quais definem regras de condutas para as empresas e cidadãos. As atividades regulatórias incluem leis, portarias, regulamentos formais e informais. Essas novas instituições monitoram e autorizam o funcionamento das atividades consideradas de relevância pública e têm o arbítrio para estruturar preços e intervir na qualidade dos serviços (NUNES, 1999).

É importante lembrar que o mercado de seguros e planos de saúde funcionava, em geral, por meio de relações contratuais estabelecidas entre os interessados, pessoas físicas ou empresas, e as operadoras. Estas, por sua vez, estabeleciam contratos com médicos e hospitais, apoiadas em protocolos clínicos, instrumentos de planejamento, definição de parâmetros de utilização, entre outros.

A Lei 9.656/98 introduziu novas pautas no mercado, como a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS, o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas, entre outras (BRASIL, 2003).

Aos contratos antigos foram garantidos alguns dos direitos da nova regulamentação, tais como: proibição de limites de consultas e suspensão de internação, inclusive em UTI; proibição de rompimento unilateral para os contratos individuais; controle dos reajustes para os contratos individuais (BRASIL, 2003).

O mercado de planos de saúde passa a ser regulado por três dimensões distintas: econômico-financeira, assistência à saúde e quanto à relação com o sistema público de saúde (SUS). Na regulação da dimensão econômico-financeira são definidas as condições de entrada, de permanência e de saída do setor e é exigida a constituição de reservas e garantias. Pretende-se dar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras

para cumprir os contratos firmados, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor.

Na dimensão da assistência à saúde, a regulação então estabelecida exige que todas as operadoras demonstrem sua capacidade de produzir serviços integrais de assistência à saúde. Para tanto, é criado um Plano Referência que estabelece um padrão de coberturas assistenciais, incluindo todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10). Ao consumidor é dado o direito de optar por adquirir um plano ou seguro saúde com coberturas ambulatoriais e/ou hospitalar com ou sem obstetrícia, como também com coberturas odontológicas.

Quanto à relação com o sistema público, a legislação definiu a questão do ressarcimento de despesas no caso de utilização da rede pública (SUS) por usuários de planos de saúde como forma de desestimular essa prática. Para tal, é obrigação das operadoras de planos o fornecimento aos órgãos reguladores o cadastro de beneficiários, de modo a permitir a identificação do uso indevido dos serviços públicos para fins de cobrança (MENICUCCI, 2003).

Um dos avanços com o advento da Lei nº 9.656/98 é a proibição de limites de consultas e internações. A ação regulatória da ANS visa assegurar a sustentabilidade econômica e social das atividades desempenhadas por agentes do mercado e se faz presente no gerenciamento das informações que são coletadas tanto junto a esse mercado (operadoras e prestadores de serviço), quanto junto aos beneficiários. A qualidade da regulação produzida associa-se à qualidade do fluxo de informações processadas no interior da Agência e ao grau de representatividade dos interesses que consegue alcançar (ARAUJO, A., 2004).

A partir da promulgação dessa lei, acirra-se o debate sobre a regulação do setor suplementar e confrontam-se diferentes modelos de regulação: de um lado, o Ministério da Fazenda torna-se defensor de uma regulação governamental de menor intensidade através da manutenção da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), enquanto o Ministério da Saúde (MS) defende uma regulação mais efetiva do Estado. Esse embate arrastou-se até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9.961/2000) (ANS), definida como único órgão regulador (BAHIA, 1999).

A implantação da ANS teve que superar dois pontos críticos: o primeiro é relativo à ausência de informações estruturadas sobre o setor; o segundo refere-se à inexistência de quadro de pessoal próprio. É importante lembrar que a agência foi criada para regular uma atividade privada já existente, extremamente complexa para um setor essencial que é a saúde, e que nunca havia sido objeto de regulação do Estado.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº. 39 de 30 de outubro de 2000, classifica as operadoras pelo tipo atenção à saúde prestada, por modalidade e por segmentação. Por segmentação, as operadoras são classificadas conforme o percentual de gastos de serviços hospitalares ou médicos em sua rede própria. Quanto à modalidade, as operadoras são classificadas em: seguradoras, cooperativas, autogestão, medicina de grupo e filantropia.

As modalidades de operadoras apresentam as seguintes características societárias e de operação de seus planos:

Seguradoras de saúde é o segmento em que há classicamente a ação intermediária de cobertura ou reembolso dos gastos com a assistência médica, ao prestador ou ao beneficiário, mediante condições e regras previamente estabelecidas em contrato (ALMEIDA, 1998). Desta forma, as empresas seguradoras não são prestadoras de serviços, elas atuam cobrindo custos de acordo com a apólice do segurado, quando há sinistros relativos à saúde. Os produtos das seguradoras são as apólices, estas se transformam em prêmios que são pagos aos beneficiários conforme o valor estabelecido em contrato.

Já as cooperativas médicas representam sociedades de pessoas jurídicas sem fins lucrativos constituídas nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos de saúde. Os médicos são simultaneamente sócios (cooperados) e prestadores de serviços. As Unimed representam a quase totalidade do segmento cooperativo.

A autogestão constitui, na modalidade de operadora, as entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, se responsabilizam pelo plano de saúde destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus grupos familiares, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de

associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

As medicinas de grupo são empresas que administram planos de saúde para empresas, famílias e indivíduos mediante sistema de pré-pagamento ou pós-pagamento. Constituíram-se inicialmente como grupos médicos aliados ao empresariado paulista no final da década de 50 e originaram-se a partir dos departamentos médicos das fábricas, quando estas optaram pela compra de serviços médicos aos seus trabalhadores. Esta modalidade, nos seus primórdios, cresceu às custas da Previdência Social, mediante os convênios-empresa firmados entre a seguridade social e a indústria para atendimento a estes trabalhadores, como forma de um benefício indireto e obtendo isenção fiscal. Na década de 80, com o fim dos convênios-empresa, estes arranjos assistenciais incluem, na sua área de atuação a classe média, mediante a oferta de planos individuais, com uma intensa competição por preços entre estes grupos empresariais (NITÃO, 2004).

As filantrópicas são as entidades sem fins lucrativos, que operam planos privados, são conhecidas e certificadas como entidades filantrópicas junto ao conselho Nacional de Assistência Social. A principal característica diferenciadora desse grupo reside no caráter “não lucrativo” com que é classificada sua natureza jurídica.

A criação da ANS significou a incorporação das tendências de reformas institucionais em curso, apesar das diferenças históricas e institucionais entre a trajetória dos setores que foram objeto de regulação (GOUVEIA, 2004). Com o objetivo de corrigir falhas do mercado e organizar o mercado, estimulando a concorrência, a regulação por meio do mecanismo institucional de agência reguladora independente, entendida no âmbito da nova gestão pública como capaz de impedir a captura do Estado pelos interesses privados, foi vista como a possibilidade de obter maior convergência entre os diversos interesses afetados, de forma a obter ganho tanto para os diversos setores do mercado quanto para os consumidores (MENICUCCI, 2003).

Na medida em que, por definição, cabe à ANS regular o mercado, suas estratégias precisam combinar a defesa dos consumidores com o desenvolvimento de empresas sólidas para atuar no setor e cujo resultado seja a obtenção de um equilíbrio vantajoso para a sociedade. Entre os vários conflitos que podem ser identificados, Giovanella, Ribeiro e Costa (2002) chamam a

atenção para o desafio de encontrar um ponto de equilíbrio entre direitos individuais abrangentes, nos quais se concentra o Código de Defesa dos consumidores, e as estratégias das empresas, capaz de assegurar a existência de um mercado competitivo e diversificado, formado por empresas sólidas e consumidores esclarecidos. Nesse confronto, as soluções apenas técnicas têm poucas chances de obterem êxito.

As resistências à regulamentação foram enormes tendo em vista o desenvolvimento do setor de forma desregulada (MENICUCCI, 2003). Segundo a referida autora,

Uma expressão disso foi o desencadeamento de inúmeras disputas judiciais, ressaltando-se entre elas o questionamento sobre a legalidade de regular a atividade seguradora, já vinculada a outro sistema regulatório e sobre a obrigatoriedade de adaptação dos contratos anteriores à legislação regulamentadora. A primeira questão foi solucionada ao se eliminar da legislação qualquer referência a seguradoras, obrigando-as a constituírem outras empresas para atuar como operadoras de planos de saúde; a segunda levou à eliminação da exigência, de forma que a adaptação dos contratos torna-se uma decisão do consumidor. Até o momento, a ANS não foi capaz de construir um consenso capaz de viabilizar a migração dos consumidores para novos contratos adaptados à legislação regulamentadora (MENICUCCI, 2003, p. 301).

Observa-se, assim, a complexidade da rede de atores: Ministério da Saúde, ANS, Ministério Público, Poder Judiciário, Procons, Operadoras, Prestadores, Beneficiários, entidades de categorias profissionais de saúde. É evidente a heterogeneidade nos padrões de assistência desta rede, o que permite antever uma significativa margem de conflitos em suas interações.

O processo regulatório pode se dar tanto no aspecto das definições das políticas mais gerais das instituições reguladoras, o que podemos chamar de macrorregulação, quanto do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas (microrregulação). Na saúde suplementar a microrregulação ocorre nos mecanismos introduzidos pelas operadoras e prestadores que irão regular o consumo das ações em saúde. Segundo Cecílio *et al.* (2005), o espaço microrregulatório é autônomo às medidas de regulação e regulamentação por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Opera em uma lógica própria,

ditada pelo protagonismo de múltiplos atores, com seus interesses, cada um deles com controle diferenciado de recursos e, por outro, pela existência de certas regulações ou regras externas ao campo que, de alguma forma, configuram a possibilidade dos atores atuarem com mais ou menos liberdade (CECÍLIO *et al.*, 2005, p. 75).

Cecílio *et al.* (2005) sintetiza as principais estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde no processo microrregulatório da seguinte forma:

- 1) Direcionamento da clientela para prestadores preferenciais – construção de sub-redes com segmentação dos planos em função de prestadores; negociação de “pacotes” com prestadores hospitalares preferenciais, associando custos mais baixos a maior volume de direcionamento de pacientes; hierarquização de encaminhamentos para prestadores individuais a partir da utilização de “padrões de custos”;
- 2) Controle e disciplinamento da prática médica em seus consultórios – credenciamento criterioso dos médicos em seus consultórios a partir de critérios mercadológicos definidos pela operadora; acompanhamento da “performance” do médico a partir de uma perspectiva econômica (matriz de desempenho, meta referencial, custo gerado); adoção de protocolos; necessidade de autorização prévia/auditoria para exames complexos e de alto custo e internações e cirurgias eletivas;
- 3) Controle e disciplinamento das práticas da rede hospitalar contratada – Auditorias em hospitais; sistema de classificação dos hospitais para fins de credenciamento; negociação de “pacotes” com prestadores hospitalares preferenciais, associando custos mais baixos e maior volume de direcionamento de pacientes; glosas; intermediações de compra de órteses e próteses; imposição de tabela de medicamento.
- 4) Controle do consumo excessivo do “sistema” por parte do usuário – acompanhamento da utilização dos serviços, por cada usuário, mês a mês; co-pagamento; programas de prevenção e promoção.

Alguns aspectos gerais da legislação regulamentadora das atividades de assistência à saúde privada merecem ser destacados. Em primeiro lugar, consagrou-se a expressão “assistência suplementar”, entendida como “acréscimo à assistência integral e universal prestada pelo sistema Único de Saúde” (MESQUITA, 2002, p. 85). Com isso, fica demarcada a diferença em relação à assistência pública e exclui-se a perspectiva de ações complementares, consagrando-se o caráter duplo da assistência à saúde. O sentido da integridade limitada e da própria universalização excludente fazem com que características do modelo assistencial praticado pelas operadoras sejam questionadas, Andrade *et al.* (2007, p. 13, grifo do autor) destaca as seguintes características:

- a prevalência do paradigma biologicista: a maioria das operadoras não adota o conceito amplo do binômio saúde-doença, traduzido como qualidade de vida e cidadania. Adota-se aqui um conceito estrito de saúde como ausência de doença, o que tem fortalecido a estratégia hospitalocêntrica e os interesses do complexo médico-tecnológico;
- há hegemonia médica e a atenção é centrada em procedimentos reparadores: o que denota desarticulação, desintegração e pouco cuidado;

- a assistência é segmentada: ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológico;
- a prevenção de doenças e a promoção da saúde são negligenciadas;
- a incorporação de novas tecnologias constitui-se num campo de acirradas disputas de interesse entre os atores envolvidos;
- há crescente especialização dos profissionais de saúde – *pari passu* com o “progresso da ciência”, em detrimento a uma visão mais integral do cuidado;
- seu custo é extremamente elevado, dado aquela atenção centrada em procedimentos reparadores.

## 4.2 Programa de Qualificação da Saúde Suplementar

Em oposição ao modelo médico hegemônico vigente, a partir de 2004, a ANS propõe como prioridade do processo de regulação a Atenção à Saúde, entendendo-a como o conjunto das ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Pretende-se com isso a formação de um novo padrão de atenção na saúde suplementar, com o intuito de atender ao beneficiário de forma integral e com qualidade. As ações se baseiam na efetivação do acolhimento ao beneficiário, garantindo resolubilidade, a melhor escuta possível; a busca da associação das abordagens individuais às práticas coletivas, bem como das políticas preventivas e promocionais de saúde às práticas curativas; a vinculação através do estreitamento do laço entre os profissionais e os beneficiários, tendo em vista a promoção da responsabilização e autonomia; o monitoramento permanente e articulado nas diversas intervenções em saúde; além da profissionalização e democratização dos serviços com controle social;

Como principal mecanismo indutor desta mudança, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar pretende mudar o foco da regulação do setor referido e passa a buscar uma crescente qualificação de todos os atores envolvidos - operadoras, prestadores, beneficiários e órgão regulador. A ideia central dessa nova perspectiva é o reconhecimento da saúde suplementar como local de produção de saúde.

Pretende-se, assim, transformar operadoras de planos em gestoras de saúde, prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde e beneficiários em usuários com consciência sanitária. De maneira similar, a própria ANS também busca qualificar-se para corresponder à tarefa de regular um setor com objetivo de produzir saúde (ANS, 2009, p. 5).

Para tanto, a avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária, a perspectiva da avaliação sistemática e progressiva dos critérios utilizados para construção dos indicadores são os princípios norteadores.

No que diz respeito à qualidade das operadoras, são quatro as dimensões privilegiadas:

- qualidade da atenção à saúde;
- qualidade econômico-financeira;
- qualidade da estrutura e operação;
- satisfação dos beneficiários.

Dentre estas, a qualidade da atenção à saúde possui, inequivocamente, a maior potência indutora à mudança do cenário. Sua especificação dar-se-á através da composição de práticas que contemplem a integralidade, a continuidade do atendimento, o acolhimento, a resolutividade, a multiprofissionalidade e a qualidade dos serviços e seu aprimoramento constante. Assim objetiva-se incentivar as práticas de promoção a saúde e prevenção de doenças, a organização da rede, a incorporação tecnológica qualificada, o acompanhamento das doenças crônicas e a consolidação de sistemas de informação assistencial (ANS, 2009).

Buscam-se novas práticas produtoras e promotoras de saúde centradas nas ferramentas leves do trabalho em saúde. O processo de trabalho em saúde difere do consumo de serviços em geral porque, no setor saúde, o beneficiário não se apresenta como um consumidor comum diante da mercadoria, pois não possui conhecimentos técnicos e não detém informações suficientes para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Outra especificidade existente nesse processo é a sua finalidade, ou seja, a ação cuidadora em saúde, ter como objeto o indivíduo ou grupos: doentes, sadios ou expostos a riscos. Acrescenta-se a isso o fato de que os meios de trabalho correspondem aos saberes, equipamentos e instrumentos utilizados e o produto final corresponde à própria ação de atenção à saúde, a qual é produzida e consumida de forma concomitante (MALTA, 2001; MALTA; MERHY 2003).

Quando se pensa a especificidade dessa discussão no setor da saúde suplementar, observa-se que o modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, tem gerado fragmentação da atenção e do cuidado, produzindo injustiça e atenção descontinuada aos beneficiários de planos de saúde. A não-responsabilização das operadoras e prestadores com o processo de

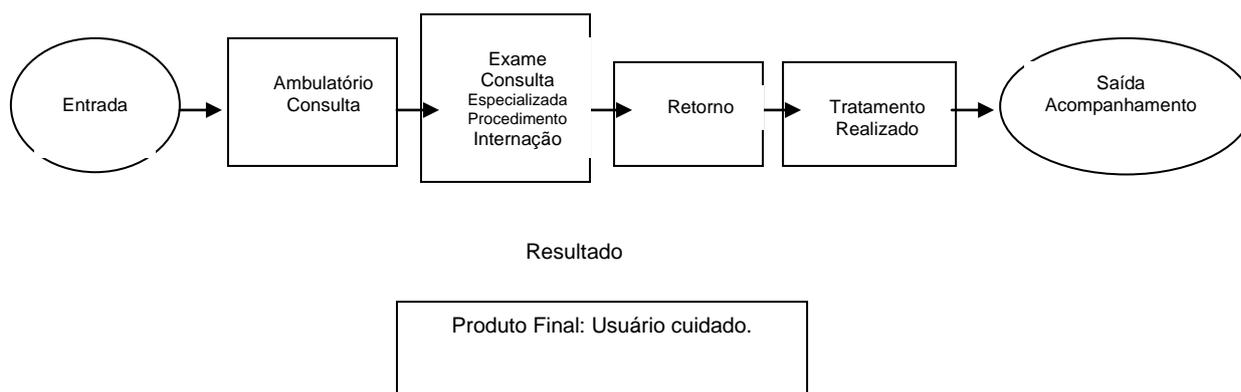
produção da saúde fazem parte das causas de geração desta injustiça e constroem atendimentos fechados às perspectivas que buscam a integralidade das ações de saúde. (ANS, 2009). É importante destacar a distinção inerente à discussão de uma atenção integral na saúde suplementar, já que este princípio tem que ser entendido e aplicado dentro da cobertura contratada e, a partir desta referência, garantido integralmente, ou seja, envolvendo ações de prevenção, controle e recuperação das doenças, assim como de promoção à saúde dos beneficiários dos planos.

