UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MAÍSA FIGUEIREDO BEDONI

**Avaliação dos prestadores de serviços hospitalares para
assistência suplementar à saúde: diagnóstico de situação**

RIBEIRÃO PRETO

2018

MAÍSA FIGUEIREDO BEDONI

**Avaliação dos prestadores de serviços hospitalares para
assistência suplementar à saúde: diagnóstico de situação**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em
Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Laus

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

BEDONI, Máisa Figueiredo

Avaliação dos prestadores de serviços hospitalares para assistência suplementar à saúde: diagnóstico de situação. 108 p. Ribeirão Preto, 2018.

102 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Laus.

Descritores: 1.Saúde Suplementar, 2. Avaliação em Saúde, 3.Assistência à Saúde, 4. Avaliação de Instituições Hospitalares.

BEDONI, Máisa Figueiredo.

Avaliação dos prestadores de serviços hospitalares para assistência complementar à saúde: diagnóstico de situação

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em
Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Ao meu esposo, Carlo Giovanni Bedoni, pela compreensão, apoio e por estar sempre ao meu lado me incentivando a prosperar.

À minha mãe, Maria Rita, minha maior admiração e exemplo de vida. Obrigada por me trazer a paz.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Ao Prof. Mst. Luciano Stuepp Cavalcanti, pela permissão
da utilização do instrumento para a condução dos estudos e pela colaboração
preciosa, que foi fundamental para esta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, o doador da vida, por sempre me atender, acalantar e transmitir a segurança e o conforto de que, no final da caminhada, eu alcançaria o sucesso almejado.

À minha orientadora, Ana Maria Laus, por todo o conhecimento compartilhado, pela confiança, apoio e paciência ao longo desta trajetória e pelo exemplo de pessoa e profissional que se tornou para mim.

Aos meus pais, por serem alicerce da minha educação e formação, minhas irmãs e sobrinhos, pelo amor e fraternidade em todos os momentos de minha vida.

A todas colegas do Grupo de Estudo e Pesquisa, coordenado pela Profa. Dra. Ana Maria Laus, pelo convívio e aprendizado. Em especial à Mayra e Thamiris, pelas valiosas sugestões na realização deste estudo.

À minha prima Gislene. Sua amizade, seu apoio e estímulo me ajudaram a concretizar este sonho.

Às instituições hospitalares que permitiram a realização da pesquisa, em especial aos diretores e enfermeiros que dedicaram seu tempo às entrevistas.

RESUMO

BEDONI, M. F. **Avaliação dos prestadores de serviços hospitalares para assistência complementar à saúde**: diagnóstico de situação. 2018. Dissertação (Mestrado). 102 p. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

A avaliação em saúde é um instrumento bastante útil ao gerenciamento das instituições, visto que, por meio de sua aplicação, é possível conhecer a realidade e intervir com o objetivo de obter mudanças e melhorias. Se, por um lado, temos a saúde pública, com suas divisões e problemas claramente decorrentes de gestões, por outro lado, a saúde complementar, para se manter competitiva mediante as opções, busca atender a padrões internacionais de qualidade. Assim, a avaliação econômica da saúde assume um papel de destaque, exigindo dos gestores o enfrentamento de novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades, compatibilizando qualidade à utilização racional dos recursos. Esta realidade tem demandado das instituições de saúde preocupações quanto à adoção de mecanismos de avaliação sistemáticos em seus processos de trabalho, dado o aumento em espiral dos seus gastos, da insuficiência de recursos e das dificuldades de controles efetivos. Este estudo objetivou avaliar os serviços hospitalares credenciados a um Instituto de Assistência à Saúde segundo critérios de eficiência da assistência, infraestrutura e práticas de gestão e analisar e adaptar o Instrumento de Avaliação de Prestadores de Serviços Hospitalares desenvolvido por Cavalcanti (2010). A metodologia empregada para esse estudo foi exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. A população foi composta por todas as instituições hospitalares pertencentes à regional selecionada para desenvolver a pesquisa, cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e credenciadas ao IPSEMG, o que totalizou seis instituições. Foi empregado o Instrumento de Avaliação de Prestadores de Serviços Hospitalares, buscando avaliar critérios baseados em assistência, infraestrutura e gestão, desenvolvido por Cavalcanti (2010) e ajustado para este estudo. Este instrumento possibilita avaliar instituições hospitalares de diferentes portes e está dividido em três dimensões e quatro domínios. Foram avaliadas seis instituições hospitalares, sendo três de alta complexidade e as demais de média complexidade. A maioria das instituições é privada/filantrópica, de pequeno porte e abrangência regional. Os resultados apontaram como satisfatórias as dimensões Eficiência da assistência e Práticas de gestão, que obtiveram os melhores índices de adequação, com 87 % e 82%, respectivamente. A dimensão Infraestrutura disponível apresentou índice de conformidade de 77.5%, indicando fragilidade dos hospitais analisados. Este estudo permitiu compreender a importância e o desafio existentes em estabelecer uma contratualização baseada na qualidade entre prestador e operadora, em que se busque garantir o atendimento de padrões e o estabelecimento de práticas de monitoramento e melhoria contínua, disseminando a preocupação permanente com custos e desempenho.

Descritores: saúde complementar, avaliação em saúde, assistência à saúde, avaliação de instituições hospitalares.

ABSTRACT

BEDONI, M. F. **Evaluation of hospital service providers for supplementary health care: situation diagnosis.** 2018. Dissertation (Master). 102 p. School of Nursing of Ribeirão Preto. University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

Health assessment is a very useful instrument for the management of institutions, since through its application it is possible to know the reality and intervene with the objective of obtaining changes and improvements. If, on the one hand, we have public health, with its divisions and problems clearly stemming from management, on the other hand, supplementary health, in order to remain competitive through the options, seeks to meet international quality standards. Thus, the economic evaluation of health assumes a prominent role, requiring managers to face new challenges in the continuous search for efficiency and effectiveness of activities, matching quality to the rational use of resources. This reality has demanded from health institutions concerns about the adoption of systematic evaluation mechanisms in their work processes, given the spiraling increase in their expenditures, the lack of resources and the difficulties of effective controls. This study aimed to evaluate the hospital services accredited to an Institute of Health Care according to criteria of efficiency of care, infrastructure and management practices and to analyze and adapt the Instrument of Evaluation of Hospital Service Providers developed by Cavalcanti (2010). The methodology used for this study was exploratory, descriptive, with a quantitative approach. The population was composed of all the hospital institutions belonging to the regional selected to develop the research, registered in the National Register of Health Establishments (CNES) and accredited to the IPSEMG, which totaled six institutions. The Hospital Services Providers Evaluation Instrument was used to assess the criteria based on care, infrastructure and management developed by Cavalcanti (2010) and adjusted for this study. This instrument makes it possible to evaluate hospital institutions of different sizes and is divided into three dimensions and four domains. Six hospital institutions were evaluated, three of them with high complexity and the other with medium complexity. Most of the institutions are private/philanthropic, of small size and regional coverage. The results indicated satisfactory dimensions of Efficiency of care and Management practices, which obtained the best adequacy indexes, with 87% and 82%, respectively. The available Infrastructure dimension presented a compliance index of 77.5%, indicating fragility of the hospitals analyzed. This study made it possible to understand the importance and the challenge of establishing a contractual relationship based on quality between service provider and operator, aiming to ensure compliance with standards and the establishment of continuous monitoring and improvement practices, disseminating the permanent concern with costs and performance.

Keywords: supplementary health, health evaluation, health care, hospital institutions evaluation.

RESUMEN

BEDONI, M. F. **Evaluación de los prestadores de servicios hospitalarios para asistencia suplementaria a la salud:** diagnóstico de situación. 2018. Disertación (Maestría). 102 p. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

La evaluación en salud es una herramienta muy útil para la administración de las instituciones, puesto que, mediante su aplicación, es posible conocer la realidad e intervenir con objetivo de obtener cambios y mejoras. Si bien por un lado tenemos la salud pública, con sus divisiones y problemáticas, claramente resultante de las administraciones, por otra parte, la salud suplementaria para seguir siendo competitiva busca atender patrones internacionales de calidad. De esta forma la valoración económica de la salud desempeña un papel prominente, exigiendo de los gestores el enfrentamiento de nuevos desafíos en la búsqueda permanente por la eficiencia de las actividades, conciliando calidad a la utilización racional de los recursos. Esta realidad ha hecho con que las instituciones de salud se preocupen con la adopción de mecanismos de evaluación sistemáticos en sus procesos de trabajo, debido al incremento vertiginoso de sus gastos, insuficiencia de recursos y de la dificultad de control efectivo. El estudio tuvo como objetivo evaluar los servicios hospitalarios acreditados a un Instituto de asistencia a la Salud según los criterios de eficiencia de la asistencia, infraestructura y prácticas de gestión, analizar y adaptar el Instrumento de Evaluación de Prestadores de Servicios Hospitalarios desarrollado por Cavalcanti(2010). La metodología empleada para el estudio fue exploratoria, descriptiva con abordaje cuantitativo. La población fue compuesta por todas instituciones hospitalarias que pertenecen a la regional seleccionada para desarrollar la investigación, registradas en el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) y acreditadas al IPSEMG, con un total de seis instituciones, fue empleado el Instrumento de Evaluación de Prestadores de Servicios Hospitalarios, buscando evaluar criterios basados en asistencia, infraestructura y gestión, desarrollado por Cavalcanti(2010) y ajustó para este estudio. El instrumento permite evaluar instituciones hospitalarias de diferentes tamaños y han dividido en tres dimensiones y cuatro ámbitos. Se evaluó seis instituciones hospitalarias, tres de alta complejidad y las demás de media complejidad. La mayoría de las instituciones son privadas/filantrópicas, de tamaño pequeño y alcance regional. Los resultados señalaron como satisfactoria las dimensiones Eficiencia de la Asistencia y Prácticas de Gestión que obtuvieron los mejores índices adecuación, con 87% y 82% respectivamente. La dimensión Infraestructura Disponible presentó índice de conformidad de 77.5%, señalando debilidades de los hospitales analizados. El estudio ha permitido comprender la importancia y el desafío existente en establecer una contractualización basada en la calidad entre el prestador y la operadora, que asegura la atención de patrones e implantación de practicas de monitoreo y mejoría continua, propagando la preocupación permanente con costos y rendimientos.

Descriptores: salud suplementar, evaluación en salud, asistencia a la salud, evaluación de instituciones hospitalarias.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 01. Minas Gerais, Brasil, 2017	54
Gráfico 2 –	Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 02. Minas Gerais, Brasil, 2017	55
Gráfico 3 –	Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 03. Minas Gerais, Brasil, 2017	56
Gráfico 4 –	Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 04. Minas Gerais, Brasil, 2017	57
Gráfico 5 –	Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 05. Minas Gerais, Brasil, 2017	58
Gráfico 6 –	Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 06. Minas Gerais, Brasil, 2017	59
Gráfico 7 –	Classificação da instituição 01 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017	61
Gráfico 8 –	Classificação da instituição 02 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017	62
Gráfico 9 –	Classificação da instituição 03 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017	63
Gráfico 10 –	Classificação da instituição 04 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017	64

Gráfico 11 – Classificação da instituição 05 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017.....	65
Gráfico 12 – Classificação da instituição 06 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos itens do instrumento de acordo com as dimensões e os domínios. Minas Gerais, Brasil, 2017	47
Tabela 2 –	Descrição da pontuação máxima possível pela instituição avaliada, em relação aos critérios da Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão. Minas Gerais, Brasil, 2017	50
Tabela 3 –	Caracterização das instituições segundo porte, natureza e área de abrangência. Minas Gerais, Brasil, 2017	53
Tabela 4 –	Descrição dos percentuais de conformidade global das instituições por dimensões. Minas Gerais, Brasil, 2017	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Estrutura do instrumento ajustado	46
-------------------	---	----