Para a busca da qualificação da atenção no setor da saúde suplementar, segundo ANS (2009), é necessário que a Agência de Saúde Suplementar organize um processo de monitoramento e avaliação da atenção à saúde, de forma a instituir novo modelo de regulação com novos processos e práticas de micro e macrorregulação que induzam a reversão da atual lógica de organização e funcionamento do setor.

Desta forma, propõe-se uma atenção focalizada em quatro linhas de cuidado: materno-neonatal, saúde bucal, neoplasias e transtornos cardiovasculares. Tais linhas constituem-se em

políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida (BRASIL, 2008b, p. 37).

De acordo com Cecílio e Merhy (2003), o desenho da linha do cuidado abrange a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, aos quais está associada à imagem de uma “Linha de Produção” voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades. Entende-se a linha do cuidado como alimentada por recursos e ou insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma integral e passando por vários serviços. Esta linha tem início na entrada do usuário em qualquer ponto, seja em serviços de urgência, consultórios ou clínicas contratadas e ou conveniadas pela operadora (CECÍLIO; MERHY, 2003). A partir desse lugar de entrada, abre-se um percurso que se desdobra conforme as necessidades do beneficiário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros, conforme fluxograma proposto por Franco (2003):



**FIGURA 2** - Fluxograma da linha do cuidado

Fonte: FRANCO, 2003 modificado.

A adoção das linhas de cuidado como organizadora do trabalho pressupõe a vinculação das equipes de saúde à população da região de saúde em que se situam e agem. Através do vínculo se consegue um processo de trabalho mais dialógico, interativo, com pactuação do projeto terapêutico e, sobretudo, facilita a relação entre todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado (FRANCO; MERHY, 2008).

Além disso, são imprescindíveis o apoio e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos que favoreçam a melhor interação entre os trabalhadores das equipes e o estabelecimento de co-responsabilidades entre os atores envolvidos no ato de cuidar. Franco e Merhy (2008, p. 1512) corroboram com essa ideia quando afirmam que “as linhas de cuidado são a expressão material e pragmática do conceito de integralidade, pois ela só é pensada enquanto uma prática de cuidado, operando de forma sistêmica e incorporada no processo e trabalho.”

Em sua tarefa, o ato de cuidar é entendido como ação sanitária de atenção integral aos usuários dos serviços de saúde, o qual pressupõe a criação de vínculos de co-responsabilidade entre o sujeito trabalhador e aquele que busca seu saber técnico específico para alívio de um sofrer (BRASIL, 2008b). Cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma “atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito” (VALLA; LACERDA, 2004, p. 95).

Assim, um cuidado integral não elimina o sofrimento, porém pode remover-lhe os motivos e as condições de produção, alterando-lhe as formas e o peso nos modos de viver de sujeitos, famílias e comunidades (VALLA; LACERDA, 2004).

O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle das doenças cardiovasculares com preservação da qualidade de vida.

A atenção integral ao paciente portador de uma doença cardiovascular se divide em três níveis: primário, secundário e terciário. A atenção primária refere-se a medidas para reduzir ou evitar a exposição a fatores de risco que são associados com doenças. A atenção secundária envolve o tratamento da doença nos níveis médio e alto de complexidade, ou seja, a patologia já instalada. E o nível terciário da atenção enfoca a reabilitação do paciente após ser tratado, devolvendo-o a sociedade (BRASIL, 2008b).

Assim, o nível primário da atenção engloba ações básicas nos campos da promoção, prevenção e assistência individual e coletiva, envolve educação em saúde com equipe multiprofissional e tratamento de tecnologia simplificada, o que, em conjunto, contribui para a prevenção das doenças cardiovasculares. Aqui estão as mudanças de hábitos de vida, adoção de hábitos saudáveis como uma alimentação rica em frutas e verduras e pobre em sal e gorduras, a prática regular de atividade física, eliminação do consumo excessivo de álcool e tabaco, controle de peso, a avaliação clínica sistemática e o acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis de pressão arterial os quais são pontos citados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia (SBC, 2010).

O nível secundário destina-se aos indivíduos com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica já instalados. Toda ação é programada a partir da identificação de fatores de risco associados, lesões em órgão-alvo e avaliação de comorbidades. Nesse nível há uma grande utilização de exames e tecnologias de alto custo.

Já o nível terciário engloba ações que necessitarão de algum tipo de revascularização, assim, envolve utilização de bloco cirúrgico, cuidados pós-operatórios em centro de terapia intensiva, uso de tecnologias de alto custo e tempo para reabilitação com equipe multiprofissional.

Desta forma, o Programa de Qualificação Saúde Suplementar ao focar a qualidade da atenção à saúde tem o objetivo de promover nas operadoras de planos de saúde a oferta de uma assistência integral e contínua aos beneficiários, independentemente do ponto de entrada do mesmo, seja na promoção da saúde, na diminuição do agravo instalado ou na plena recuperação do usuário, resgatando o atendimento acolhedor e resoluto.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Método é conceituado por Bueno (1990) como a ordem que se segue na investigação da verdade, no estudo de uma ciência, ou ainda, para alcançar um determinado fim. Para Gil (1999), a investigação científica depende de um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos, para que seus objetivos sejam atingidos: os métodos científicos. Baseando-se nos autores, pode-se afirmar que método é a forma de pensar para se chegar à natureza de um determinado problema, quer seja para estudá-lo ou explicá-lo.

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Para analisar os mecanismos microrregulatórios praticados pelos prestadores de saúde na linha de cuidado cardiovascular, o estudo apresenta características exploratórias e descritivas. Segundo Chizzotti (1991), uma investigação é exploratória quando realizada em área na qual se tem pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito. Envolve levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulam a compreensão (GIL, 1991). O estudo é de natureza descritiva porque visa delinear os elementos fundamentais na relação dos agentes envolvidos operadoras de plano de saúde e prestadores de serviços e tem por objetivo fundamental a descrição das características de determinada população, ou fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1991).

Para que seja possível a compreensão dos fenômenos em um cenário complexo, de vários saberes e práticas e diversas significações advindas dos atores sociais que o compõem, este estudo foi desenvolvido em uma perspectiva qualitativa, devido à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as disputas, as tensões que existem entre o relacionamento entre operadoras de saúde, médicos prestadores e o usuário de plano de saúde, na perspectiva do médico prestador. Chegar a esse propósito, por ora, só é possível a partir do conhecimento do discurso daqueles que estão envolvidos neste meio. Isso, por sua vez, só se consegue através de um método qualitativo, que é capaz de permitir aproximação e densidade.

O método qualitativo “[...] atribui importância fundamental à descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem, aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos, aos significados e aos contextos. [...]” (VIEIRA, 2004, p. 15). A pesquisa qualitativa em saúde trabalha, principalmente, com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, e processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável (MINAYO, 2004).

De acordo com a autora, o campo da saúde constitui uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos. Dessa forma, para que se possa desvendar essa complexidade é necessário abordar os fenômenos sociais também de maneira intersubjetiva, aprofundando o entendimento das percepções e dos significados. “A abordagem qualitativa é empregada, portanto, para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna.” (MINAYO, 2004, p. 19).

Alves (1991, p. 54) afirma que essa abordagem “[...] parte do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado.”

Para Minayo (2007), o estudo qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos sociais fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam. Segundo a autora, essa estratégia, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

De forma complementar, Santos Filho (1995) apresenta como características da pesquisa qualitativa o entendimento da realidade como socialmente construída, do homem como sujeito e ator, da centralidade do significado (o que é entendido como produto da interação social) e da verdade como relativa e subjetiva. Devido a esses pressupostos, esse tipo de pesquisa admite a influência do investigador e do processo de pesquisa sobre o que está sendo investigado.

Realizar estudos qualitativos deve, então, ser entendido como a possibilidade de ler uma dada realidade, tentando captar a intensidade com que se manifesta, vista com profundidade, envolvimento e participação dos sujeitos estudados.

Nesse sentido, ao procurar compreender os mecanismos microrregulatórios presentes na relação entre prestadores de serviços em saúde – operadoras – beneficiários que influenciam a operacionalização da linha do cuidado na saúde suplementar, buscou-se aprofundar as questões que emergem dessas percepções de maneira contextualizada, possibilitando identificar a articulação entre o prestador como construtor da linha de cuidado, o acesso do paciente e a construção do vínculo médico-paciente, o prestador médico, a sua autonomia dentro da saúde suplementar e a microrregulação do setor suplementar percebida sob a ótica do prestador.

### **3.2 Cenário de Estudo e Seleção dos Sujeitos**

O setor privado pesquisado é constituído pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, que estão submetidas à Lei 9.656/98, e não regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei 9.961/2000. A pesquisa não aborda o setor privado de desembolso direto realizado pelos pacientes às instituições médicas, ou aos profissionais liberais, e, tampouco, o setor privado contratado ou conveniado pelo Sistema Único de Saúde, conforme previsto na Lei 8.080/90.

Para fins deste estudo foi utilizado o conceito de sede, que neste trabalho é definido como o endereço da operadora registrado no cadastro de operadoras ANS/MS e o conceito de prestador como aquele profissional da área de saúde que presta assistência ao beneficiário. Optou-se por pesquisar as operadoras com sede no município de Belo Horizonte, que informaram a ANS, em dezembro de 2008, que oferecem serviços aos beneficiários na linha de cuidado cardiovascular e os prestadores médicos cardiologistas com registros no cadastro de prestadores das operadoras. Essa escolha teve como objetivo aprofundar os conhecimentos sobre o gerenciamento de uma linha de cuidado, o que possibilitou maior profundidade na análise. Além disso, as cardiopatias, por constituírem um grupo de agravos com grande

prevalência na população e conseqüente relevância epidemiológica, requerem ações em todos os níveis de atenção para minimizar possíveis seqüelas e complicações.

Foram então selecionadas operadoras das modalidades - Autogestão, Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, e Filantrópica. No cadastro de operadoras da ANS/MS não há registro de operadoras da modalidade - Seguradoras Especializadas em Saúde -, com sede no município de Belo Horizonte. Os dados relativos ao conjunto de operadoras do setor privado de planos de assistência à saúde foram obtidos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar e integram o cadastro nacional de operadoras, organizados pela ANS a partir da promulgação da Lei 9.656/98 e foram cedidos por esta.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não houve, *a priori*, delimitação de número de entrevistados. O número foi definido no transcorrer da pesquisa segundo o critério de saturação. A coleta de dados foi interrompida quando houve reincidência das informações, ou seja, nenhum dado novo era acrescentado. A saturação de informações pode ser definida como “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.” (TURATO *et al.*, 2008, p. 17).

Minayo (2004) afirma que ao ser delineada a população com a qual se pretende trabalhar em um estudo qualitativo, a preocupação deve recair no aprofundamento e abrangência da compreensão, em detrimento do valor numérico que leva a generalização dos resultados.

Assim, a escolha dos sujeitos da pesquisa foi realizada de maneira intencional, restringindo-se aos prestadores de saúde da linha cardiovascular que atuam em Belo Horizonte. Dentro dessa população estabeleceu-se, inicialmente, uma base de amostra de dois médicos por modalidade de operadora, para que fosse possível obter equilíbrio entre o vínculo das modalidades e extrair do entrevistado toda sua vivência e experiência dentro da operadora de saúde. No final da coleta percebeu-se que a amostra inicial delimitada conseguiu atender o caráter de saturação. Não existe, portanto, intenção de comparação sistemática entre as modalidades. É importante salientar que o acesso aos médicos, sujeitos da pesquisa, desde o início, não foi fácil, foi necessário vencer a pouca disponibilidade, o acerto de horário e o interesse dos sujeitos, além de passar pela secretária que impedia o livre encontro com o médico.

No quadro 1 são apresentadas as informações sobre os participantes do estudo: área de atuação, tempo de graduação, sexo e modalidade respondida. As entrevistas foram identificadas pela sigla M da profissão (médico) e por um número referente ao representante entrevistado. Desta forma M1 é o primeiro médico entrevistado, M2 é o segundo e assim sucessivamente.

### QUADRO 1

Perfil dos sujeitos da pesquisa segundo área de atuação, tempo de formado, gênero e modalidade respondida.

Código	Área de Atuação	Tempo de Graduação em anos	Sexo	Modalidade Respondida
M1	Consultório, Internação Hospitalar, CTI e Hemodinâmica	10	Masc.	Autogestão
M2	Consultório, Pronto Socorro, CTI e Exames Complementares (Ecocardiograma)	5	Fem.	Autogestão
M3	Consultório, Ambulatório Hospitalar, Internação hospitalar e Exames Complementares (Ecocardiograma)	29	Masc.	Filantropia
M4	Consultório, Pronto Socorro e Internação Hospitalar	4	Fem.	Filantropia
M5	Consultório	25	Masc.	Medicina de Grupo
M6	Consultório e Exames Complementares (Ecocardiograma e Cintilografia)	21	Masc.	Medicina de Grupo
M7	Hemodinâmica	26	Masc.	Cooperativa
M8	Consultório	27	Masc.	Cooperativa

Fonte: Dados da pesquisa

### 3.3 Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada que, por sua natureza interativa, permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados por meio de instrumentos fechados, explorando-os com profundidade (GIL, 1999). Ademais, esse tipo de entrevista possibilita aos sujeitos a expressão de como pensam e sentem um determinado fenômeno, sem cerceamento e sem indução de idéias, pressupondo a real expressão das

vivências de cada um. Ao entrevistador, cabe o estar aberto para a escuta atenta daquele que fala, por meio da linguagem verbal e não verbal.

Segundo Minayo (2004, p. 122), a entrevista deve visar a “capacidade de enumerar da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador pretende abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos.” Dessa forma, possui como objetivo descrever os relatos individuais e compreender as especificidades de grupos. Para isso, mantém “a margem de movimentação dos informantes tão ampla quanto possível, e o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberto” (MINAYO, 2004, p. 123). Assim, “o informante segue, espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências a partir do foco principal do estudo, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa.” (TRIVIÑOS, 1987, p. 56).

Bogdan e Biklen (1999) afirmam que as boas entrevistas caracterizam-se pelo fato de os sujeitos estarem à vontade e falarem livremente sobre os seus pontos de vista. Desta forma, elas são produtoras de uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspectivas dos entrevistados.

Thiollent (1987) enfatiza que a entrevista não diretiva favorece a captação de uma informação mais profunda e menos censurada. A profundidade da entrevista permitida pela não-diretividade é ligada à sua capacidade de facilitar a produção de significações fortemente carregadas de afetividade, mesmo quando se apresentam como estereótipos. O indivíduo é considerado como portador de cultura que a entrevista não diretiva pode explorar a partir das verbalizações, inclusive as de conteúdo afetivo.

As entrevistas seguiram um roteiro básico (APÊNDICE A), bastante flexível, contendo os principais tópicos da pesquisa, o que possibilitou aos entrevistados liberdade para abordar os temas. As questões abordadas foram:

- Percepção do prestador em relação à microrregulação produzida pelas operadoras;
- Microrregulação reproduzida pelo prestador em relação ao beneficiário;
- Implantação ou não de modelos assistenciais segundo as linhas de cuidado preconizadas pelo Programa de Qualificação.

É importante registrar que todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora, cada uma delas foi marcada pessoal e previamente, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa aos sujeitos e

após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram gravadas em MP4 e transcritas, pela pesquisadora, na íntegra com o objetivo de preservar o relato oral dos sujeitos. Elas foram realizadas no período entre 16 de abril e 01 de junho de 2010. Cada entrevista teve a duração média de 26 minutos e nenhum dos entrevistados colocou objeções ao uso do gravador. Deve-se registrar ainda que, pelo que se pôde perceber, o momento das entrevistas não constituiu um momento de tensão para os informantes.

Alguns registros de campo foram feitos logo após a realização das entrevistas, com o intuito de contribuir para a compreensão dos dados colhidos. Segundo Vidigal (1996, p. 67, grifo do autor),

[...] é necessário que o entrevistador realize anotações complementares pouco após o fim da entrevista, enquanto a memória está “fresca”, registrando [...] os gestos e impressões, os silêncios e as hesitações, as insistências e as repetições, o tom peremptório o tom evasivo.