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Recorte do instrumento sobre a dimensão Eficiência da assistência, no domínio Administração. Minas Gerais, Brasil, 2017..... 48
- Quadro 2** – Recorte do instrumento sobre a dimensão Infraestrutura disponível, no domínio Assistência. Minas Gerais, Brasil, 2017 49
- Quadro 3** – Recorte do instrumento sobre a dimensão Práticas de gestão, no domínio SADT. Minas Gerais, Brasil, 2017 49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ANS	Agência Nacional de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Consu	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IPSEMG	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PQSS	Programa de Qualificação da Saúde Suplementar
Qualiss	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
Unidas	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Assistência à saúde no Brasil – Breve histórico	20
1.1.1 Assistência médica suplementar	22
1.1.2 Entidades de autogestão.....	26
1.2 Avaliação no contexto gerencial da saúde.....	29
1.3 Justificativa do estudo	35
2 OBJETIVOS	38
2.1 Objetivo geral	38
2.2 Objetivo específico	38
3 MÉTODO	40
3.1 Tipo de estudo	40
3.2 Local de estudo	40
3.3 População	42
3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	42
3.4.1 Instrumento original	43
3.4.1.1 Critérios de pontuação	44
3.4.2 Versão ajustada do instrumento.....	45
3.4.2.1 Critérios de pontuação	47
3.5 Análises dos dados	50
3.6 Aspectos éticos	51
4 RESULTADOS	53
4.1 Caracterização das instituições hospitalares.....	53
4.2 Avaliação das instituições por dimensões e domínios	54
4.3 Avaliação das instituições por critérios de adequações.....	60
5 DISCUSSÃO	68
6 CONCLUSÕES.....	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	93
ANEXOS	97

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro na atualidade, embora se reconheçam os avanços obtidos nas últimas décadas, ainda possui problemas críticos e recorrentes, tais como: concentração de serviços em áreas urbanas; dimensionamento inadequado; sobreposição de ações e competição entre hospitais e a rede básica; definição de demandas influenciada pelo financiamento; insolvência financeira; baixa capacidade gerencial, resolutividade limitada e não observância do perfil epidemiológico regional. Aumentar sua eficiência e qualidade ainda se constitui em um desafio. (BRASIL, 2004; VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014; CUNHA; CORREA, 2013).

A qualidade na saúde vem sofrendo alterações ao longo dos anos e um novo paradigma em relação ao gerenciamento das instituições reconhece que a qualidade não é só um atributo de um produto ou serviço, mas é também a medida de um relacionamento entre todos os envolvidos no processo.

Esse cenário tem trazido implicações e impulsionado o desenvolvimento de processos de avaliação, com a finalidade de atribuir às instituições de saúde um grau de certificação segundo a qualidade dos serviços que oferecem.

A avaliação em saúde torna-se um instrumento bastante útil ao gerenciamento das instituições, visto que, por meio de sua aplicação enquanto um mecanismo importante, é possível conhecer sua realidade e intervir, com o objetivo de obter mudanças e melhorias (SOUZA; SCATENA, 2013)

Silva (2010) afirma que a incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção, uma vez que há grande quantidade de informações registradas rotineiramente nos serviços de saúde que não são utilizadas para a análise da situação da saúde, para a definição de prioridades e para a reorientação de práticas.

Em relação ao cenário brasileiro, La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que quase todos os documentos de políticas de saúde dos últimos quinze anos têm reconhecido a necessidade de uma melhoria na qualidade, mas poucas estratégias e ações foram concretizadas para encarar sistematicamente as questões da qualidade das instituições hospitalares – situação semelhante no setor privado, sendo apontado pelo Banco Mundial como o “componente esquecido” do sistema.

Esses autores comentam ainda que uma análise mais abrangente do sistema hospitalar, sob uma perspectiva nacional, realça as enormes discrepâncias na prestação de serviços de

saúde de boa qualidade, tanto entre os hospitais como dentro deles, com deficiências generalizadas em estruturas, processos e resultados, tanto em hospitais governados pelo Estado como nos privados.

Nessa direção, torna-se muito pertinente a afirmação de Donabedian (1966), de que:

“O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.”

La Forgia e Couttolenc (2009) comentam que a capacidade de qualquer país de medir, avaliar e aumentar a qualidade dos serviços de saúde é crítica para o aperfeiçoamento da prestação de cuidados à saúde e dos resultados para os pacientes no sistema de saúde como um todo. Frequentemente, as unidades de saúde que atuam isoladamente são pouco preparadas ou não têm incentivo para dar conta de tarefas tão complexas. Identificam-se, mais recentemente, várias iniciativas voluntárias ou apoiadas pelo governo de se estabelecerem programas de acreditação e de melhoria da qualidade como estratégia para avaliar e melhorar essa atenção hospitalar.

Há de se considerar, entretanto, a afirmativa de Machado, Martins e Martins (2013) de que os processos avaliativos da qualidade de serviços de saúde ganharam importância em todo o mundo, impulsionados pela demanda de financiadores, prestadores, profissionais e do público.

Portanto, o desenvolvimento e a implementação de metodologias avaliativas nessa área têm sido recorrentes e têm estado relacionadas aos esforços para garantir transparência nos gastos, controlar os custos assistenciais crescentes, prestar cuidados adequados e equânimes e reduzir variações na prática clínica (FUNG *et al.*, 2010).

Os custos em saúde têm tido aumento progressivo ano após ano, não somente no Brasil, como em todo o mundo, e em alguns países desenvolvidos o crescimento dos gastos em saúde tem superado o crescimento do Produto Interno Bruto (ESCRIVÃO JUNIOR; KOYAMA, 2007). Tal aumento tem sido relacionado aos avanços da medicina e da tecnologia colocada à disposição tanto para diagnóstico como para terapêutica, gerando uma elevação do custo para o mesmo tipo de serviço (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Nessa abordagem, Dallora (2007) também afirma que a elevação dos gastos e custos com assistência médica é uma tendência explicada por fatores como aumento e

envelhecimento populacional, complexidade tecnológica, modificação do perfil epidemiológico, com o surgimento de novas doenças, e aumento da incidência de moléstias crônico-degenerativas e do trauma, extensão de cobertura, papel reduzido do mercado e, principalmente, é uma tendência também impulsionada pelo aumento do grau de consciência de cidadania com a população cada vez mais exigente em relação aos seus direitos.

Assim, a avaliação econômica da saúde assume um papel de destaque, exigindo dos gestores o enfrentamento de novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades, compatibilizando qualidade à utilização racional dos recursos.

Nesse cenário, os financiadores de serviços de saúde têm procurado definir prioridades e organizar “racionalmente” a assistência, para usar o mínimo de recursos diagnósticos e de tratamento, garantindo a qualidade dos serviços prestados (GUIMARÃES; ALVES, 2009; KAPLAN; PORTER, 2011; ESCRIVÃO JUNIOR; KOYAMA, 2007)

O Brasil ainda precisa desenvolver políticas nacionais de desempenho em qualidade, uma infraestrutura de avaliação e informação e mecanismos de responsabilização para direcionar e apoiar a melhoria da qualidade no sistema como um todo (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Esta realidade tem demandado das instituições de saúde preocupações quanto à adoção de mecanismos de avaliação sistemáticos em seus processos de trabalho, dado o aumento em espiral dos seus gastos, da insuficiência de recursos e das dificuldades de controles efetivos.

1.1 Assistência à saúde no Brasil – Breve histórico

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos (PAIM *et al.*, 2011).

A Previdência Social no Brasil surgiu no ano 1923, mesmo ano em que foi promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada a primeira lei a regular o sistema previdenciário brasileiro. Até então, as primeiras iniciativas de caráter assistencial e beneficente de proteção social eram realizadas por instituições ligadas à religião, como as Santas Casas de Misericórdias, que não contavam com a participação de entidades públicas. Este período marcou o início do sistema previdenciário brasileiro, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), apresentando, por um lado, uma expansão da cobertura dos benefícios e, por outro, uma intensa fragmentação das classes sociais. Um sistema de saúde com uma estrutura inadequada composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados (ESCOREL, 2008; SILVA; COSTA, 2016).

No período de 1920 até o final dos anos 1980, o que poderia ser reconhecido como sistema de saúde se pautava majoritariamente pela noção de seguro social (garantia de acesso apenas a quem contribui) e se caracterizava por um conjunto de instituições públicas e algumas privadas, que não possuíam nenhuma articulação entre si. A assistência médica se vinculava à Previdência Social e as ações coletivas de saúde eram de responsabilidade do Ministério da Saúde. Paralelamente, desde a década de 1940, foram instituídas as primeiras modalidades de assistência médica suplementar, inicialmente voltadas aos funcionários públicos da União e de alguns estados. A maioria da população brasileira dispunha de uma assistência médica privada, por meio das Santas Casas ou pelas poucas instituições públicas de saúde existentes, geralmente vinculadas ao governo federal e aos estados e municípios mais ricos (ELIAS, 2004; PAIM *et al.*, 2011).

Paim *et al.* (2011) descrevem ainda que, entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados. A maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados (*fee for service*) geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma no setor da saúde.

Portanto, em meados da década de 1970, um amplo movimento social cresceu no país, iniciando a reforma do setor de saúde no Brasil, configurando a chamada reforma sanitária. O Sistema Único de Saúde (SUS) surge na Reforma Constitucional de 1988, que preceitua em seu artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”, definindo de maneira clara a universalidade da cobertura. Isso se constitui em importante mudança da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal (OLIVEIRA, 2010).

Mediante a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS –, ao Estado foi atribuída a responsabilidade de prover a saúde de seus cidadãos, sendo certo que a prestação desses serviços é custeada por toda a sociedade.

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha garantido o direito à saúde para todos, sem distinção, motivo pelo qual o Sistema Único de Saúde tem a função de atender a todo e

qualquer cidadão, a sociedade atual é detentora de graves problemas sociais relacionados ao direito fundamental à saúde (BRASIL, 1988).

Por outro lado, essa mesma Constituição admite que a assistência à saúde pode ser oferecida tanto pelo Estado como pela iniciativa privada, contanto que esteja sob fiscalização e controle do Ente Público. O artigo 199 apresenta textualmente que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, embora observe que se deve estar sob regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público (OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 1988).

O sistema de saúde brasileiro está constituído pelo setor público, com acesso gratuito, no qual a União, o Estado e os municípios proveem o financiamento dos serviços de saúde; pelo setor privado, onde ocorre a contratação direta destes serviços pelo usuário, e pelo setor de saúde suplementar, composto pelas operadoras de planos e seguros de saúde, por beneficiários desses planos e pelos prestadores de serviços, sob a fiscalização e regulação da ANS – Agência Nacional de Saúde (SANCOVSCHI; MACEDO; SILVA, 2014; CAVALCANTI, 2010; PAIM ET AL, 2011; CATA PRETA, 2012).

A saúde suplementar é um sistema complexo de compradores e prestadores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada, sobretudo por recursos privados. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados; a utilização destes serviços pelas pessoas depende da sua capacidade financeira e da facilidade de acesso (PAIM *et al.*, 2011).

O sistema de saúde brasileiro, portanto, constitui-se por prestadores e entidades públicas e privadas, com e sem fins lucrativos. O setor público proporciona acesso universal e cobre 75% da população brasileira. Dados oficiais revelam que apenas 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS; 61,5% são usuários não exclusivos e 8,7% não são usuários (RODRIGUEZ, 2014).

A saúde privada, foco desse estudo, também é regida por uma legislação que garante o direito à saúde a uma população crescente de beneficiários que opta por adquirir um plano de saúde privado, por meio de operadoras de planos de saúde, seguradoras, entre outros, denominada saúde suplementar.

1.1.1 Assistência médica suplementar

Paim *et al.* (2011) descrevem que, historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas

diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público, oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas. A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas, que oferecem tais benefícios a seus funcionários.

Não há consenso na nomenclatura da designação do setor privado de saúde, mas o termo aqui utilizado está adotado pelos órgãos reguladores do setor (Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU – e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS).