### **3.4 Tratamento e Análise dos Dados**

Partiu-se da necessidade de coletar dados qualitativos para compreender e aprofundar a análise do objeto em estudo em suas múltiplas dimensões. Para o tratamento e análise dos dados coletados nas entrevistas optou-se por seguir o pensamento de Laville e Dionne (1999, p. 214), no qual o pesquisador precisa

empreender um estudo minucioso de seu conteúdo, das palavras e frases que o compõem, procurar-lhes o sentido, captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno das idéias principais [...] É este o princípio da análise de conteúdo: consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair a sua significação.

A operacionalização da análise proposta pelos referidos autores contemplou as etapas de ordenação, classificação e análise final dos dados. As ações específicas são descritas e detalhadas a seguir:

- ordenação dos dados: a organização dos dados foi feita à medida que a coleta de informações a justificou, e consistiu em: transcrição das entrevistas na íntegra, leitura flutuante e exaustiva e, posteriormente, ordenação temática e descrição do material;
- classificação dos dados: a partir da ordenação dos dados, foi realizada a identificação das unidades de significado e, conseqüentemente, a extração das frases temáticas. Com a

organização das frases temáticas, foi possível a organização dos discursos dos entrevistados em categorias empíricas embasadas na revisão teórica;

- análise final: Após a ordenação e classificação dos dados foi necessário sistematizá-los e detectar as questões centrais que se constituíram como fonte de análise para o entendimento da questão referente aos mecanismos de microrregulação e linha do cuidado tendo como referência a racionalidade intrínseca ao processo.

Desse processo, foram construídas as seguintes categorias empíricas:

- Categoria 1 - Conflito entre os atores: prestadores, usuários e operadoras de saúde;
  - Subcategoria 1.1 - Controle da prática do cuidado dos médicos,
  - Subcategoria 1.2 - Controle da utilização do plano por parte do usuário.
  
- Categoria 2 - Linha do Cuidado na Saúde Suplementar.
  - Subcategoria 2.1 - Concepção da Linha do Cuidado,
  - Subcategoria 2.2 - Ruptura da Linha do Cuidado,
  - Subcategoria 2.3 - Ações das Operadoras Baseadas na Linha do Cuidado .

Essas categorias constituíram os capítulos dos resultados desse estudo e tem como objetivo mapear a assistência por meio do acompanhamento da linha do cuidado cardiovascular, como mecanismo adequado para a análise do percurso assistencial do usuário, buscando elementos que revelem com mais clareza a assistência prestada, bem como as interações ocorridas entre o usuário, o prestador e a operadora.

### **3.5 Considerações Éticas**

A pesquisa mestre à qual este estudo está entrelaçada foi submetida à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e aprovado sob parecer número ETIC 013/07 (ANEXO A). O presente estudo atendeu às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram esclarecidos sobre a justificativa, objetivos, e procedimentos que serão utilizados na pesquisa.

Aos participantes, durante todo o tempo, foi garantido o anonimato, o sigilo sobre suas informações, liberdade de desistência em qualquer etapa da pesquisa, acesso à pesquisadora e aos resultados do estudo. Todas as entrevistas foram realizadas apenas com aqueles que deram o seu consentimento por escrito.

Depois de ouvirem a explicação sobre o objetivo da pesquisa, todos os participantes do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foi garantido o sigilo das informações assim como a privacidade e o anonimato dos participantes, além do esclarecimento quanto à sua participação voluntária e ao seu direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer prejuízo ou dano.

### **3.6 Financiamento**

Esta pesquisa foi financiada com recursos provenientes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Edital MCT- CNPq / ANS – Nº 46/2006

## **5 CONFLITO ENTRE OS ATORES: PRESTADORES – USUÁRIOS E OPERADORAS DE SAÚDE – SOB A ÓTICA DO PRESTADOR**

Com o foco no mercado de saúde privado no país, considerando seus participantes (os prestadores, o Estado, os fornecedores, os financiadores, as operadoras e os usuários), é possível perceber uma assimetria nas informações. Não se trata de dizer que a posição de um dos atores é mais correta que a do outro, mas, sim, de reconhecer que eles possuem visões de mundo e objetivos distintos, pois ocupam lugares diferentes nesse cenário. Assim, os financiadores olham para suas limitações orçamentárias concretas, quando tomam decisões sobre acesso e/ou formas de financiamento; os prestadores de assistência consideram seus custos e suas receitas e a qualidade da sua atividade em relação aos diferentes procedimentos que realizam; os fornecedores de equipamentos têm seu interesse voltado para a realização de procedimentos diagnósticos e de terapêutica, justificando a sua utilização; os fornecedores de medicamentos testam continuamente novas drogas e disputam constantemente espaço que justifique o seu uso. O Estado busca a universalização do acesso, de maneira a implantar definitivamente o SUS, com o objetivo de ter o controle da qualidade da saúde que é oferecido pela população, seja com dinheiro público ou privado. E o usuário deseja no mínimo ter acesso àquilo que considera como satisfação de sua demanda (SCHOUT *et al.*, 2009).

Tendo em mente esse “cabo de guerra” entre os interessados, o presente capítulo irá analisar a percepção do prestador de serviço, o médico cardiologista, diante do cenário da saúde suplementar.

### **5.1 Controle da Prática do Cuidado dos Médicos**

De acordo com Ugá *et al.* (2009), entende-se por microrregulação o conjunto de mecanismos de indução e de controle exercidos por um agente econômico sobre outro; neste caso, as operadoras de planos de saúde sobre os médicos prestadores de serviços. Os mecanismos de microrregulação que as operadoras de plano de saúde exercem sobre os prestadores de serviços por elas credenciados merecem crescente interesse para estudo, uma vez que estes

resultam, na maior parte das vezes, no racionamento da utilização do acesso ao usuário inserido nos planos privados de saúde (UGÁ *et al.*, 2009).

Foi percebido, durante o processo de entrevista, que esta proporcionou aos médicos um momento de reflexão da sua prática, da relação com operadora, de como as regras são estabelecidas, de como o exercício da regulação interfere em seu cotidiano, em sua prestação assistencial e em sua relação com seus pacientes. Em geral, os médicos se mostraram colaborativos e dispostos a contar e refletir sobre suas experiências. Alguns se apresentaram satisfeitos e aliviados, como se a entrevista pudesse ser também um instrumento de revelação, principalmente do seu descontentamento com algumas regras, e pelo baixo preço pago pelas consultas médicas.

O controle da prática médica pelas operadoras muitas vezes não é compreendido claramente por todos os médicos, apenas quando estimulado, a falar sobre as regras de funcionamento do plano de saúde é que alguns percebem a sua limitação para um atendimento integral ao usuário. Foram apontadas pelos entrevistados ações das operadoras de saúde que dificultam e controlam o trabalho do médico, as mais citadas são: as burocracias para autorização de exames e procedimentos, a existência de um médico auditor, a presença de comitês que avaliam a inserção ou não de novos exames (tecnologias) e procedimentos no convênio, a consulta bonificada e o direcionamento da clientela.

A constituição e a reestruturação do mercado de trabalho em saúde do país espalham-se nas generalidades da reestruturação produtiva e dos mercados, na globalização do mundo capitalista e de suas especificidades em realidades econômicas periféricas. Como consequência, Sobrinho, Nascimento e Carvalho (2005) afirmam que os médicos vêm sofrendo com a redução da remuneração, ampliação das jornadas de trabalho, com as contratações precárias, com o aumento do controle e fiscalização de sua atividade, com a perda da autonomia profissional, entre outras transformações, que vêm reduzindo o prestígio da categoria perante o investidor privado, o Estado e a sociedade.

Os instrumentos de regulação do trabalho médico variaram em natureza e amplitude. Assim como ocorreu nas operadoras americanas, a atenção gerenciada (*Managed care*) avalia o trabalho médico quanto ao consumo de procedimentos, custos e fluxos de encaminhamentos através do cruzamento entre o custo e o volume de procedimentos solicitado por médico,

número de consultas e o número de procedimentos para cada especialidade, punindo o médico que pede mais exames ou remunerando mais a consulta ao médico que pede menos exames (consulta bonificada).

Eu lembro muito da questão do pedido de exame. O que pode e vem a acontecer é que o povo começa a pedir menos exame por causa da bonificação. A própria bonificação, faz com que fique complicado, existe conflito meio ético aí como deixar de pedir pra um idoso. Eu recebo aqui cliente que meus colegas pararam de pedir exames, ele sente meio inseguro com relação a isso. Então eu acho que em relação a Unimed foi uma maneira de regular que eles não contavam com essa. É uma interferência na conduta implícita. (M8)

O médico expõe sua preocupação com a iniciativa de alguns planos de saúde que premia profissionais que cumprem metas, entre elas a redução de pedidos de exame. A operadora pontua o médico mensalmente de acordo com seu desempenho, que é avaliado pelos indicadores: gastos por consulta, reconsulta em 60 dias, consultas não vinculadas a especialidade, quantidade de exames por consulta e gastos por internação. Valores são adicionados ao honorário da consulta para os médicos que não excedam os exames solicitados ou ainda não tenham o custo médio gerado a partir de sua consulta acima de um limite determinado para a especialidade.

Essa atitude da operadora está gerando uma lógica anti-ética no médico, que passa a se recusar a solicitar exames para se enquadrar dentro das metas estabelecida pela operadora de saúde para poder ter direito de ter seu honorário melhor valorizado (M8). Esta prática fere diversos artigos do código de ética médica, bem como a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) N<sup>o</sup> 1642/2002, que diz que as empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão e outras, que atuem sob a forma de prestação direta dos serviços médicos-hospitalares devem respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos (CFM, 2002). Haug (1988) afirma que a convivência com organizações burocráticas de seguro de saúde são elementos desprofissionalizantes, porque gera redução da autonomia técnica de cada profissional.

Autores como Wolinsky (1988) e Freidson (1998) discutem a teoria de burocratização da medicina, que tem como fundamento a valorização da crescente incorporação dos profissionais por empresas burocráticas; nas quais estes estão submetidos a um controle heterônomo, a normas e decisões administrativas, o que retira ou limita fortemente sua autonomia, e onde há uma tentativa de rotinização de tarefas e intensificação do trabalho.

Há uma expressão de desgaste nas falas dos prestadores de saúde, principalmente quando o assunto abordado se remete ao preenchimento das guias de exames/procedimentos. Esse ir e vir da papelada exigida pela operadora funciona como um grande limitador. Torna-se um embate ou o médico justifica nos mínimos detalhes, embasado na literatura e em seu conhecimento técnico ou a liberação para a realização do exame e ou procedimento não é fornecida pelo plano de saúde.

Tem a burocracia, em termos de atendimento de urgência que é mais complicado. Porque a maioria das operadoras colocam essas burocracias. [...] É uma forma de estar dificultando o seu trabalho. A parte burocrática pro exame de alta complexidade. Para você ter idéia até a cor da caneta que você escreve na guia. A parte burocrática, as guias. Você pede um cateterismo volta à guia, você manda de novo, volta à guia de novo. Isso o paciente acaba sendo prejudicado, acaba atrasando o tratamento correto. (M2)

Parte-se do princípio de que as operadoras de planos de saúde funcionam como uma empresa qualquer. Desta forma é mais que plausível se exigir explicações do que será gasto, como será gasto e para quem. Porém, o médico que nunca precisou fazer tal justificativa acostumado com a sua prática liberal, onde as regras eram idealizadas por ele próprio, nunca foi necessário justificar tanto a real necessidade dos exames/ procedimentos. Como essa não é uma rotina em sua vida ele acaba deixando de preencher campos das guias que são importantes para o convênio, isto justifica esse ir e vir das mesmas até o total preenchimento dos campos obrigatórios.

Tem várias operadoras que quando você pede vários exames, qualquer exame se você não justificar muito eles não estão liberando. Eles estão começando a exigir mais, você pede o exame, se você não justificar muito eles não vão liberar não. (M6)

Como assinala Almeida (1997), a regulação burocrática ocorre quando o Estado, ou as grandes sociedades privadas ditam as normas que regulam o desenvolvimento do trabalho profissional. A esta forma de regulação estão submetidos não apenas os empregados de uma organização (pública ou privada), mas, também, os que trabalham em tempo parcial ou com determinadas formas de contrato para programas financiados e organizados publicamente (como, por exemplo, o *Medicare* e o *Medicaid* nos EUA).

A utilização de perícia médica realizada por especialista, para a autorização de determinados procedimentos ou cirurgias de alto custo, é um clássico dispositivo de domínio sobre o exercício médico e controle dos gastos. Na prática, este procedimento é muito associado às negativas de pagamento por serviços prestados (glosas). A presença da autorização prévia para determinados grupos de exames mais complexos e mais caros foi relatada por todos os sujeitos pesquisados. Segundo Cecílio *et al.* (2005) a autorização prévia tem dois

componentes: um do tipo administrativo, focado na elegibilidade do usuário, e outro componente mais técnico, no qual a indicação do médico passa pela triagem técnica de um especialista.

Muitas vezes, a operadora de saúde faz uso de médicos contratados por ela, os quais terão a função de médicos auditores e são eles que se responsabilizam por autorizar ou não o procedimento solicitado. Mesmo que esse especialista não tenha formação na área específica do exame/procedimento solicitado, o que dificulta para o médico assistente justificar a necessidade do procedimento, o auditor irá utilizar as regras da operadora e o seu conhecimento para permitir ou negar o que está sendo solicitado.

[...] os médicos auditores, como eu te falei, não são especialistas naquela área [...] conheço vários auditores aqui em Belo Horizonte e muitas vezes as pessoas que auditam a questão cardiovascular são clínicos gerais ou são ginecologistas e então na verdade, eu acho que por mais que a pessoa esteja atualizada esse negócio todo, os auditores não são especialistas naquela área. (M1)

Em casos específicos, principalmente as cooperativas utilizam os comitês de especialistas como instrumento de ingerência da prática médica, no que se refere ao controle da incorporação tecnológica. Vale a pena destacar a percepção dos profissionais entrevistados que claramente colocam a necessidade de preservar a autonomia na condução e na realização do fazer clínico, adequando a utilização dos protocolos ao perfil do paciente e à sua atuação clínica. Porém o que se vê na realidade é que o que vai determinar se a tecnologia será incorporada no rol de procedimentos, mesmo trazendo uma série de benefícios ao usuário, é o impacto financeiro dessa tecnologia no orçamento do plano de saúde.

Recentemente eu solicitei o emprego de uma nova tecnologia que não tem código para você solicitar. Então eles fazem uma reunião lá, com o comitê daquela área e convidam o médico que solicitou para participar e o critério lá, claro que eles avaliam a necessidade risco benefício do paciente, mas o que pesa é mais a questão do impacto financeiro que aquilo ali vai ter. É ela que define. (M7)

O discurso deste médico é contaminado pelo emprego de alta tecnologia, como o entrevistado M7 só atua na hemodinâmica, questiona-se se não há um abuso de tecnologias caras, sem comprovação científica sobre seu custo-efetividade e se de alguma maneira ele não está “contaminado” pelo mercado escuso capitalista que aproveita da fragilidade do paciente utilizando a influência do médico para a incorporação de tecnologias. Assim, a realidade é que, hoje, existe uma tendência das operadoras de saúde aguardar tais incorporações tecnológicas no rol de procedimentos do SUS para depois haver uma discussão desta

incorporação em sua tabela. Para isto, é necessário ter uma visão do impacto que a nova tecnologia terá em seu orçamento, pois, geralmente esse custo é alto.

De acordo com Freidson (1998), a autonomia profissional ideal é aquela que representa a conjunção de diferentes dimensões de autonomia: econômica, política e organizacional. A autonomia econômica inclui a determinação do valor do próprio trabalho, bem como o controle sobre o acesso, a formação e o credenciamento para a prática. A política permitiria o monopólio do conhecimento, que leva à autonomia técnica e, em consequência, à autorregulação. Quanto à autonomia organizacional, a divisão e organização do trabalho médico seriam definidas pela profissão, pela expertise, e não com base em decisões administrativas.

Assim, a autonomia técnica pode ser entendida como a independência para a tomada de decisões no exercício de uma profissão (FREIDSON,1998) Esta autonomia é um dos principais elementos que caracterizam o trabalho médico e sua redução pode interferir no nível de incerteza que o caracteriza (GARBIN, 2005). Autonomia, portanto, está ligada às decisões técnicas, ao tempo destinado a cada paciente, à conduta a adotar frente a cada caso. É interessante observar que, no momento da definição de autonomia, as questões econômicas não são citadas, mas no decorrer das entrevistas, como se verá ao longo deste estudo, elas assumem um grande vulto, aparecendo com destaque na discussão de vários aspectos das relações entre pacientes, médicos e operadoras de saúde.

Garbin (2005) afirma que é possível, e cada vez mais freqüente, que a profissão não detenha o controle econômico ou organizacional. Entretanto, a perda do controle sobre os aspectos técnicos de seu trabalho e a sujeição ao controle externo despojam este profissional de suas prerrogativas e desqualifica sua prática.