No âmbito do setor privado, a Lei 9.656, de 1998, regulamentou os planos de saúde no Brasil, dispondo de normativas e conceitos de saúde suplementar, mais conhecidos como planos privados de saúde (BRASIL, 1998).

Essa lei define planos privados de saúde como:

[...] prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor” (BRASIL, 1998).

Esse ato regulatório do Estado sobre o setor suplementar da saúde busca resumir em seu conteúdo toda a complexidade do setor de assistência privada à saúde.

Scheffer (2013) comenta que a referida lei trouxe, entre as inovações consideradas, ao mesmo tempo, positivas, a definição de padrões mínimos de cobertura e o estabelecimento de critérios para a entrada, funcionamento e saída de empresas do setor; porém, ainda são insuficientes. Também transferiu para o Poder Executivo a responsabilidade pela regulação e fiscalização destas operadoras privadas, tanto em relação aos aspectos assistenciais como a aqueles ligados à atividade econômica.

Anteriormente, o setor de saúde suplementar, não possuindo regras e balizadores, gerava conflitos entre operadoras e beneficiários, pois existiam contratos que beneficiavam apenas uma das partes ou não havia clareza nas informações, o que motivava dúvidas.

Esse quadro determinou a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, por meio da Lei 9.961/00, uma autarquia especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, com independência nas decisões técnicas e mandatos fixos de seus diretores. Além de promover a defesa do interesse público, esta lei regula, normatiza, controla e fiscaliza as atividades que garantem a assistência supletiva à saúde.

Assim, a assistência e a amplitude da cobertura oferecida pelos planos de saúde estão condicionadas a várias normatizações específicas da ANS.

Como parte das ações de organização do setor, a ANS buscou classificar as operadoras de planos de saúde médico-hospitalares, mediante a Resolução da Diretoria Colegiada 39, de 30 de outubro de 2000, conforme seus estatutos jurídicos, em:

- Autogestão: entidade que opera serviços de assistência em saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. Pode ser classificada em autogestão de Recursos Humanos (RH), autogestão como mantenedor e autogestão sem mantenedor.
- Cooperativa médica: na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos, formada por médicos e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.
- Filantropia: entidade sem fins lucrativos que opera planos de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social e tenha sido declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou por órgãos dos governos estaduais e municipais.
- Seguradora especializada em saúde: empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.
- Medicina de grupo: constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades acima citadas.

Quanto aos aspectos operacionais da disponibilização de serviços de assistência médica e hospitalar do ponto de vista da constituição da rede, as operadoras necessitam

construir uma organização composta por médicos, hospitais, clínicas especializadas e laboratórios, cuja articulação seja capaz de atender às múltiplas demandas dos beneficiários. Existem três formas básicas de relacionamento entre a rede de serviços e a operadora: serviços próprios da própria operadora, rede credenciada ou referenciada e livre escolha do beneficiário. Elas também podem estar combinadas entre si (GAMA, 2003).

Malta e Jorge (2008), ao analisarem o modelo assistencial de uma operadora de planos de saúde de autogestão, apresentam uma discussão a respeito da atenção à saúde suplementar no Brasil, discorrendo sobre a composição das operadoras, organizadas em segmentos das autogestões, medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas.

Os planos próprios, patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, são denominados autogestão e se constituem no segmento não comercial do mercado de planos e seguros. Totalizam cerca de 310 empresas e aproximadamente 5,4 milhões de beneficiários, ou cerca de 12,2%. O grupo é heterogêneo, incluindo as grandes indústrias de transformação, entidades sindicais, empresas públicas e até empresas com pequeno número de associados. Cerca de 50% são administrados por instituições sindicais ou entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras, como as caixas de assistência, caixas de previdência e entidades fechadas de previdência. Integram sua administração representantes dos trabalhadores e patronais. Percentual significativo é administrado por departamentos de benefícios/recursos humanos da própria empresa.

O segmento comercial da saúde suplementar compreende as cooperativas de trabalho médico, as empresas de medicina de grupo e as seguradoras. As seguradoras vinculadas ou não a bancos representam a modalidade empresarial mais recente no mercado de assistência médica suplementar e, à ocasião, detinham cerca de 10,4% do contingente de pessoas cobertas por meio de planos privados de saúde. As cooperativas de trabalho médico possuem cerca de 26,8% dos clientes de planos de saúde e se organizaram a partir da iniciativa de médicos, com a argumentação da ameaça de perda da autonomia da prática médica e da mercantilização da medicina. As medicinas de grupo, constituídas inicialmente por grupos médicos aliados ao empresariado paulista, são atualmente responsáveis por quase 36,2% dos beneficiários da assistência médica supletiva. Esse segmento se organizou em torno de proprietários/acionistas de hospitais, criando redes de serviços e credenciando hospitais e laboratórios, dado que existia um comprador de serviços que lhes garantia um mercado seguro. O surgimento do setor deu-se a partir de meados da década de 1960, com o denominado convênio-empresa entre a empresa empregadora e a empresa médica (medicina de grupo), estimulado pela Previdência Social, que repassava subsídios *per capita* pelo serviço prestado, prática essa que

foi decisiva no empresariamento da medicina. Neste segmento, incluem-se também as odontologias de grupo.

Portela e colaboradores (2010) apontaram que as operadoras de planos de saúde seriam responsáveis pela cobertura de cerca de 20% da população brasileira, estando aproximadamente 80% dos beneficiários inscritos em planos de assistência médica.

Dados recentes da ANS informam que o setor supletivo de saúde possui 47 milhões de beneficiários, assistidos por meio de 1.095 operadoras, sendo 237 operadoras de autogestão; 359 cooperativas médicas; 62 filantrópicas; 301 medicinas de grupo, 10 seguradoras especializadas em saúde e 126 administradoras de benefícios. Movimentou, no ano de 2016, recursos anuais na ordem de 118,3 bilhões de reais e a cobertura de assistência supletiva atinge 19,2 % da população brasileira. As maiores taxas de cobertura dos planos privados de assistência médica encontram-se na região Sudeste, seguida pela região Sul (BRASIL, 2016).