Apreende-se das entrevistas que a autonomia técnica profissional sofre ingerência na relação com os convênios. Condutas prescritas por médicos correm o risco de serem desautorizadas, por decisões que nem sempre estão baseadas em critérios científicos, mas, sim, em muitos casos, em critérios financeiros e gerenciais. É possível perceber o descontentamento do médico em sentir-se privado de sua autonomia em utilizar o que ele acha mais adequado em um tratamento. Da mesma forma, é possível intuir que a sua indignação com a operadora se torna maior quando o médico percebe que o usuário é impedido de receber o melhor tratamento devido aos limites contratuais ou por normas estabelecidas pelo convênio.

Essas restrições que eles colocam muitas vezes nas indicações médicas porque uma vez que elas estejam baseadas nas diretrizes, nos consensos eu acho que aquilo ali está respaldado pela literatura e deveria ser o que devia ser seguido pela operadora, então acho que esta questão desse papel que eu chamo de atravessador isso é claro para mim. Muitas vezes, agente, o médico, é cerceado nos direitos de preferir o que ele acha que melhor tratamento para o paciente e o usuário também receber o melhor tratamento. Às vezes por restrições contratuais ou às vezes por normatizações do próprio convenio. (M1)

O entrevistado utiliza o termo atravessador com o intuito de a operadora de saúde ser uma intermediária entre o usuário e o médico. Assim é a operadora que tem o controle de onde estão os pacientes - cartela de pacientes - e onde encontrar os médicos credenciados (autonomia administrativa). É ela que define o preço das mensalidades dos beneficiários e o valor da consulta médica (autonomia econômica), quais exames o médico pode pedir e o que será permitido a determinado usuário (autonomia técnica).

Transparece a visão dos médicos de que a convivência da prática médica com as empresas que administram os planos de saúde, que parecia ser a salvação do trabalho liberal, é, na verdade, uma grande ameaça a ele, assim como a muitos princípios profissionais, reduzindo prerrogativas características da profissão.

Para o médico as operadoras foi muito ruim. Na verdade o governo começou a sucatear a saúde, não cumpriu o papel dele e as operadoras entraram e ganharam um terreno muito grande. Sem as operadoras hoje eu não sei como funcionaria. O grande problema que eu vejo nas operadoras é que os médicos não conseguem negociar nada então as operadoras impõe o preço que elas querem pagar, com isso os médicos estão ganhando cada vez menos, tento que trabalhar cada vez mais em vários locais [...] (M6)

A baixa remuneração da categoria médica foi tema recorrente nas entrevistas. Muitos médicos lançam mão de diversos vínculos empregatícios, procurando manter um certo padrão de renda. Há um descontentamento devido à inexistência de reajuste do valor das consultas e da tabela de honorários. Essa queixa ocorre principalmente entre os médicos que não realizam procedimentos pelas operadoras.

É importante salientar que existe a questão real da remuneração para o sustento do profissional e do seu consultório: como aluguel, salário da secretária, contas e impostos em geral. Com a remuneração sendo determinada pelos convênios, e, em geral, baixa, os médicos necessitam atender mais pacientes por dia, ou mais dias por semana, para, dessa maneira, manter os rendimentos. Essa lógica interfere, como veremos no próximo capítulo, na

qualidade do atendimento, fragilizando a linha do cuidado terapêutico estabelecido ao paciente.

Basta lembrar que as corporações profissionais, em especial, médicas, historicamente autorregulavam os preços e a qualidade da assistência prestada, através dos Códigos de Ética. O processo de trabalho era quase artesanal e predominava a forma liberal de organização do mercado, com vínculos contratuais frouxos entre o profissional e quem o remunerava (GOMES, 2010).

A existência de formas assalariadas nos serviços de saúde é mais recente e ocorreram no bojo das transformações mercadológicas, tecnológicas e de financiamento alcançadas no curso do último século, em um processo de assalariamento que atingiu a todas as categorias profissionais indistintamente (GOMES, 2010, p. 59).

Robinson (2001) afirma que existem várias formas de pagar o trabalho médico, sendo as mais frequentes:

- a) pagamento por procedimento: é feito após a realização da prestação de serviço e há a tendência à produção excessiva e desnecessária de serviços, pois a renda do profissional está diretamente relacionada ao volume de atos realizados;
- b) captação: o médico recebe uma quantia predeterminada pelo acompanhamento e assistência à saúde prestada a um grupo de pessoas. Torna-se, dessa forma, responsável por elas, independentemente da produção de serviços. Como consequência negativa, pode ocorrer um mecanismo semelhante à seleção de risco, levando à exclusão de populações com maior utilização de serviços ou, ainda, pode ocorrer que a atenção ao cliente, mesmo quando necessária, não seja realizada;
- c) salário: os profissionais de saúde, médicos inclusive, são pagos de forma fixa pelas horas de trabalho contratadas. A remuneração habitualmente é estabelecida de acordo com a qualificação ou com a experiência profissional e não é alterada pela maior ou menor produção de serviços. Como efeito adverso pode gerar uma mentalidade burocrática, desestimular a produção ou, ainda, despreocupação pela qualidade e satisfação do usuário.

Na forma mais tradicional de remuneração do trabalho prestado a pacientes conveniados, a de pagamento por procedimento realizado, quem estabelece o valor do serviço prestado é a administradora do plano de saúde. Segundo Garbin (2005), no momento em que as operadoras de planos de saúde estabelecem o valor de cada procedimento médico, as

empresas invadem a autonomia econômica profissional, retirando do médico a possibilidade de estabelecer o valor econômico de seu trabalho.

Acho que a valorização do profissional de saúde. A maioria dos colegas reclama as tabelas são muito defasadas, as tabelas, elas pararam no tempo. Tem mais de dez anos que o preço de uma consulta é o mesmo, igual há dez anos. (M2)

Segundo Robinson (2001), várias experiências, especialmente nos EUA, misturam os sistemas de pagamento médico e utilizam incentivos, sejam eles monetários ou não, com o objetivo de induzir comportamentos, tendendo a balancear e a moderar os efeitos indesejáveis de cada um dos sistemas de pagamento isolado. Eles têm sido utilizados na tentativa de atingir os objetivos como melhoria da qualidade da assistência, melhoria do custo, efetividade e estímulo à fixação médica em áreas de pouco interesse dos profissionais.

Gomes (2010) corrobora com a ideia de que o uso de incentivos financeiros pode ser o estímulo para resultados positivos, um fator para mudança, para alcançar metas e deve ser aperfeiçoado e aprofundado com foco no paciente. “Desde que alinhado à ética médica e ao cuidado para não negligenciar a complexidade da assistência [...] tem potencial para ajudar a melhorar a qualidade da atenção.” (GOMES, 2010, p. 20).

O desenvolvimento da medicina no Brasil manteve a predominância de uma prática individual, com enfoque curativo dos problemas de saúde e as dicotomias teoria-prática, psíquico-orgânico e indivíduo-sociedade (RIZZOTTO, 1999). O referido autor afirma que o realce da medicina curativa teve sua origem em conceitos gerados na compreensão do “Normal e do Patológico”, onde a doença aparece como uma “alteração quantitativa, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes” (RIZZOTTO, 1999, p. 44). A medicina, que havia se apropriado com exclusividade da milenar arte de curar, foi se legitimando socialmente como a profissão que detinha o saber e o poder dessa cura, se consolidando como a verdadeira ciência da saúde, e os médicos seus legítimos representantes. O Autor ainda afirma que o estreito vínculo entre a concepção biologicista e o modelo biomédico persiste até os dias atuais, apesar de essa abordagem ter-se mostrado imprópria para resolver inúmeros problemas de saúde, principalmente quando se trata de problemas de saúde pública. As intervenções individualizadas, específicas, centradas no hospital e na medicina curativa desenvolveram uma crescente especialização médica, o que levou a medicina a ações de cunho predominantemente biológico. Assim, a lógica da medicina

curativa manteve-se hegemônica até o presente, com um aumento progressivo das tecnologias, encarecendo o sistema de saúde.

A abordagem reducionista do modelo biomédico não leva em conta os problemas que interferem direta ou indiretamente na saúde tais como os fatores sociais, econômicos, do meio-ambiente, entre outros. A saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio em que ele está interagindo, portanto, este enfoque reducionista de um modelo hegemônico não é suficiente, exigindo, dessa maneira, a construção de modelos assistenciais mais amplos.

Esta prática médica reducionista contribuiu para a fragmentação do indivíduo, levando a um modelo médico centrado e hegemônico, que esteve sempre muito presente nos usuários e prestadores de serviços, no campo da saúde suplementar. Pagar um plano de saúde para usá-lo quando houver a necessidade de um tratamento médico é a visão que a maior parte da população possui sobre a saúde suplementar. O avanço tecnológico dos recursos disponíveis, tanto na propedêutica como na terapêutica, com custos cada vez mais elevados projeta, uma expectativa de inviabilização da prática médica pelas operadoras de planos de saúde.

O sistema de saúde, seja ele público ou privado, tem como objetivo primordial de sua existência, tratar o paciente de forma integral. O custo da prestação de serviço apresenta a tendência a ficar cada vez mais oneroso, pois há cada vez mais incorporação de novas tecnologias, processos naturais como o envelhecimento da população, a mudança no perfil de morbi-mortalidade. Deve-se considerar, ainda, a inflação médica, a ampliação de cobertura, a judicialização da saúde, entre outros motivos que impactam diretamente os custos das operações em saúde (GARBIN, 2005).

A grande mudança proposta para conter a ampliação das despesas e usar adequadamente os recursos disponíveis mantendo a qualidade da assistência é o envolvimento de uma atenção multiprofissional e da responsabilização coletiva pelas ações de promoção à saúde e prevenção à doença. Os esforços de prevenir doenças e promover a qualidade de vida é uma necessidade real e pode trazer benefícios em médio e longo prazo e ainda conter a escalada de custos e de despesas.

Eu acredito muito na atenção básica. Você pegar aquele diabético no início, faz o tratamento correto, orienta melhor [...] Se você faz uma boa assistência básica, evita que o paciente se complique, você acaba diminuindo o número de internações, você

acaba diminuindo o custo até de exames mais caros. [...] A maioria das doenças cardiovasculares você controla na atenção básica. (M2)

O movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, através da divulgação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, também conhecido como Informe Lalonde. A realização deste estudo teve como cenário os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico-centrado no manejo das doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (BUSS, 2003).

O significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à idéia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003).

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (JENKINS, 2003).

A ANS tem procurado induzir o mercado da saúde suplementar a adotar uma visão de saúde integral com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação adequados às necessidades dos clientes. Na percepção do prestador médico incluir o beneficiário na linha de cuidado, em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos fica sob a sua responsabilidade, não havendo ainda um direcionamento da operadora no sentido do seu monitoramento ou priorização. De uma maneira geral, a instituição do vínculo ou de práticas mais humanizadas está restrita à relação médico-paciente.

## **5.2 Controle da Utilização do Plano por Parte do Usuário**

A possibilidade de ocorrência de um evento desfavorável relativo à saúde de um indivíduo não pode ser predito, não se sabe se vai acontecer e qual será a sua magnitude e por

consequente o custo gasto para o restabelecimento da saúde. O asseguramento em saúde é um sistema de proteção contra perdas financeiras, como qualquer forma de seguro, assim como pode ser, em algumas regiões, uma garantia de obtenção de cuidado em saúde (MEDEIROS, 2005).

A pessoa que faz um plano de saúde busca, por meio da contratação de planos privados, a obtenção de mais atenção, mais cuidado, mais tempo, enfim, busca um espaço maior para falar e ser escutado pelo prestador do cuidado à sua saúde. Busca também a garantia de que vai ser atendido quando necessitar (GARBIN, 2005). Os planos privados de saúde, portanto, fornecem uma sensação de segurança ao indivíduo, de que, na vigência de um evento desfavorável, ele terá garantido seu cuidado.

Farias (2001) relaciona a adesão ao sistema de saúde privado à baixa qualidade do serviço prestado no setor público e à dificuldade de acesso a tal serviço, entre outras causas específicas do indivíduo ou do grupo contratante. Em seu estudo ele mostra que a avaliação da qualidade do atendimento está mais estreitamente relacionada com a relação médico-paciente, do que com questões técnicas.

No Brasil, o consumo de serviços médicos (consultas) pelos indivíduos que possuem planos de saúde é duas vezes maior do que o da população que não possui plano privado, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio de 2008 (IBGE, 2008). A fim de se protegerem, os planos utilizam “táticas de consumo”, isto é, tentam impor barreiras à adesão e utilização de indivíduos de alto risco que necessitam de utilizar os serviços médicos e diagnósticos, principalmente os de alta complexidade.

O conjunto das informações que emergiu das entrevistas realizadas com os médicos cardiologistas permitiu evidenciar que o dispositivo disciplinador mais evidente e reconhecido por todos os entrevistados é a utilização de fatores que equilibram o consumo, tais como: a co-participação do beneficiário no custeio de suas despesas, direcionamento dos usuários para clínicas ou hospitais que possuem um custo final menor para a operadora, limites contratuais, dificuldade de agenda para marcação de exames cardiológicos mais complexos.

A co-participação é uma forma de inibir a utilização do usuário, aquele que [...] paga uma parte. Ele mesmo fica regulando. - Ah não esse exame eu posso voltar daqui a seis meses. Á tendência e eles serem menos freqüente, fazer menos exames. -Ah não esse exame eu não quero repetir e tal. - Esse eu preciso fazer de novo? Ele sabe o que paga e o que não paga. (M8)

De acordo com Cecílio *et al.* (2005), a co-participação é a estratégia de controle do consumo, que tem sido integrada por outras estratégias que visam influir, diretamente, na forma como é organizada a assistência e no modo como os beneficiários circulam na rede de serviço e consomem os produtos disponíveis para ir compondo o seu cuidado.

Como regra geral, todo paciente necessita de autorização prévia do plano de saúde para exames de alto custo e internação eletiva, havendo burocratização, por parte da operadora nesse processo, que constitui uma verdadeira arena de disputa entre prestadores e operadoras, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Em uma cardiopatia isquêmica tempo é tudo. Você faz um exame de urgência ele é de urgência, então se chega um infarto no pronto socorro. Todo meu plantão de pronto socorro tem infarto, você precisa de um cateterismo, aquele paciente, é lógico que precisa naquele momento do cateterismo. Muitas vezes agente fica empatado aí, acaba atrasando muito o tratamento por causa de burocracias, de guias. Guias que não foram autorizadas. Quando autoriza sempre tem alguma coisa pra poder ta atrasando à conduta do paciente. Então o paciente acaba sendo prejudicado. (M2)

Quando é urgência, o paciente está tendo infarto agudo do miocárdio eu não tenho que esperar a autorização, eu tenho que fazer o procedimento, porque é questão de ética, questão de humanidade e questão legal. Se eu não fizer eu vou ser responsabilizado por isso. E são esses casos normalmente a gente tem problema com autorização do convênio. Porque eu não tenho que olhar se o plano dele é regulamentado, se autoriza ou não eu tenho é que fazer. Então depois que eu fiz o plano dele, às vezes não cobre próteses que nós utilizamos, o plano dele é antigo à lei de 1998 que tem uma série de restrições e aí vai ter problema eu e o convênio. (M7)

O segundo relato demonstra claramente o campo de embate entre o médico prestador que fez o procedimento e a operadora de saúde que nega a autorização. Segundo Ribeiro e Scharaiber (1994), a prática médica é classificada como uma atividade do setor terciário da economia, um serviço que envolve a transformação do objeto baseada em conhecimento (*expertise*), que deve ser reajuzado a cada caso (ato singular). Pode ser compreendido como ato técnico e intelectual que apresenta altos níveis de complexidade e de incertezas. Nesse sentido, o que norteia a conduta do médico entrevistado é o Código de Ética e o sentimento de responsabilidade pelo paciente e não as normas fixadas pelo plano de saúde.

Existe um ator camuflado nesta relação, são os fornecedores de equipamento médico hospitalar, eles pressionam e muitas vezes estimulam os médicos a utilizarem ortóses e próteses importadas, novos medicamentos e outras tecnologias que nem sempre possuem avaliações sistemáticas de seu custo benefício. O médico encantado com as promessas

milagrosas pressiona a entrada desses equipamentos, a operadora não aceita mais que o médico defina essa inclusão por si só, e assim, mais uma vez aparece o conflito.

Em procedimentos eletivos, nos quais o usuário é indicado a ir para certos serviços, existe um direcionamento preferencial por parte da operadora para determinados prestadores. Mas as razões não são claras, provavelmente porque esses locais pactuaram a cobrança de valores a um nível mais baixo do que a praticada pelo mercado, trazendo vantagens monetárias a operadoras de saúde.

Isso nas emergências até que não, mas nos casos eletivos são bem direcionados e orientam para determinada clínica [...] Isso tem exemplo claro. No Ipsemg aqui, no Ipsemg lá tem alguma coisa que a gente não sabe muito bem o que determina isso, mas a gente observa que tem determinadas preferências determinados serviços. Eles direcionam esses pacientes para geralmente hospitais, eu trabalho muito lá com hospital. (M1)

Em função de sua profunda ligação com a ciência e com a complexidade de meios e instrumentos, a medicina foi intensamente afetada pela revolução tecnológica da segunda metade do século XX. A cada dia surgem novos medicamentos, novos processos, novos tipos de exames complementares, novos tratamentos, criando esse grande mercado e transformando a medicina moderna em uma atividade que tem um alto custo (FREIDSON, 1998).

Os médicos tendem a usar a melhor tecnologia disponível, em consequência há um aumento dos custos. Exames complementares são caros, bons hospitais são caros, isto é, a moderna medicina tecnológica é cara. O crescimento dos custos provoca uma reação contrária das empresas de planos de saúde na tentativa de bloqueá-lo. Quem sofre as consequências nem sempre é quem decide, e a falta de ônus para o plano, quando ocorrem problemas gerados pela sua ingerência, é comum. Em geral, as consequências da ingerência são sofridas pelos médicos e pelos pacientes, como mostra esta fala:

O que os meus pacientes queixam muito da operadora é dificuldade de agendamento, de marcação de exames cardiológicos mais complexos, de alta complexidade, eles têm um pouco mais de dificuldade. Não é com muita facilidade, tem muitos lugares que não atendem, muitas vezes ficam muitos dias, então às vezes é mais complicado. (M2)

Existe uma indicação de que o usuário é o sujeito mais prejudicado, desde a necessidade de uma simples consulta que, com a justificativa do baixo valor do honorário recebido pelos médicos, é realizada em tempo insuficiente para uma boa consulta clínica, até a negativa de autorização de procedimentos pela operadora. Com tanto ir e vir das guias com relatórios médicos que justificam a real necessidade do exame ou do procedimento de maior custo,

existe uma fila grande de pessoas na espera e um número reduzido de clínicas credenciadas; e o tempo urge para que o paciente se mantenha com boa perspectiva de prognóstico e o usuário torna-se obrigado a pagar pelo procedimento em uma clínica não conveniada, para ter a solução ou diagnóstico de seu problema em tempo hábil.

Quando é possível mudar a estratégia de conduta para beneficiar o usuário, os médicos a alteram, porém, quando não é possível essa mudança, ou o usuário paga pelo procedimento ou não o faz. Quando devidamente orientado, o paciente acaba entrando na justiça e ganha o direito de fazer o procedimento pelo plano de saúde, via ação judicial.

A gente faz o pedido via conduta médica, mas o que a operadora não autoriza o procedimento se a gente não tiver nenhum outro para substituir o paciente vai ter que ver como ele vai fazer. (M6)

Ou o convênio autoriza um stent convencional eles pagam a prótese do bolso e depois tentam ressarcimento ou eles entram com ação judicial para poder receber mas tem situações que eu falo que existe outras estratégias de revascularização de uma reestenoses existe uma maneira de colocar um outro stent convencional mas com uma chance altíssima de o problema voltar então tem alguns casos que eu falo simplesmente que eu não vou fazer uma estratégia que eu não vou trazer benefício para o paciente. Então ou eles pagam ou entram com ação judicial contra. (M1)

Pode-se perceber que os entrevistados M1 e M7, ambos médicos que trabalham em hemodinâmica, setor “bombardeado” pelos fornecedores de equipamento médico hospitalar para a incorporação de novas tecnologias, que eles possuem um discurso permeado pela necessidade constante de utilização de procedimentos caros com poucos estudos científicos sistemáticos que comprovam o custo-benefício de sua utilização.

Existe uma grande frustração tanto para o usuário que não consegue o que necessita (se consegue é através de uma demora excessiva) e do médico que está tratando o paciente, pois o mesmo não consegue dar o retorno necessário ao seu cliente.

Eu acho que eles ficam frustrados com essa história, ficam frustrados, e eu também. O usuário fica muito revoltado. Pago a Unimed, pago o convênio a não sei quantos anos e agora não tenho direito tal. Na verdade alguns até conseguem eles têm direito e conseguem até na justiça com processo. (M8)

Todos esses pontos supracitados são medidas racionalizadoras, de cunho econômico, adotadas pelas operadoras, que impactam diretamente a assistência aos usuários dos planos de saúde e que acabam transformadas em um problema entre o médico e o usuário, em particular o usuário e seus familiares, que viram protagonistas nos momentos de impasse. O usuário, nesse

contexto, ainda representa o elo mais vulnerável, com reduzido controle sobre os seus maiores interesses: o acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada.

Há evidências de que a limitação de acesso a serviços cobertos pelo plano de saúde, a política de autorização prévia à utilização e a presença de auditoria, limitam quantitativa e qualitativamente a oferta de serviços e influenciam na prestação de assistência médica. O médico aprende a conviver com a limitação do plano do usuário. Quando envolvido com o paciente, esse tenta utilizar propedêutica alternativa até o limite onde não haverá riscos ao paciente. A realidade é que a negativa do procedimento seja por limitações do plano, carência do usuário ou qualquer outra justificativa gera um problema ao beneficiário e ele, é somente ele que irá decidir se irá fazer o procedimento e tentar reembolso via ação judicial, se vai tentar a propedêutica via SUS, etc.

As relações que se estabelecem entre as operadoras de saúde e os prestadores de serviços, incluindo a forma de contratação, remuneração e os instrumentos de regulação não financeiros (tais como a existência de médico de porta de entrada, restrições na utilização de alguns serviços intermediários, a adoção de autorizações prévias, dentre outros) interferem no modelo assistencial, induzindo a uma atenção pouco integral ao paciente.

Percebe-se que na saúde suplementar ainda prevalece o modelo de atenção hegemônico caracterizado pelo enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, que desconsidera os determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, muito centradas na assistência médico hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente.

Por outro lado, a utilização de ações de promoção à saúde e de atividades preventivas pode reduzir a utilização de serviços e gerar mais resultado para o profissional médico, assim como trazer benefícios ao paciente. Nota-se que, apesar da implantação do programa de qualificação da saúde suplementar pela ANS ainda não foi possível observar resultados concretos da utilização por parte das operadoras de ações sistematizadas de promoção a saúde e prevenção a agravos. Desta forma vê-se como urgente a inserção dessas práticas pelas operadoras de saúde e não somente como prática isolada do consultório médico com o seu paciente.

## **6 LINHA DO CUIDADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

O cuidado, no contexto da saúde, deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre o paciente e o profissional de saúde (AYRES, 2004).

Portanto, “a ação cuidadora implica mecanismos de responsabilização por parte da operadora e dos produtores de serviços, implica cuidados específicos, uma ação integral, na qual não ocorrem a interrupção e a segmentação do cuidado” (MALTA, 2004, p. 32) Assim, é necessário examinar o modelo de assistência na saúde suplementar no que se refere aos mecanismos de acesso aos diferentes níveis de complexidade e a resolutividade das ações em saúde.

Para aprofundar essas questões, esse capítulo irá discutir a linha do cuidado, como mecanismo de assistência ao usuário, a relação que ocorre no cotidiano envolvendo prestador de saúde e beneficiário, as disputas colocadas, as tensões. Buscaram-se situações que mostram com mais clareza a assistência prestada, as interações ocorridas entre o prestador de saúde, o usuário e a operadora.

Para tal é importante ter em mente que o trabalho em saúde possui especificidades que o diferenciam dos outros trabalhos. Tal trabalho resulta em um espaço relacional, envolvendo o usuário e o prestador, para a produção da saúde, e se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento de que ali há o encontro de sujeitos que têm, juntos, protagonismos na produção da saúde e, sobretudo, ali estão presentes diretrizes de intervenção, relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização (MERHY; FRANCO, 2003).

### **6.1 Concepção da Linha do Cuidado**

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao beneficiário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Incorpora a idéia da integralidade na assistência á saúde, o que significa unificar ações preventivas,

curativas e de reabilitação; proporciona o acesso a todos os recursos tecnológicos de que o usuário necessita (FRANCO; MAGALHAES JR., 2003). É como se descrevesse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos dentro do sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede.

Foi possível perceber nos relatos dos entrevistados pouca familiaridade com o termo linha do cuidado e uma tendência a limitar esse conceito para ações preventivas com mudanças de hábitos.

Prevenção primária e secundária são as principais, cuidados com alimentação, tabagismo. Não fumar, o estímulo ao não tabagismo, alimentação correta, exercícios, a prática de exercícios. A procura de consultas preventivas, realização de exames preventivos. No caso se necessário tomar a medicação ou não. (M5)

Percebeu-se também uma confusão com o conceito de Acolhimento.

Acolher o paciente, a família do paciente em um estado extremamente grave em risco de vida, com uma mortalidade altíssima e no cuidado depois na reinserção tanto na terapia intensiva quanto na reinserção do paciente na atividade normal e nas mudanças de hábitos de vida. (M1)

O acolhimento, para Franco, Bueno e Merhy (2003), é uma prática clínica atribuída a qualquer trabalhador em saúde no momento de recepção dos usuários de determinado estabelecimento de saúde. Idealiza-se que esta atividade seja executada por uma equipe multiprofissional, incluindo profissionais do nível superior, para que exercitem o vínculo e a produção de reconhecimento mútuo de direitos e responsabilidades institucionalizadas pelos serviços de saúde. Além disso, espera-se que essa prática quebre com a verticalidade da organização do trabalho nas unidades de saúde.

Em sua idealização, o acolhimento consiste numa atividade de recepção nas unidades de saúde, composta por uma equipe com diversos profissionais de categorias distintas, que desenvolvem habilidades de escuta das demandas e necessidades, avalia as situações apresentadas a partir de critérios de risco e definem condutas a serem tomadas.

Como foi possível evidenciar, o conceito de acolhimento se distingue do conceito de linha de cuidado; nas falas apreendidas, apenas uma aproximou-se muito do conceito de linha do cuidado. O entrevistado 3 aborda a temporalidade, divisões de níveis e ampla abrangência do cuidado, desta forma engloba ações de prevenção de agravos e acompanhamento dos casos mais graves.

Linha quer dizer que ela é longa, que começa e que vai para vários níveis. Vai desde a prevenção até você selecionar quem tem mais risco acompanhar esse paciente que tanto pode acontecer alguma coisa, quanto que depois que aconteceu um infarto um derrame alguma coisa assim... A abrangência é muito grande. E o médico às vezes está inserido em um ou num nível. Existem vários níveis de terapia, de cuidado. (M3)

De acordo com Malta (2004), a linha de cuidado pressupõe um nível de acompanhamento, ou de responsabilização da operadora/prestador/cuidador por esse usuário. O consumo de “tecnologias duras” (exames e procedimentos) é que vai sugerir o retorno ao cuidador, que por sua vez irá definir a necessidade de novos procedimentos, ou pela propedêutica a ser seguida.

O modelo assistencial desejado deve ofertar todos os recursos tecnológicos ao cuidado dos usuários, dos quais este necessita para sua assistência, incluindo insumos de alta tecnologia e o acesso à mesma, além de sua utilização ser sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranqüilo, em uma dada linha do cuidado que garanta o caminhar na rede assistencial, acompanhados pelo profissional ou pela equipe com a qual formaram seu vínculo. E esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico (MERHY; FRANCO, 2003).

É um paciente hipertenso e com doença coronariana. [...] Exames podem ser feitos, esses exames todos me ajudam a determinar o prognóstico do paciente. [...] O diagnóstico já foi feito, então esse paciente tem, uma cintilografia miocárdica, com teste ergométrico e até um cateterismo. Esse paciente pode ter ou não angina. Eu não posso permitir que esse paciente tenha angina. Então qualquer conduta deverá ser feita para evitar alterações funcionais que podem levar esse paciente a uma insuficiência cardíaca. [...] Se o paciente tiver uma lesão e essa lesão for responsável por essas alterações funcionais no paciente. Eu vou precisar tratar, não vai ter jeito. O paciente vai para uma angioplastia com stent e a partir daí eu vou acompanhá-lo. Eu vou acompanhar esse paciente mais próximo, então eu não vou deixar esse paciente ficar muito afastado. O que eu faço é uma busca ativa também, porque se esse paciente não pode desaparecer [...] Eu preciso acompanhá-lo porque eu preciso mantê-lo desse jeito. E eu gostaria que ele não entrasse novamente num quadro de angina. Então eu acompanhando de perto eu vou estar diminuindo a possibilidade desse paciente reinternar pela doença coronariana dele. O que que é isso? Acompanhar o uso de medicação, mais uma vez aquelas orientações, então manter o nível de gorduras baixas, glicose baixo, estimular o não tabagismo, controle de peso, atividade física, etc. (M5)

Projeto Terapêutico é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco. Com base no risco é definido o Projeto Terapêutico e a partir dele o trabalhador de saúde vai orientar o

usuário a buscar, na rede de serviços, os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade.

Para Franco (2003) a gerência do cuidado denomina-se projeto terapêutico, sendo este o conjunto de atos de saúde pensados para resolver determinado problema apresentado pelos usuários de um serviço de saúde, com o objetivo de produzir o cuidado.

O fluxo de operações seguiria a seguinte orientação: conforme as necessidades apresentadas pelos indivíduos ou coletividades estas devem ser “ouvidas” pelos profissionais de saúde e serem “desenhados” projetos terapêuticos, tentando responder aos princípios de vinculação, responsabilização, equidade e integralidade.

É importante lembrar que, na saúde suplementar, o médico é quem determina o projeto terapêutico do beneficiário, sendo esse o “cabeça” da terapêutica a ser realizada. As falas dos prestadores apontam que o médico é visto como uma parte da engrenagem, junto da equipe multidisciplinar, para que o paciente receba todos os cuidados e orientações necessárias para seu pleno restabelecimento. Caracterizado como engrenagem mestre, devido ao seu papel histórico social e por determinar as decisões do tratamento, percebe-se que, se o médico estiver ciente das possibilidades que a operadora de saúde pode oferecer ao usuário, ele facilita a inserção deste aos programas e tratamentos oferecidos pelas operadoras.

Eu acho que é pedra fundamental não acho que é exclusivo igual à grande maioria das vezes segue, não. O cuidado no paciente cardiológico é um cuidado multidisciplinar, talvez o médico ele seja o guia de como vai ser feito isso, pelo próprio papel social do médico por determinar as decisões do tratamento tenha que passar por ele, mas eu acho que hoje a coisa está muito mais abrangente, então a questão do paciente hipertenso ele passa por um cuidado de orientação da parte de enfermagem, nos cuidados de prevenção contra os tratamentos e consequências nos cuidados nutricionais solicitados, cuidados com atividade física e o médico é parte disso, talvez seja parte pelo que vai encabeçar isso tudo pela posição que é dada socialmente ao médico. (M1)

Acho que ele faz parte importante assim como o paciente é peça importante. O plano de saúde nesse caso aí não tem tanta participação, mas ele tenta organizar o acesso do paciente ao médico, mas aí é um relacionamento muito individual do médico com o paciente. (M3)

Acho que o médico pode facilitar, se ele ficar ciente do que a operadora oferece. A participação do médico é essencial. (M8)

Caprara e Rodrigues (2004) apontam que a melhor relação médico-paciente influencia diretamente sobre o estado de saúde dos pacientes e também interfere na adesão e no sucesso

do tratamento. Isso se faz mais relevante em tratamentos de longa duração, os quais dependem de uma participação mais intensa do paciente. Especialmente hoje em dia, quando:

as doenças infecciosas, nas quais a intervenção médica tinha um efeito curativo imediato, dão lugar às doenças crônico-degenerativas, em que esse aspecto é substituído pela necessidade de se encontrarem estratégias de tratamento que possam proporcionar melhor qualidade de vida (SUCUPIRA, 2007, p. 625).

Nesse sentido, a presença subjetiva do paciente durante a consulta, enquanto portador de um conhecimento essencial sobre sua própria vida, juntamente com o conhecimento teórico do médico sobre os processos patológicos, são fundamentais para o desenvolvimento de um diagnóstico e de uma ação terapêutica consistentes (FERNANDES, 1993).

O médico segue tendo um papel importante na construção da linha de cuidado do paciente, em particular pelo papel de direcionamento em que confia para construir o cuidado que o paciente requer. Ele tem a possibilidade de controlar alguns recursos vitais para a construção do cuidado. Por exemplo, o fato de trabalhar em vários lugares lhe permite circular tanto por ambientes ambulatoriais como hospitalares; os contatos pessoais de que dispõe em vários serviços de saúde e os serviços diagnósticos e terapêuticos que ele pode acionar: “[...] nos hospitais que trabalho, eu frequentemente utilizo os colegas de plantão para uma vaga no CTI, passo um ou outro na frente na hemodinâmica [...]” (M1)

Considera-se que em cada lugar onde se produzam atos de intervenção sobre um determinado problema de saúde, do qual o usuário é portador, resultam produtos bem definidos. Esta combinação, trabalho / produtos caracterizam uma Unidade de Produção de Saúde (FRANCO; MAGALHAES JR., 2004).

As Unidades de Produção podem estar integradas e operar em um mesmo processo produtivo. Ou ainda elas podem atuar de forma compartimentada, autonomizadas umas em relação às outras. O que define o modo como se integram estas Unidades de Produção é o processo de trabalho desenvolvido no seu espaço próprio. O processo de trabalho, se desenvolvido de forma interativa entre os diversos profissionais, possibilita a interação de saberes e práticas, que podem servir de elemento integrador entre os diversos processos produtores de saúde existentes no interior de cada Unidade Produtiva. Assim, ele pode dar a liga entre os diversos produtos das Unidades, funcionando como uma cadeia produtiva dos projetos terapêuticos, levando aos resultados esperados em relação à resolução do problema de saúde do usuário.