Oliveira (2010) observa que é preciso considerar que não são abrangidos pelas estatísticas da ANS os beneficiários de planos de saúde ligados a entes de natureza pública (institutos ou caixas estaduais ou municipais de assistência médica, ou ainda beneficiários das autogestões operadas por órgãos de administração direta e autarquias), isentos de registro e de notificação de informações e, portanto, fora do alcance regulador da ANS.

Uma análise pertinente em relação a esse tema deve ser realizada de modo a identificar as razões pela busca por alternativas para atendimento em saúde pela população no país.

Paim *et al.* (2011) comentam que as pessoas com planos e seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros. Entretanto, as pessoas com planos ou seguros de saúde privados frequentemente recebem vacinas, serviços de alto custo e procedimentos complexos, como hemodiálise e transplantes, por meio do SUS.

Pinto e Soranz (2004) atribuem o crescimento da saúde suplementar à baixa qualidade do sistema público e à oferta cada vez maior de planos de saúde, incluindo aqueles destinados aos seguimento dos funcionários de instituições públicas e privadas, nos quais a classe média tem buscado progressivamente a solução para os seus problemas.

1.1.2 Entidades de autogestão

As entidades de autogestão surgiram na década de 40 do século XX e esta pode ser considerada a modalidade mais antiga de assistência privada à saúde no país.

O fato de não possuírem objetivo econômico (finalidade lucrativa) torna-se o principal traço para distinguir as autogestões dos outros segmentos do setor privado. Normalmente, são planos próprios de empresas, que assumem o risco e a prestação de assistência à saúde dos seus beneficiários e que podem atuar em diversos formatos.

Oliveira (2010) descreve que a Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde), entidade representativa do segmento criada em 2002, apresenta as modalidades de funcionamento das autogestões da seguinte forma:

- a) Pessoa jurídica que opera plano privado de assistência à saúde por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, de que podem ser exemplos a Petrobras e a Caixa Econômica Federal;
- b) Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde; são exemplos Cassi, do Banco do Brasil, Geap, que assiste o funcionalismo público federal, a Fundação Saúde Itaú e a Vale,
- c) Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde, exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional, como Associações de Fiscais de Renda, Mútua de Magistrados do Rio de Janeiro etc.

Gama (2003), em sua investigação desenvolvida com o objetivo de compreender a autogestão como programas de assistência médica e hospitalar disponibilizada nos moldes de plano de saúde, contextualizou e definiu a situação da autogestão pública, que inclui os planos de saúde para funcionários de prefeituras e estados, que são, em sua maioria, ligados a institutos de aposentadorias e pensões de servidores. Esses planos apresentam alguns aspectos diferentes das autogestões privadas em relação a organização jurídica, rede de serviços, risco da variação do custo da assistência médica hospitalar, gestão, gestão do custo assistencial e regulamentação. Analisou ainda a organização jurídica desse segmento, concluindo que esses planos constituíram pessoas jurídicas de direito público, mantendo, com isso, a responsabilidade dos governos pelo plano assistencial e pela variação do custo da assistência médica hospitalar, ficando assim à margem da regulamentação do setor suplementar de saúde e da Lei 9.656/98. A rede própria de prestadores de serviços assume uma importância maior do que a observada nas autogestões privadas, ocorrendo, em alguns casos, que a rede própria é a única disponível.

A autogestão é considerada uma modalidade de prestação de assistência à saúde sem fins lucrativos com gestão própria da assistência, o que implica assumir o risco da variação do custo da assistência médica pela empresa que patrocina o benefício integral ou parcial (CARVALHO e CECILIO, 2007).

Nesse contexto, verifica-se que um dos componentes do sistema de saúde brasileiro de relevância são os Institutos de Previdência e Saúde dos estados, responsáveis pela assistência médico-hospitalar dos servidores públicos e seus dependentes. Caracteriza-se por ser um sistema assistencial fechado, público, que não se integra ao SUS e nem ao sistema de assistência suplementar, sendo destinado exclusivamente aos funcionários estaduais, não cobertos pela Previdência Social. (IBAÑEZ *et al.*, 2003; BAHIA, 2001).

Esses sistemas possuíam serviços próprios e/ou adotavam o reembolso de despesas médico-hospitalares contraídas por seus empregados com provedores de serviços autônomos (BAHIA, 2001).

Com a reforma previdenciária no Brasil, estabelecida pela Lei Federal 9.717/98, determinando regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos estados e dos municípios, houve, então, a desvinculação da área da assistência médica da previdenciária, o que contribuiu para que muitos institutos desenvolvessem formas alternativas de reorganização, como fundos públicos de assistência, sistemas de autogestão com terceirização da operação e o modelo de seguro social público (BRASIL, 1998; IBAÑEZ *et al.*, 2003).

O seguro social público tem como características ser um sistema de contribuição tanto por conta dos servidores, em regime compulsório, quanto pela participação do Estado na administração e no financiamento do sistema. Os ajustes das contribuições são estabelecidos por lei, sendo normalmente uma alíquota aplicada sobre os vencimentos do servidor e em igual proporção ao orçamento estadual ou municipal (BAHIA, 2001; IBAÑEZ *et al.*, 2003).

Ibañez *et al.* (2003) apontam que este modelo oferece a possibilidade de incluir a família dos servidores de menor renda familiar, com custos menores, devido ao sistema de participação compulsória e ao valor da contribuição proporcional aos vencimentos. O sistema assume uma característica distributiva, beneficiando os servidores que possuem os menores rendimentos. A contribuição compulsória e a ausência de gastos com publicidade e venda de apólices são fatores que permitem o sistema operar com uma receita *per capita* média menor, sendo possível que as maiores contribuições ainda tenham valores abaixo dos praticados no mercado da assistência médica supletiva privada. Configura-se, portanto, em um modelo com excelentes benefícios para uma política de recursos humanos da esfera pública.