Por outro lado, se os processos de trabalho não estão integrados, são compartimentados, cada Unidade Produtiva vai operar de forma autonomizada e alienar os diversos produtos de um projeto terapêutico em curso (FRANCO; FRANCO, [2011?]).

Nesse sentido, Cecílio (2001) acredita que a integralidade das ações de saúde devem ser implementadas tanto no espaço micro quanto no espaço macro dos serviços de saúde. No espaço micro ela se dá a partir das ações pactuadas entre os membros das equipes, gerando trabalhos solidários entre eles, com troca frequente dos seus múltiplos saberes e práticas.

É importante salientar que a linha de produção do cuidado não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico; existe uma continuidade, dependendo do modelo assistencial que atua nessa linha, por meio do acompanhamento desse usuário para garantir a integralidade do cuidado (MALTA *et al.*, 2005).

#### Cada etapa

configura um microprocesso de trabalho específico, determinado pelos atos de cada produtor de serviços/profissional de saúde envolvido no que se desenvolve ao longo da “linha do cuidado”, como uma determinação maior da produção da saúde. O consultório médico e o laboratório constituem-se em microunidades produtivas. Os processos existentes em cada etapa estarão integrados ou não, dependendo do modelo produtivo em curso. Ele poderá se expressar de forma fragmentada ou integrada. O importante é perceber que os processos de trabalho específicos de cada etapa acontecem em microunidades produtivas, nas quais umas fornecem insumos para outras (MALTA *et al.*, 2005, p. 155).

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai se somando a todas as outras ações assistenciais, seguindo aquilo que afirma Cecílio e Merhy (2003, p. 98): “[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas, também, de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde.” Desta forma, a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta em como se articulam as práticas dos trabalhadores.

Múltiplos são os atores que influenciam a linha do cuidado, sendo responsáveis pela sua (des)continuidade. Existem os beneficiários que procuram assistência; as operadoras e os prestadores que regulam seu funcionamento, através da pactuação de contratos e definição de fluxos; os profissionais de saúde que atuam nos processos de trabalho tecnologicamente determinados e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, no seu papel regulador. Neste

sentido, ocorre um grande pacto entre esses atores como condição para sua existência e eficácia no cuidado aos beneficiários (FRANCO, 2003).

## **6.2 Rompimento da Linha do Cuidado**

Ao analisar o caminhar do beneficiário na saúde suplementar, pode-se verificar que ocorre a fragmentação da assistência, prejudicando o projeto terapêutico pré-estabelecido, é perceptível que haja quebra na linha do cuidado pré-estabelecida. Malta (2004) descreve alguns fatores que podem romper a linha do cuidado, tais como a ausência de ações de promoção e prevenção à saúde, a deficiência da rede de serviços, a seguimentação dos planos de saúde, as atitudes de desresponsabilização do cuidador, atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora e a falta de insumos por parte do prestador.

### **6.2.1 Ausência das práticas de promoção e prevenção da saúde**

A percepção dos entrevistados é que a maioria absoluta das operadoras em Belo Horizonte não possui práticas na área de promoção da saúde e prevenção de agravos, quando existe algum movimento por parte de alguma operadora esse movimento ainda é "embrionário" e limitado a algumas ações específicas. Muitas vezes, essas ações possuem um interesse voltado mais a economizar custos do que realmente beneficiar o usuário, como se depreende das falas a seguir:

Não, não vejo. [...] Eles não promovem. Eles não estão fazendo muito pra promover isso não. Isso é o que estou vendo no dia a dia. (M2)

Eu acho que não existe nada. Pelo menos no IPSEMG eu não conheço nada relacionado a isso não, eu acho que é nulo. Em relação talvez se me permite a falar da Unimed já existe algum movimento nesse sentido porque eles estão começando a ver que prevenir é economicamente muito mais viável do que tratar porque o plano de saúde na verdade é uma empresa o que eles querem ao meu ver é lucrar então na verdade quanto mais usuários eles puderem ter aumentando o aporte e gastar menos é o objetivo do plano de saúde. [...] Unimed em termo de grupo, tem o de hipertenso, de diabético, continuando com a orientação nas diversas áreas para a prevenção. Eu acho que é uma coisa ainda embrionária, mas que está começando e eu acho que futuramente vai dar resultado. Nos outros convênios especificamente no que a gente está falando dele eu não conheço nenhum tipo de ação nesse sentido, não. (M1)

Ela, na verdade essa ação ainda é muito incipiente, [...] Esse tipo de serviço tem que ser com um pedido, então a gente tem que fazer, o médico é a figura central, não é um self service não. O médico pede, faz uma guia esse usuário vai lá e marca. (M8)

As práticas de saúde da atualidade estão em transformações; com isso o Programa de Qualificação no setor da saúde suplementar, lançado pela ANS em 2005, pretende investir na produção em saúde e incentivar a melhoria e a ampliação da atenção à saúde prestada pelos planos, que passam a se ocupar com a promoção e prevenção, além da recuperação da saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

Porém essas práticas vêm encontrando limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde dos indivíduos. A proposta de integralidade do cuidado, na visão do prestador, caminhou de alguma forma para a promoção da saúde devido a exigências regulamentadas pela ANS e não por opção própria. É o que se pode perceber na fala do médico que se segue:

Bom, não existe, eu acredito que devam existir grupos, grupos de orientação. Centros que vão orientar os pacientes, atualmente, hoje começou o atendimento de nutricionista, de nutrição no plano de saúde por determinação da ANS, quer dizer não foi uma atitude da operadora, não foi uma atitude do plano dela. Foi uma atitude do governo, que a ANS determinou que seria dessa forma, que seria obrigado a ter a nutrição, a nutricionista e psicólogo. E depois a orientação foi seguida com base na determinação do governo, então assim, quando o governo determinou que nutricionista teria um atendimento de nutrição a cada dois meses, então implantou o atendimento a cada dois meses. Depois que a ANS passou o atendimento a cada mês, então foi obrigado a implantar o atendimento de nutrição por mês. E nutrição é fundamental, é essencial. Esses procedimentos só foram implantados por determinação do governo. Quer dizer não foi uma iniciativa própria, não foi. Acredito que a maioria dos planos de saúde, aí é a opinião própria, só implanta o atendimento, ou o cuidado ao paciente, nesse momento, por determinação do governo. São poucas os planos de saúde que eu sei .. a Unimed está fazendo isso, a Amil está fazendo isso, por que eles sabem também que tem uma influência econômica, que reduz os custos lá pra frente. O cuidado terciário cai muito se você investe no cuidado primário. Mais, pelo que estou acompanhando a maioria das operadoras só introduz isso por determinação da ANS e com determinação da ANS. (M5)

Segundo Ferreira (1986), o termo prevenir tem o significado de preparar; chegar antes de; dispor de maneira que se evite (dano, mal); impedir que se realize. Já a prevenção em saúde, de acordo com Leavell e Clark (1976), exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar difícil o progresso futuro da doença. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; os objetivos da prevenção são o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. De

acordo com Czeresnia e Freitas (2003), os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Para Czeresnia (2003), duas perspectivas apresentadas no discurso da promoção da saúde e prevenção de doenças, que são a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida e a consequente redução dos gastos com assistência médica de alto custo, são um estímulo ao desenvolvimento de programas com este enfoque, que convergem em benefícios de interesse público e do mercado. Nesse sentido, os programas de promoção da saúde, na saúde suplementar, visam preencher uma lacuna existente neste setor e propõem uma abordagem em que a prevenção, o tratamento das doenças e a mudança de comportamento proporcionem a melhoria da qualidade de vida e a consequente redução de custos para as operadoras de planos, seguindo uma tendência mundial de promoção da saúde e prevenção de doenças.

### **6.2.2 Deficiência da rede de serviços**

A análise do setor de saúde revela ineficiência no fornecimento dos serviços, não focando o controle dos problemas prioritários de saúde para a maioria da população. A demanda por serviços em saúde cresce, particularmente, no âmbito público, tendo, com isso, aumentado os déficits existentes. É necessário melhorar a equidade, a cobertura, o acesso e a qualidade dos serviços, o que requer a reorganização dos sistemas de saúde através de uma harmonização dos setores público e privado. A capacidade de resolução se contrapõe a um aumento de demandas. Verifica-se uma redução da cobertura assistencial e uma evidente deterioração da qualidade dos serviços, sem contar que o orçamento público para a saúde diminuiu em quase todos os países do mundo, de acordo com a Organização Pan-americana de saúde (OPAS) e outros autores (OPAS, 1998; VIANNA; FAUSTO; LIMA, 2003). No Brasil, apesar do orçamento público destinado a saúde ter tido um aumento real nos últimos anos, ainda não foi possível atingir um nível de melhoria satisfatório e perceptível.

Os serviços de saúde constituem um sistema imperfeito em que as interações entre seus componentes não são harmoniosas nem coerentes, além de sofrerem a influência de interesses e contingência próprios de um ambiente social cuja realidade é mutável e imprevisível. Esses ambientes, por sua vez, impõem pressões diversas sobre cada serviço, gerando respostas que

têm pouca harmonia com as ações de outros ambientes e que produzem fragmentações e desequilíbrios no sistema como um todo (MEDEIROS, 2008).

O médico entrevistado reproduz o desabafo dos pacientes que possuem o plano na modalidade filantropia. Quando existe uma necessidade eminente de realizar um procedimento específico, geralmente este procedimento é de alto custo, o usuário se depara com um número reduzido de clínicas autorizadas a realizá-lo pelo plano. Esse fato gera descontentamento por parte dos usuários, pois desencadeia filas de espera e demora para liberação dos laudos.

Tem problema, [...] eles reclamam que tem poucas clínicas que estão fazendo exames pelo plano e que... Às vezes ficam muito cheias e que eles não conseguem soltar os resultados como tempo curto e que a marcação é prolongada. O plano especificamente deu uma reduzida grande na rede de assistência. Então com isso está fazendo filas grandes, aí e o pessoal sempre reclama. Ela faz um tipo de gargalo, tumultua o processo. (M3)

O que os meus pacientes queixam muito da operadora é dificuldade de agendamento, de marcação de exames cardiológicos mais complexos, de alta complexidade, eles têm um pouco mais de dificuldade. Não é com muita facilidade, tem muitos lugares que não atendem. (M2)

Nos relatos percebe-se a dificuldade existente em conseguir a liberação de autorização de certo procedimento, demonstrando isso como a rede credenciada também se torna um moderador para a realização do exame.

Da liberação de autorização, não é fácil pro paciente, não. Não é muito fácil pra ele marcar um exame. (M2)

Tem influência, pois o que, que acontece é que tem planos que não autorizam o procedimento. (M6)

A deficiência da rede de serviços é caracterizada pela insuficiência do apoio diagnóstico terapêutico, inexistência de ofertas específicas, principalmente de alta complexidade, exames não cobertos, carências. “A rede oferecida pela operadora de alguma forma é ou torna-se insuficiente, seja pelo número, pela especialidade ou pela complexidade disponível.” (MALTA, 2004, p. 41). Assim o usuário, frente a sua necessidade, nem sempre encontra resposta na rede disponibilizada pela operadora.

### **6.2.3 Segmentação assistencial dos planos**

Uma primeira segmentação, geralmente utilizada pelas operadoras para atender aos diversos tipos de interesse entre os beneficiários, é entre os planos de saúde de assistência médica com

ou sem odontologia e os planos exclusivamente odontológicos . Os planos médicos englobam as diversas combinações das coberturas ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetrícia), com ou sem assistência odontológica. A seguimentação, por si só, pressupõe a interrupção da linha do cuidado. Os planos seguidos resultam no parcelamento do cuidado. No plano ambulatorial o beneficiário, mesmo quando necessário, não tem cobertura para internação, desta forma o usuário é o responsável por encontrar a solução para seu problema. O mesmo ocorre com os planos instituídos antes da lei 9656/98, chamados de não regulamentados. Esses são mais restritivos e não possuem cobertura para diversos procedimentos, ficando o usuário mais uma vez a mercê de sua própria sorte.

Na verdade a relação que eu vejo com a operadora de saúde é muitas vezes ela ou autorizando ou não a fazer aquilo que a gente pediu, muitas vezes o que tá nas diretrizes é muito limitado pra gente fazer tanto pela cobertura contratual do paciente. Tem muito essa questão dos planos regulamentados e não regulamentados.  
(M1)

Vale ressaltar que nem sempre será vantajoso para o usuário trocar de plano, passar para um plano regulamentado muitas vezes pode triplicar o orçamento doméstico. Isso faz com que ter ou não ter plano regulamentado não seja uma opção, mas uma limitação orçamentária. Assim, além da limitação monetária, o usuário deverá lidar também com as limitações que seu plano carrega, tais como limite de exames, dias de internação, número de consultas anuais, etc.

Com relação àqueles pacientes que têm planos antigos, muito antigos com limitações. Algumas vezes existem limitações, assim como te falei com os planos muito antigos. Às vezes a pessoa insiste em ter aquele plano porque se ele for fazer um up grade ele vai pagar um... vai triplicar ou quadruplicar o valor. Aí ele acaba ficando com aquele plano antigo e aí às vezes tem limitação, né você vai pedir um duplex scan de vasos renais, no caso da hipertensão, aí... ele paga aí ou entra pra justiça.. ou não paga, some. Já aconteceu, teve um que ele sumiu não apareceu mais.  
(M8)

Os sistemas de saúde fragmentados caracterizam-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a supremacia da atenção hospitalar, e pela ausência de uma integração dos pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que organize a assistência. Os sistemas integrados de serviços de saúde estão baseados em três pontos centrais: a oferta de serviços, de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção à saúde; a integração desses pontos de atenção à saúde, por meio de um sistema de gestão da clínica e a existência de uma população adstrita, cuja saúde é de sua responsabilidade gerencial (MENDES, 2001).

A fragmentação dos sistemas de saúde traz muitos problemas porque estão dirigidos, fundamentalmente, a atender pessoas doentes ou, quando muito, a fazer a prevenção de doenças em bases individuais, já que não objetivam uma responsabilização pela saúde da população. São ineficientes porque não estão focados na gestão de riscos populacionais; não atendem as pessoas no lugar certo; dividem o evento da doença e a atenção por partes que não se comunicam, rompendo o princípio da continuidade; tendem a incentivar financeiramente os pontos de atenção à saúde de maior densidade tecnológica. Tudo isso pressiona fortemente os custos dos sistemas de saúde com baixo impacto sobre as pessoas (WHO, 1998).

#### **6.2.4 Atitudes de desresponsabilização do cuidador**

Já foi visto que quando o médico detém informações atualizadas referente ao que se passa dentro da operadora ele pode facilitar o projeto terapêutico do beneficiário; o mesmo ocorre quando o prestador utiliza sua rede de contatos para conseguir agilizar uma consulta, internação ou exame. O mesmo que auxilia pode, no entanto, dificultar ou quebrar a continuidade da linha do cuidado, ou seja, o prestador que não cria vínculo, não está a par do que se passa, não acolhe o usuário, não tem uma postura de escuta qualificada, não utiliza as tecnologias adequadas, não fecha o diagnóstico, não possibilita acesso a ele quando o usuário está com uma demanda aguda, provoca a repetição de procedimentos desnecessários. Pois como o beneficiário não se sentiu acolhido, não possui um responsável pelo seu cuidado, ele acaba buscando novas alternativas assistenciais.

Se não há vínculo entre profissional e usuário, a possibilidade de estabelecer um projeto terapêutico é mínima e ocorre uma ruptura na linha do cuidado, pode-se perceber essa ruptura nas falas que se seguem:

Depende do médico, cada um tem um perfil. A saúde está muito precária e o paciente está sendo prejudicado, o atendimento em geral não é bom. Isso é devido à demanda que é muito grande para poucos médicos. Existem aqueles que fazem de tudo pelo paciente e aqueles que só cumprem o plantão e vão embora. (M4)

Então a gente acaba caindo num ciclo vicioso de ter que atender um certo volume e esse volume acaba perdendo a qualidade se você perde a qualidade da consulta, você perde a qualidade do tratamento acaba tendo mais consultas, tendo mais consultas, acaba tendo mais gastos do convênio. (M2)

Para atender um maior volume de pacientes os médicos têm duas opções: diminuir o tempo de consulta e/ou aumentar o tempo no consultório. Diminuir o tempo de consulta pode resultar num contacto mais objetivo e superficial; aumentar o tempo no consultório significa adicionar carga horária extra, elevar o nível de estresse recorrente do trabalho, reduzir o tempo livre, restringir o tempo dedicado à atualização. Com isso, pode-se aumentar os riscos relacionados à prática da medicina, uma prática já baseada na incerteza. Pode ocorrer também aumento do risco de frustração de profissionais (e usuários), com queda da qualidade de vida além do enfraquecimento da relação médico-paciente (GARBIN, 2005).

A fala seguinte identifica a possibilidade do prestador médico não solicitar todos os exames necessários para um usuário com o intuito de que no fim do mês, essa consulta seja melhor remunerada, é a chamada consulta bonificada. Muito utilizada por uma cooperativa médica para controlar o uso abusivo de exames. A lógica acaba se invertendo e o paciente que precisava de uma investigação mais detalhada de sua saúde acaba tendo diluído em alguns meses todos os exames que poderia fazer de uma só vez. Ou pior, com o objetivo de ter essa bonificação, o médico simplesmente se recusa a solicitar os exames, empurrando essa responsabilidade para uma outra especialidade ou um outro colega.

Olha, eu não trabalho com consultório, mas uma coisa que eu observei e que eu achei estranho é que a Unimed ela premia quem solicita menos exames laboratorial. Os médicos que pedem menos exames eles têm um honorário diferenciado de quem... Não sei como eles fazem, mas existe isso. Então, isso é uma forma. Eu acho que o paciente não é beneficiado com isso, não. Porque às vezes o médico vai pensar primeiro não pedir o exame, porque ele vai ganhar mais do que na real necessidade desse paciente em realizar esse exame. (M7)

É possível apreender em algumas falas que o número excessivo de consultas em determinado tempo impede o atendimento acolhedor ao usuário. Com o intuito de contrabalancear o valor repassado da consulta, o médico tende a atender um número excessivo de pacientes. Essa atitude prejudica a investigação da doença, a criação do vínculo médico-paciente e possibilita a repetição de exames e consultas desnecessárias. Os médicos não têm tempo suficiente para dedicar-se à escuta, muito menos para estabelecer relações de confiança com seus pacientes, conhecer sua família, sua realidade social, seus problemas em geral (OLIVEIRA, 2002).

Eu gosto de consultório, eu gosto e falo que é uma pena que o consultório tem uma tendência. Os clínicos ... Vai acabar. A relação médico paciente parece que vai acabar, porque pela desvalorização do profissional. Então é muito triste isso, quer dizer o usuário reclama de um lado porque ele quer ser bem atendido e o dinheiro dele tá ali ele tá pagando, ne?! E o repasse não é feito com muita justiça. Então acaba o médico tendo que atender uma demanda muito grande, acaba sufocado, trabalhando em condições ruins. (M2)

De acordo com Merhy (1998), há de se resgatar a dimensão subjetiva da intervenção em saúde como fator de desenvolvimento da qualidade das relações humanas, que acompanhe a evolução do conhecimento técnico-científico. Quando há domínio de ações organizadas em torno das tecnologias duras (equipamentos, máquinas), os processos de trabalho ficam mais comprometidos com o uso dessa forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar. Segundo o autor, ao olharmos os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais, todo o aparato instrumental utilizado para assistir o paciente se configura como uma tecnologia dura. Mas também se mobilizam intensamente conhecimentos e saberes e essa tecnologia é denominada leve-dura. E, mais ainda, toda abordagem assistencial de um trabalhador com um usuário produz um processo de relações que cria uma instersubjetividade por meio de falas, escutas, interpretações, denominada tecnologia leve. Só uma conformação adequada entre as três diferentes tecnologias produz resultados efetivos no que concerne ao processo saúde-doença dos sujeitos. Nos diferentes níveis de atenção à saúde, são colocadas em prática tecnologias leves, leveduras e duras, prevalecendo uma ou outra de acordo com o contexto.

O trabalho em saúde, orientado por esse modelo, isola-se dos demais; vai-se especializando a cada introdução de novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas e “vai-se necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa, voltada, eticamente, para si mesma.” (MERHY, 1998, p. 106).

O atual descuido com a saúde gera um excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003; MERHY, 1998). Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo, além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença. Essa idéia foi expressada apenas pelo entrevistado 5.

Eu acho que deveria ter uma valorização do clínico é aquele que vai estar lá olhando a todos, todos os pacientes de todas as doenças, as possíveis doenças. É ele que vai estar acompanhando de perto todas as possíveis doenças. Se acaso acontecer desse paciente vir a precisar de um cuidado secundário, então ele vai encaminhar para o cardiologista, vai encaminhar ao gastro. O estímulo ao clínico, aquela volta do clínico de 1920 de 1930. Aquela volta do médico que vai estar com a família, eu acho que precisa ser estimulado. Aí sim, nós vamos ter um cuidado primário maior. [...] existe uma hiperespecialidade, tudo é muito picado, muito picado. Então, se eu

quero fazer a prevenção na gastroenterologia, vou no gastrologista, se eu quero fazer uma prevenção cardiológica, vou no cardiologista. [...] Agora, o clínico ele poderia, ele tem uma visão, cardiológica, gastroenterológica, epidemiológica. [...]Eu acho que essa hiperespecialidade reduziu a capacidade que o médico tem de acompanhar o paciente. Acho que fragmentou demais, fragmentou muito. (M5)

A priorização que a ciência e as tecnologias ganharam no cotidiano das pessoas faz com que o paciente desavisado perceba o ato médico como um encontro com a tecnologia e a ciência. Quanto mais aportes tecnológicos, especialmente os aparelhos e instrumentos inovadores, computadorizados, automatizados, maior a credibilidade depositada no médico.

Tanto o paciente exige do médico os recursos tecno-científicos mais avançados para dar-lhe a devida credibilidade, quanto os médicos, em geral, confiam cada vez mais na tecnologia e menos em seu raciocínio clínico e concedem menor importância ao contato humano, ao palpar, ao ouvir e estar à disposição do paciente, perscrutando-lhe as fibras do íntimo intangível, por não considerar ou ignorar que essa relação humana já é terapêutica (OLIVEIRA, 2002).

A relação médico-paciente ocorrida nos dias de hoje está seriamente comprometida em seu nível de subjetividade. Pelo excessivo valor que se dá ao aspecto científico, e conseqüentemente às inovações tecnológicas na área da saúde, tanto por pacientes quanto por médicos, subestimam-se muito os sintomas mórbidos subjetivos e, por outro lado, subestima-se a capacidade clínica do profissional, subjugando-a aos recursos tecnológicos. Além disso, geralmente o médico foi treinado para subestimar a subjetividade das pessoas, por isso, no encontro com o paciente, ele escuta sem ouvir, e a anamnese torna-se um exercício penoso e cansativo (SIQUEIRA, 2000).

Desta forma, o aspecto humano fica prejudicado porque o que há de humano na relação médico-paciente vai desaparecendo, dissolve-se o conceito de pessoa. O apelo subjetivo trazido pelo paciente ao encontro do médico não é por este considerado, e o aspecto subjetivo trazido pelo médico não é buscado e valorizado pelo paciente (OLIVEIRA, 2002).

### 6.2.5 Atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora

Segundo Malta *et al.* (2005), a regulação do cuidado por parte da operadora está centrada no processo restritivo. Desde a entrada do beneficiário são criadas várias dificuldades a que o usuário tenha acesso ao cuidado. Ao assinar o contrato o usuário é obrigado a declarar quais são suas doenças pré existentes, isso faz com que, para o tratamento desta doença, antes de ter o plano de saúde, o tempo de carência seja maior que para outros possíveis problemas de saúde. O *call center* pode adiar as entradas, “jogando” o paciente de um lado ao outro; existem filas de espera, restrição a retornos, não-acesso a tecnologias específicas, como próteses e procedimentos de alta complexidade etc.

Na verdade existe uma normatização de cada plano de saúde tem uma normatização do que vai ser feito do que eles não vão autorizar fazer, mas essa normatização ela está guiada muito mais por interesse econômico do que interesse realmente do que é mostrado na literatura. Por exemplo se a pessoa não tem cobertura contratual para órtese e prótese não cobre de jeito nenhum. Muitas vezes ela tem cobertura contratual, mas se o que eu to pedindo ou propondo como estratégia de revascularização não bater com a câmara técnica do convenio ele não autoriza. Um grande exemplo disso é o Stent farmacológico. (M1)

Pelo contrário a preocupação deles é maior assim pela quantidade de exames que você ... Se você vai pedir um exame mais complexo às vezes o paciente tem uma necessidade de fazer um exame mais completo. A preocupação deles é mais custo.(...) Quando você precisa fazer um cateterismo de urgência, a gente tem muita dificuldade inclusive muita burocracia. Muita burocracia mesmo, isso pode até prejudicar até o próprio paciente, o próprio usuário. (M2)

O que interfere é se a gente vai fazer algum exame, que tem certos exames que não são autorizados, né?! Por exemplo, se um paciente precisar fazer angioplastia com stet farmacológico, Tem, só que ele é mais limitado. Depende para cada caso, não feitos para todos os pacientes que têm indicação, não. (M4)

Existe uma grande frustração para o usuário que não consegue o de que necessita, ou quando consegue, é através de uma demora excessiva devido a gargalos de rede e do médico que está tratando o paciente, pois o mesmo não consegue dar o retorno necessário ao seu cliente.

O usuário, eu também me incluo nisso, eu também tenho plano de saúde é muitas vezes, ele fica frustrado porque ele precisa de fazer um procedimento que o convênio não paga. Na verdade o que as pessoas têm que entender que o plano de saúde e é um negócio que você está fazendo então você tem que ler muito bem antes pra saber o que [...] dá direito e o que não te dar. Porque depois que você assinou o contrato não adianta, tá no contrato[...] A gente faz o pedido via conduta médica, mas o que a operadora não autoriza o procedimento se a gente não tiver nenhum outro para substituir o paciente vai ter que ver como ele vai fazer. Aí acaba para o próprio paciente começar a fazer alguma coisa . (M6)

O usuário fica muito revoltado, aí ficam aí pago a Unimed, pago o convênio a não sei quantos anos e agora não tenho direito tal, na verdade alguns até conseguem eles

têm direito e conseguem até na justiça... com processo. Dificulta, né o trabalho da gente, dificulta em questão de resultado, de respostas mais rápida. (M8)

É perceptível que o usuário é o elo mais prejudicado, desde a necessidade de uma simples consulta, devido aos valores recebidos pelos médicos que tentam repassar esse prejuízo ao usuário, oferecendo um menor tempo para a consulta, ou solicitando menor número de exames, para poder receber um pouco mais, até a negativa de autorização de procedimentos; quando esses são autorizados, existe uma fila grande de pessoas, que precisam fazer tais exames em poucas clínicas credenciadas e o tempo solicitado pelo médico já está no limite. Então o usuário torna-se obrigado a pagar pelo exame em outra clínica, não conveniada, para ter o exame/ procedimento em tempo hábil de solução ou diagnóstico de seu problema.

### **6.3 Ações das Operadoras de Saúde Baseadas na Linha do Cuidado**

A dicotomia entre as ações de promoção, proteção e prevenção, com as ações de diagnóstico, terapia e reabilitação, vem desde o surgimento dos campos da saúde pública no século XVIII e perpetua-se na medicina moderna (segunda metade do século XIX). Estes campos, apesar de ter bases técnico-científicas comuns, se consolidaram com relativa separação, repercutindo na constituição de modos históricos de organizar a produção de serviços de saúde, com modelos assistenciais baseados mais na epidemiologia ou na clínica (MERHY, 1998).

No Setor de saúde suplementar, o modelo assistencial hegemônico caracteriza-se pelo enfoque predominantemente biológico da saúde-doença, desconsiderando seus determinantes sociais, com ações desarticuladas e desintegradas. Um modelo pouco eficiente, pouco eficaz e pouco efetivo (BRASIL, 2007b). Em contrapartida, em geral, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou são totalmente desconsideradas, contribuindo para a baixa efetividade dos serviços prestados (BRASIL, 2007b).

Diante dessas questões e das possibilidades de intervenção, a ANS tem estimulado as operadoras de saúde a trabalharem, em seu campo de gestão, a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças, com o objetivo de compor a integralidade da atenção à saúde,

promover melhorias à saúde dos beneficiários e aperfeiçoar a eficiência do setor de saúde suplementar.

A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos privados de assistência à saúde implantassem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus beneficiários foi a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 94, em 23 de março de 2005. Essa RN estabeleceu os critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco definidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 17 de julho de 2001, para as operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Logo depois houve a elaboração da primeira versão do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar, que teve como objetivo principal estimular a mudança do modelo de atenção à saúde no setor, através da adoção, pelas operadoras de planos privados de saúde, de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Portanto,

A aproximação destes objetivos de melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida dos segurados e de redução dos gastos com assistência médica de alto custo seria um desafio para a ação regulatória do estado com a intenção de gerar eficiência, responsabilidade e qualidade da atenção à saúde. O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no mercado poderia ser um campo propício ao estabelecimento de estratégias cooperativas com os agentes privados do setor saúde, harmonizando as metas de regulação com orientações de eficiência (CZERESNIA, 2003, p. 13).

O que se tem percebido é que o percurso dos clientes na linha do cuidado ocorre em função da ligação entre o médico e o seu paciente. Percebe-se que o trabalho médico é o elemento definidor do cuidado, tanto na perspectiva da ação técnica como na gestão do processo assistencial. Em geral, as operadoras nas quais os médicos trabalham não promovem maior vinculação ou estímulo à prática cuidadora e integral. Reafirma-se a racionalidade econômica a direcionar e até a definir estratégias assistenciais, ou seja, isso se faz muito mais por uma necessidade de reduzir custos e regular a utilização dos serviços do que propriamente pela busca de uma melhor e maior qualidade na assistência. A preocupação das operadoras de saúde ainda está muito voltada em reter dinheiro, ganhar em cima da saúde. Não há preocupação e envolvimento com orientações para o usuário ou qualquer ação baseada na linha do cuidado direcionada a ele.

Não. Não pensa. Eu acho que a maioria das operadoras preocupam mais em reter, mais em ter dinheiro. Ganhar em cima da saúde. Então eles não preocupam em tá fazendo cuidados, prestando serviços. Eles não preocupam não. Pelo menos eu nunca vi por parte deles, operadoras alguma coisa nesse sentido. (M2)

Eu acho que não, a imensa maioria não, a imensa maioria na verdade eles são uma empresa voltada para vender o produto e para terem lucros com o seu produto. E... não tem muito cuidado de orientar o paciente. Eles deixam na verdade para a gente, para o médico. Na verdade o papel da maioria é o que vender o produto dela e ter o lucro e se manter no mercado ela não se envolve muito com orientação para o paciente, não. (M6)

No âmbito da reorganização interna da cooperativa médica, existe uma expressão de prática assistencial, que demonstra preocupação quanto à necessidade de maior envolvimento em sua própria transformação enquanto gestora de saúde. Nesta modalidade há um movimento para a introdução das diretrizes de prevenção e promoção à saúde, classificação de risco de determinadas populações de clientes. Foi possível identificar, sob a ótica do prestador, que há uma preocupação em formar grupos de crônicos, especialmente hipertensos e diabéticos.

Acho que sim, tem procurado a fazer sim essa coisa de classificação do doente crônico, de cadastramento. Parece que a operadora está caminhando para isso, uma regulação talvez mais para um nível de controle estatístico, meio de conduta, de conhecer o cliente, né? De conhecer o cliente, o nível de doença baseado nisso, pois como a doença cardiovascular é uma coisa prevalente, mortalidade muito alta, morbidade alta eles tem preocupado, sim com isso. [...] Eles tem grupos de diabéticos, cuidados e orientações dietéticas, orientação nutricional, tabagismo, diabetes, serviço psicológico. (M8)

Ao analisar o caminhar do beneficiário de planos de saúde, pelo olhar do prestador médico, percebe-se a ruptura do fluxo da linha do cuidado em vários pontos. A lógica da assistência ainda não está centrada nas necessidades do usuário e o contexto percebido é o da não responsabilização no processo terapêutico. O modo de cuidar não cria vínculo, e não prioriza a utilização das tecnologias leves, aquelas produtoras de uma construção terapêutica entre trabalhador e usuário.

Observaram-se algumas tendências comuns às operadoras como a utilização de mecanismos de regulação do acesso, tais como autorizações prévias para internações e procedimentos de maior complexidade, hierarquização da rede e co-participação nos planos coletivos.

As práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários. Dentre as operadoras nas quais os médicos trabalham, a cooperativa médica é a operadora que tem se movimentado em busca de práticas mais cuidadoras, através da formação de grupos operativos (diabéticos, hipertensos, anti-tabagismo), gerenciamento de

casos, e atenção domiciliar, apresentando-as como prática benéfica aos usuários e redução de internações, eventos e custos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho analisou as microrregulações existentes no espaço relacional operadoras – prestadores – beneficiários de planos de saúde, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Com o objetivo de mapear a assistência ao beneficiário por meio do acompanhamento da linha do cuidado cardiovascular, buscaram-se elementos que revelam com mais clareza a assistência prestada, bem como as interações ocorridas entre o usuário, o prestador e as operadoras de plano de saúde, pela percepção do prestador.

Foi percebido que, individualmente, cada médico sofre ingerências na sua capacidade de decisão no contexto da relação terapêutica. Todos os médicos entrevistados, em maior ou menor grau, consideram as condições de trabalho com a saúde suplementar insatisfatórias porque sentem sua autonomia técnica invadida e temem a possibilidade de perder o controle sobre seu trabalho. O profissional se sente desvalorizado diante da intromissão externa em sua autonomia e o questionamento de sua expertise. As restrições de exames, consultas e outros procedimentos impostos pelos planos são apontadas pelos entrevistados como fatores que podem aumentar a chance de ruptura da linha do cuidado. Destaca-se também o incômodo que os médicos sentem com a redução, ou mesmo perda, de sua autonomia econômica. A impossibilidade de decidir sobre o valor econômico de seu trabalho parece “contaminar”, por vezes, a atribuição de valor simbólico a este trabalho.