Diversos fatores têm contribuído para a instabilidade financeira dos institutos de assistência aos servidores. A manutenção do equilíbrio financeiro está fragilizada, devido à sua receita ser composta quase que exclusivamente pela contribuição dos servidores, fixada por lei, e em parte por orçamentos públicos, portanto seus reajustes são processos morosos que costumam não acompanhar a tendência de crescimento dos gastos com os benefícios assistenciais (IBAÑEZ *et al.*, 2003).

Vários autores têm apontado que esse desequilíbrio resulta numa oferta de serviços em quantidade menor que a demanda, o que desencadeia entre os segurados um grau de insatisfação com o sistema, gerando reações desfavoráveis, como, por exemplo, a contratação de planos de saúde privados e a desvinculação ao instituto e, conseqüentemente, a cessação das contribuições descontadas em folha de pagamento. Desde 2002, a contribuição compulsória para custear assistência médica, hospitalar e odontológica tornou-se inconstitucional, não havendo autorização para que os estados instituíam tal contribuição para seus servidores, além da destinada ao custeio do regime previdenciário (BRASIL, 2016; IBAÑEZ *et al.* 2003; GUASSU, 2012).

Em face da co-responsabilidade que as operadoras de planos de saúde têm em oferecer serviços de saúde de qualidade, criou-se a necessidade de auditar as instituições de saúde com foco na qualidade dos processos funcionais e estrutura física.

Nessa direção, destaca-se a importância de se aprimorar o acompanhamento e a avaliação da assistência prestada pelas operadoras aos seus consumidores, promovendo ajustes no atendimento. Depreende-se que os processos avaliativos se mantêm de grande valia no funcionamento dos sistemas, o que pode explicar a expansão significativa do setor de auditoria nas instituições (BRASIL, 2015).

1.2 Avaliação no contexto gerencial da saúde

Nas últimas décadas, em decorrência da incorporação contínua de novas tecnologias nos serviços de saúde e da crescente complexidade dos serviços médicos, a avaliação em saúde vem apresentando maior importância (CARDOSO; SILVA, 2012).

A avaliação da assistência em saúde realizada em instituições públicas e privadas é parte fundamental no planejamento e na gestão para buscar a qualidade do atendimento prestado, reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010; BRASIL, 2007).

A avaliação tem se constituído em uma área do conhecimento em expansão e diversificação, tanto metodológica como conceitual, impulsionada pela necessidade de se constituírem instrumentos de apoio às decisões, que suportem a dinamicidade dos sistemas e serviços de saúde (NOVAES, 2000).

O quadro de referência clássico de avaliação da qualidade desenvolvido por Donabedian (1980) se fundamenta em três componentes: estrutura, processo e resultados, que se constituíram na pedra angular dos instrumentos e padrões de avaliação no mundo inteiro.

A avaliação da estrutura refere-se à verificação do grau de organização dos serviços, considerando fatores como: hierarquização do atendimento, padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção dos serviços, recursos humanos, estrutura física e condições dos equipamentos. Na avaliação de práticas e serviços de saúde, pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. E que este processo, por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população (PORTELA *et al.*, 2010; DONABEDIAN, 1980).

A abordagem processual consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica. A avaliação dos processos envolve, por exemplo, a auditoria de prontuários, supervisões periódicas, pesquisas de opinião pública, entre outros (SOUZA; SCATENA, 2013; DONABEDIAN, 1980).

Donabedian (1966) também traz que a avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica, compara os procedimentos empregados com os estabelecidos por normas e pode ser realizada por observação direta da prática ou baseada nos registros médicos.

Para se realizar uma medida objetiva da qualidade dos serviços de saúde, há necessidade de criação de padrões e critérios de assistência, para que se possam estabelecer padrões de qualidade e orientar os prestadores de serviços (DONABEDIAN, 1980). O uso da observação estruturada, apoiada em roteiros que discriminam critérios centrados nos aspectos técnicos dos cuidados a serem prestados, permite mensurar a qualidade da assistência, de acordo com os padrões que se deseja alcançar.

Um processo avaliativo necessita, portanto, da definição de padrões, que, por sua vez, exigem o estabelecimento de indicadores que possibilitarão verificar em que medida o padrão foi atingido. O trabalho pautado em medidas de avaliação ou indicadores que monitoram a qualidade em saúde tem sido cada vez mais exigido (SENTONE, 2005).

Donabedian (1980) indica o uso de indicadores com o objetivo de estimar os reflexos na saúde da população decorrentes das medidas implementadas e as alterações nos perfis epidemiológicos, configurando-se como a avaliação dos resultados obtidos.

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, dos processos e resultados relacionados ao risco, ao acesso e à satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2005).

Nessa direção, o Ministério da Saúde, desde 1998, desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracterizou como uma pesquisa de satisfação dos usuários em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, mediante aplicação de roteiro técnico, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. Tal iniciativa sofreu uma reformulação com o objetivo de tornar o programa mais amplo para ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde e, em 2004/2005, passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) para todo o território nacional (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento de um instrumento de avaliação se constituiu num desafio e sua construção estabeleceu as seguintes dimensões de avaliação: estrutura, processos de trabalho, resultados relacionados ao risco e satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido, critérios atualmente considerados (BRASIL, 2007).

A proposta de avaliação a ser realizada pelo PNASS indica a necessidade de uma ampla abordagem, abrangendo diferentes aspectos e visões:

- Avaliação da estrutura: existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais etc.) adequados;
- Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente. Na dimensão epidemiológica, esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência, entre outros.
- Avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho. Estas diferentes abordagens estão relacionadas entre si e devem ser analisadas em conjunto. (BRASIL, 2007)

Do ponto de vista da saúde suplementar, as redes de prestadores de serviços têm propriedades específicas relacionadas às diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde; no entanto, independentemente da forma como essa rede se organiza, é no ato da prestação de serviços que se consolida a relação do cliente com a empresa. A qualidade é representada externamente pela eficiência na prestação de serviços de saúde, além de uma visão completa de como a empresa opera seus recursos humanos e físicos (GUERRA, 2001).