Pode-se afirmar, com base nos dados obtidos, que grande parte dos médicos considera a existência dos planos de saúde como um terceiro elemento na prática médica; isso pode trazer implicações nocivas à profissão, restringindo sua autonomia econômica e técnica, muitas vezes interferindo na relação médico-paciente, reduzindo a possibilidade de um atendimento integral ao usuário.

A saúde suplementar ainda é permeada pelo modelo assistencial biologicista, centrado na doença, no qual não há estímulo pelas operadoras de saúde para que seus profissionais adotem o conceito amplo do binômio saúde-doença. Adota-se, ainda, um conceito restrito de saúde como ausência de doença, o que tem fortalecido a estratégia hospitalocêntrica e os interesses do complexo médico-tecnológico.

De acordo com os depoimentos dos médicos prestadores verifica-se que o caminhar do beneficiário, na saúde suplementar, sofre fragmentação da assistência, prejudicando o projeto terapêutico pré-estabelecido, é perceptível que há quebra na linha do cuidado, isto ocorre principalmente pelo fato de não existirem ações sistematizadas de promoção e prevenção à saúde, pelos gargalos da rede de serviços, pela seguimentação dos planos de saúde, pelas atitudes de desresponsabilização do cuidador, e, por fim, pelas atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora de saúde.

Reconhece-se a vulnerabilidade do usuário frente a todas as variáveis do sistema, não se pode ignorar que a população brasileira, para ter acesso à saúde suplementar, faz um pagamento suplementar por um direito que não deveria ser suplementar. Isso porque a constituição brasileira lhe assegura o acesso universalizado, igualitário, integral e gratuito ao sistema público de saúde, princípios que, intrinsecamente, pressupõem qualidade da assistência. Porém, por diferentes motivos, o usuário busca ter em um plano de saúde que lhe assegure todos esses princípios.

Ainda é rudimentar o hábito de cuidar da saúde, situação agravada por comportamentos que prejudicam a qualidade de vida, como o fumo, a vida sedentária, a alimentação não balanceada etc. Tais fatores implicam um crescimento da utilização dos serviços de saúde, com o conseqüente aumento dos custos, absorvendo parcelas cada vez maiores do orçamento público, das empresas e das famílias.

O consumo de serviços de saúde tornou-se uma obsessão na sociedade contemporânea consomem-se consultas, exames, medicamentos, check-ups, cirurgias, medicinas alternativas, etc. As relações que se estabelecem entre pacientes, médicos e empresas de planos de saúde estão permeadas pela racionalidade econômica, podendo ser denominadas relações de “consumo”.

Fazem-se necessárias soluções políticas para o mercado de saúde suplementar, para a garantia da provisão de serviços em saúde em bases sustentáveis, pois a regulação deve aprimorar a qualidade da atenção à saúde, enfatizando o compromisso do Estado na elaboração de políticas voltadas à melhoria da qualidade de vida da população atendida pelos planos privados de assistência à saúde.

Apesar do esforço da ANS em promover uma assistência integral aos usuários de planos de saúde através do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, os resultados ainda não foram percebidos pelos médicos prestadores. Ainda se faz necessário maior monitoramento e avaliação da atenção à saúde, de forma a instituir novo modelo de regulação com novos processos e práticas de micro e macrorregulação, o qual altere a atual lógica de organização e funcionamento do setor. As operadoras de saúde, para diminuir custo com internações, devem se preocupar com ações de promoção e prevenção a saúde, traçando em seus beneficiários potenciais grupos de risco e oferecendo atendimento diferenciado.

Para superar o atual cenário da saúde suplementar, impõe-se um novo referencial, baseado no compromisso ético com a vida, com a promoção e com a recuperação da saúde. A responsabilização para com o beneficiário, a qualidade da assistência prestada e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados devem se constituir como referência de conduta do mercado de saúde suplementar, tendo como meta a garantia do acesso integral dos indivíduos aos cuidados necessários a sua saúde.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa nº 94, de 23 de março de 2005**. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde de doenças de seus beneficiários. Diário Oficial da União 2005; 24 mar.

\_\_\_\_\_. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

\_\_\_\_\_. **Programa de qualificação da saúde suplementar**. Brasil, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

ALMEIDA, C. Médicos e assistência médica: estado, mercado ou regulação? uma falsa questão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, out. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1997000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1997000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 mar. 2011.

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

ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, n. 77, p. 53-61, mai. 1991.

ANDRADE, E. I. G; *et al.* **Análise situacional dos modelos assistenciais em saúde suplementar em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2007, 154 p. Relatório de pesquisa.

ARAÚJO, A. M. **A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde**. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

ARAÚJO, M. L. C. **Gerência de assistência à saúde no setor de saúde suplementar: uma experiência**. 2004. 58 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública) - Escola

Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2004.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BAHIA, L. **Planos e seguros saúde**: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. 1999. 380 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Trad. Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Batista. Porto Alegre: Porto Editora, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Lei nº 9.656, de 12 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: [Senado Federal], 6 jun.1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.961, de 28 de fevereiro de 2001. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: [Senado Federal], 23 Nov. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: ANS, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar Brasil**. Rio de Janeiro: ANS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: história e práticas**. Rio de Janeiro: ANS, 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BUENO, F. S. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 1990.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, C. R. *et al.*. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (org.). **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. cap. 4.

\_\_\_\_\_. As necessidades e saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001. p. 113-125.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **A construção da integralidade**: cotidiano: saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 197-210.

CECILIO, L.C.O. *et al.* A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: MALTA, D. C. *et al* (org). **Duas Faces da Mesma moeda- Microrregulação e modelos Assistenciais na Saúde Suplementar**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2005.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CHOPRA M.; GALBRAITH, S.; DARNTON-HILL. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], V. 80, n. 12, p. 952-958, 2002.

Conselho Federal de Medicina – CFM. **Resolução n 1642, de 26 de agosto de 2002**, Brasília, DF, 7 ago. 2002.

COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 1453-1462, 2008.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Brasília: Documento técnico elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar, 2003.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

DIAS, R. D. M. **A informação na regulação da saúde suplementar**. 2004. 137 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar) - Escola nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

FARIAS L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

FERNANDES, J. C. L. A. Quem interessa a relação médico paciente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21-27, jan./mar. 1993.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. [2011?]. Disponível em: <[www.professores.uff.br/.../linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf](http://www.professores.uff.br/.../linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2011.

FRANCO, T. B. **Relatório parcial do projeto de pesquisa estudo e desenvolvimento de modelo de garantias assistenciais para a ANS**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; DIPRO/GGTAP, 2003. Relatório.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E. E. *et al.*. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. cap. 2, p.37-54.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, JR. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. capítulo 4.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, 2008.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e prática**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998. p.288.

FUCHS, F. D. *et al.* Prevalence of systemic arterial hypertension and associated risk factors in the Porto Alegre metropolitan area. Populational-based study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 63, n. 6, p. 473-479, 1994.

GARBIN, H. **As implicações dos planos e seguros de saúde no trabalho médico: A questão da autonomia**. 2005. 73 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ Rio de Janeiro, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L.; RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.

GOMES, C. L. S. **Remuneração médica: uso de incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na saúde suplementar**. 2010. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, 2010.

GOUVEIA, M. T. C. de S. **O modelo de agência reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar.** 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

HAUG, M. A. Re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. **The Millbank Q**, [S.l.], v. 66, supl. 2, p. 48-65, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: um panorama da saúde no Brasil.** Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **Populações residentes, em 1º de abril de 2007, segundo os municípios.** 2009. Disponível em: <[www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br)>. Acesso em: 30 mai. 2009.

JENKINS, C. D. **Building better health: a handbook for behavioral change.** Washington: Paho, 2003.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas.** Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: Ed.UFMG, 1999.

LEAVELL, S.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA, C. R. M. **Informação e regulação da Assistência Suplementar à Saúde.** 2005. 110 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MAGALHÃES JR., H. M. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Revista Pensar**, Belo Horizonte, fev./abr., 2002.

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

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996.** 2001. 437 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2001.

\_\_\_\_\_. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. In: MONTONE, J; WERNECK, C. (org.). **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p. 7-51.

MALTA, D. C *et al.*. Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: MALTA, D. C. *et al* (org). **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2005.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, 2, p. 61-66, jan./jun 2003.

MEDEIROS, C. M. B. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor. **Revista TEXTOS de la CiberSociedad**, v. 16. Disponível em: <<http://www.cibersociedad.net>>. Acesso em: 17 de mar., 2011.

MENDES, E. V. O dilema fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo 2. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. 2003. 402 f. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte, 2003.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano 27, v. 27, n. 65, set/dez. 2003.

MESQUITA, M. A. F. de. A regulação da assistência suplementar à saúde: In: BRASIL. **Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 66-132.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NITÃO, S. R. V. **Saúde suplementar no Brasil:** um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação. 2004. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

NUNES, E. **Reforma administrativa, reforma regulatória:** a nova face da relação Estado-Economia no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 1999.

OLIVEIRA, M. B. **Interação comunicativa:** humanização da relação médico-paciente face aos avanços da tecnologia. 2002. 64 f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Bioética, Direito e Aplicações) - PUC-MG, Belo Horizonte, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **A saúde no Brasil.** 1998. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/informacao/temas\\_produtos\\_detalhe.cfm?id=57&idp rod=15](http://www.opas.org.br/informacao/temas_produtos_detalhe.cfm?id=57&idp rod=15)>. Acesso em: 15 fev. 2011.

ORTIZ, G. A. **Economia y Estado:** crisis y reforma del sector publico. Madrid: Marcial Pons, 1993.

PECI, A.; CAVALCANTI, B. **Reflexões sobre a autonomia do órgão regulador:** análise das agências reguladoras estaduais. Revista de administração Pública, Rio de Janeiro, Editora FGV, v. 34, n. 5, 2000.

RIBEIRO, J. M.; SCHARAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 190-199, abr./jun. 1994.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública.** Goiânia: AB, 1999.

ROBINSON J.C. **Theory and practice in the design of physician payment incentives.** [S.l.]: The Milbank Quarterly, 2001.

ROCHA, J. S. Y. Trabalho médico e gestão de saúde. **Interface,** Botucatu, v. 4, n. 6, fev. 2000.

SANTOS FILHO, J. C. dos. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa: o desafio paradigmático. In: GAMBOA, S. S. (org). **Pesquisa educacional:** quantidade-qualidade. São Paulo: Cortês, 1995.

SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 1463–1474, 2008.

SCHEFFER, M. C.; BAHIA, L.. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BRBOZA, R. (org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 127-168.

SCHOUT, D. *et al.*. Modelo tecno-assistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência na região metropolitana de São Paulo: cardiologia e oncologia. In: BRASIL, Ministério da Saúde **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**, São Paulo, 2009.v. 14, p. 119-171.

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Bioética**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 55-67, 2000.

SOBRINHO, C. L. N.; NASCIMENTO, M.A.; CARVALHO, F. M.. Transformações no trabalho médico. **Rev. bras. educ. méd.**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 129-135, mai./ago. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO, NEFROLOGIA - SBC. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Brás. Cardiol.** v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010. Dispon. em:<[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_ERRATA.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf)>. Acesso em: 17de mar., 2011.

SUCUPIRA, A. C. **A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde**. Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.23, pp. 624-627. Acesso em 15 de fevereiro de 2011.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5 ed. São Paulo: Polis, 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. *et al.*. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

UGÁ, M. A. D. *et al.* . Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, out. 2009.

VALLA, V. V.; LACERDA, A. As propostas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004. p. 91-103.

VIANNA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R., LIMA, L. D. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque58.pdf#search=%22eq%C3%BCida%22>> Acesso em: 15 fev. 2011.

VIDIGAL, L. **Os testemunhos orais da escola: história oral e projetos pedagógicos**. Lisboa: Edições ASA, 1996.

VIEIRA, M. M. F. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. In: VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. (org.). **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 13-19.

VILARINHO, P. F. **A formação do campo da saúde suplementar no Brasil**. 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, FGV, Rio de Janeiro, 2003.

WOLINSKY, F. D. The professional dominance perspective. **Millbank Q**, [S.l.], v. 66, supl. 2, p. 33-47, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

\_\_\_\_\_. **The World Health Report, 2002: reducing risks, promoting healthy life**. NLM Classification: WA 540.1. Geneva: [s.n.], 2002.

**APÊNDICE A**

Roteiro de entrevista

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CARDIOLOGISTAS  
OPERADORAS DE SAÚDE****DATA DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- Nome: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- Ano de Graduação: \_\_\_\_\_
- Residência/Especialidades:
  - 1) \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

**ÁREAS DE ATUAÇÃO:**

- ( ) Ambulatório Hospitalar
- ( ) Consultório
- ( ) Pronto Socorro – Urgência e Emergência
- ( ) Internação Hospitalar
- ( ) Bloco Cirúrgico
- ( ) Centro de Tratamento Intensivo
- ( ) Outros (mencionar): \_\_\_\_\_

**VÍNCULOS COM OPERADORAS:**

<b>OPERADORAS</b>	<b>% DE PARTICIPAÇÃO</b>
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

**MODALIDADE RESPONDIDA:**

- ( ) Cooperativa  
 ( ) Autogestão  
 ( ) Filantropia  
 ( ) Medicina de Grupo

**QUESTÕES ORIENTADORAS**

- 1) O que você entende por linha do cuidado na saúde?
- 2) Quais são as estratégias, ações ou atividades que você realiza na condução de um paciente com hipertensão arterial sistêmica durante um ano de acompanhamento.

Explorar:

- Suas condutas são orientadas por quais diretrizes (diretrizes clínicas das operadoras, protocolos das Associações, etc.)
- Há influências da operadora nesse processo? Quais e porque?
- Como você vê as perspectivas do usuário no processo? Quais e porque?
- Como você avalia a participação do médico na construção da linha do cuidado cardio-vascular?
- Como você vê a realização de atividades de promoção à saúde e de prevenção de agravos na sua prática, na relação com a operadora e ainda, com os usuários?

- 3) Quais são as estratégias, ações ou atividades que você realiza na condução de um paciente com cardiopatia isquêmica?

Explorar:

- Suas condutas são orientadas por quais diretrizes (diretrizes clínicas das operadoras, protocolos das Associações, etc.)
  - Há influências da operadora nesse processo? Quais e porquê?
  - Como você vê as perspectivas do usuário no processo? Quais e porquê?
- 4) Em sua opinião você considera que a operadora orienta suas ações (regulações) em relação aos usuários e prestadores baseadas na linha do cuidado cardio-vascular?

Explorar:

- a. Exemplificar ações da operadora na direção da regulação do cuidado médico;
  - b. Exemplificar ações da operadora na direção da regulação do acesso do beneficiário aos serviços de saúde na área cardio-vascular
- 5) Quais aspectos na regulação da operadora que favorecem ou dificultam o vínculo médico-paciente? Exemplifique!
- 6) Em síntese, no seu ponto de vista, quais são os mecanismos regulatórios presentes na relação entre prestadores de serviço em saúde – operadoras – usuários?

## APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Escola Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Eu, Ana Cecília de Godoy Gomes, venho por meio deste convidá-lo (a) para participar como sujeito na pesquisa intitulada “Microrregulação Produzida Pelos Prestadores de Serviço na Linha do Cuidado Cardiovascular na Saúde Suplementar em Belo Horizonte, Minas Gerais” em nível de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação do Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana.

Esta pesquisa objetiva analisar os mecanismos microrregulatórios existentes no espaço relacional operadoras – prestadores – beneficiários de planos de saúde, em Belo Horizonte, e sua relação com a racionalidade da linha do cuidado cardiovascular. O resultado desta pesquisa é importante para o acompanhamento do processo de qualificação do setor suplementar, onde a ANS propõe reconhecê-lo como um local de produção de saúde.

Quanto ao sigilo das informações, esclareço que as entrevistas serão gravadas para garantir a máxima fidedignidade dos discursos dos participantes. Todas as informações serão consideradas confidenciais. Os resultados, quando divulgados, serão apresentados sem nenhuma identificação.

Você poderá fazer as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar. Para tanto, você poderá entrar em contato através dos seguintes endereços eletrônicos e/ou telefones:

- Ana Cecília de Godoy Gomes (mestranda): ctkana@yahoo.com.br / 31 8405 6371
- Francisco Carlos Félix Lana (orientador): xicolana@enf.ufmg.br / 31 3409-9862
- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG: coep@prpq.ufmg.br / 31 3409-4592

Consentimento: Considerando as exigências éticas e científicas da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e equidade contidas na Res. 196, declaro que li e entendi as informações contidas neste convite. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas adequadamente. Este convite está sendo assinado por mim indicando meu consentimento para participar desta pesquisa sabendo de antemão que, posso retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízos ao meu cuidado. A segunda via ficará comigo para que, em caso de dúvida, eu possa consultá-lo.

-----  
 (Nome do (a) participante)

-----  
 (Nome da pesquisadora)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

**ANEXO A**

Aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa (COEP)

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP**Parecer nº. ETIC 013/07****Interessado(a): Prof. Francisco Carlos Félix Lana  
Depto Materno Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem -UFMG****DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de março de 2007, o projeto de pesquisa intitulado "A Regulação em Saúde produzida pela ANS e sua repercussão no mercado de saúde suplementar e visão dos usuários " bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**  
**Presidente do COEP-UFMG**