A partir de 2005, nota-se que a ANS intensificou as medidas para influir na qualidade da atenção oferecida na saúde suplementar, valorizando a qualidade dos resultados alcançados e a integralidade das ações. Um exemplo deste esforço é o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) (GAMARRA, 2017; SILVA *et al.*, 2013).

Em 2005, foi iniciado o Programa de Qualificação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo reestruturado em 2015, por intermédio da Resolução Normativa nº 386, de 9 de outubro de 2015, e pela Instrução Normativa nº 60, de 9 de outubro de 2015, com o objetivo de induzir um processo contínuo de qualificação dos atores envolvidos (operadoras, prestadores, beneficiários e o próprio órgão regulador). Uma das perspectivas é contribuir para a qualificação da gestão e da qualidade da atenção ofertada pelos prestadores de serviços assistenciais. No entanto, é ainda incipiente o conhecimento sobre tais prestadores de serviços de saúde, em particular sobre a sua estrutura e qualidade assistencial, bem como sobre os mecanismos e práticas relativos à qualificação da sua gestão (ANS, 2015; PORTELA *et al.*, 2010; ESCRIVÃO JUNIOR; KOYAMA, 2007).

A avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência. A análise da qualidade das operadoras é realizada por meio de quatro dimensões:

- Qualidade em atenção à saúde: avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada;
- Garantia de acesso: condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores;
- Sustentabilidade no mercado: monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e por compromissos com prestadores,
- Gestão de processos e regulação: entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS (ANS, 2015).

De acordo com a Resolução Normativa – RN Nº 405, de 2016, o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS – consiste em estabelecer atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar, bem como na forma pelos quais eles são obtidos, avaliar a qualificação dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar e divulgar os atributos de qualificação (BRASIL, 2016).

Este programa tem como característica a participação voluntária dos prestadores de serviços e visa a estimular a sua qualificação na saúde suplementar e aumentar a disponibilidade de informações. O intuito é ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços por parte das operadoras e dos beneficiários de planos de saúde. Os domínios a serem avaliados compreendem:

- Estrutura: composta pelos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência em saúde;
- Segurança: é o conjunto de ações ou processos que objetivam a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- Efetividade: determinada pelo grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados,
- Centralidade no paciente: consiste na percepção de satisfação associada ao relato de experiência, escuta atenta, comunicação e envolvimento do paciente nas decisões.

É importante observar que tanto o Programa de Qualificação de Operadoras como o QUALISS são compostos por um sistema de indicadores que valorizam as variadas dimensões do processo de produção da saúde: a efetividade clínica, a capacidade organizacional, a relação com o paciente, dentre outros aspectos (GAMARRA, 2017).

A ANS tem buscado, por meio de práticas regulatórias, sensibilizar e transformar, por um lado, os prestadores de serviços em produtores de cuidado e, por outro, as operadoras de planos de saúde em gestoras da saúde, induzindo uma mudança de paradigma que se relaciona com a chamada transição tecnológica no setor da saúde suplementar. No entanto, a discussão da qualidade, muitas vezes, fica sob a determinação da relação custo-efetividade. (DAROS *et al.*, 2016; UGÁ *et al.*, 2009).

As relações determinadas entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, englobando a forma de contratualização, 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 mecanismos), interferem no modelo assistencial, induzindo ou não a uma atenção mais integral ao paciente. Neste sentido, também incidem, notavelmente, sobre a qualidade dos serviços prestados (UGÁ *et al.*, 2009).

As práticas de avaliação da qualidade em termos de satisfação do cliente, garantia da qualidade e satisfação da rede prestadora, realizadas pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores de serviços, são pouco comuns. As experiências de avaliação são importantes e devem ser estimuladas, ao mesmo tempo em que organizações de defesa do consumidor e o próprio governo deverão esforçar-se para aumentar o nível de informação colocada à disposição do público, sendo especialmente importante na análise do item garantia de qualidade, posto que é a partir dele que poderão ser definidos critérios de co-responsabilidade das operadoras com os serviços prestados por sua rede própria, contratada, credenciada ou referenciada (ABELHA, 2012).

Dessa forma, a percepção dos clientes frente às suas experiências com os serviços de saúde é determinante e, portanto, impacta na avaliação da qualidade, devendo ser acompanhada pelos prestadores e operadoras, em virtude das particularidades que podem estar correlacionadas a cada tipo de cliente (FOGAÇA, 2006).

Segundo Bosi e Uchimura (2002), as percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes à vivência junto aos programas em questão. Esse entendimento permitiria compreender não apenas o significado da qualidade para os diferentes grupos, mas também as formas pelas quais esta se apresentaria ou não nesses programas.

Nem sempre, em serviços de saúde, o paciente tem consciência, condições ou parâmetros para avaliar ou ainda interage com o processo durante todo o período. Nesses episódios, geralmente o paciente serve-se daqueles que teriam maior capacidade de avaliação técnica e delega essa prerrogativa aos profissionais médicos e gestores, em contrapartida aos recursos que paga por seu plano de saúde (FOGAÇA, 2006).

De acordo com a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, as operadoras de planos de saúde são co-responsáveis pela assistência prestada aos seus usuários, ou seja, responde juntamente com a prestadora de serviços pelos erros médicos, bem como por condições inadequadas de atendimento pela rede prestadora de serviços. Consta ainda nesta lei que todas as operadoras de planos de saúde devem ter a descrição dos recursos humanos dos serviços de saúde, das instalações e

equipamentos, sendo eles próprios ou terceirizados, oferecidos aos seus usuários (PAIM; ZUCHI 2011).

Nessa perspectiva de avaliação de serviços de saúde que integram a saúde suplementar, o estudo de Cavalcanti (2010) intitulado “Proposta de um instrumento para avaliação de serviços hospitalares com base em critérios de assistência, infraestrutura e práticas de gestão” deve ser reconhecido pelo pioneirismo no país. Trata-se de uma dissertação de Mestrado apresentada para o Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O autor justificou que os planos/seguros de saúde e os hospitais brasileiros não possuíam um instrumento abrangente e adequado para aferir a qualidade dos serviços hospitalares multiespecializados, disponibilizados aos seus clientes, e propôs o desenvolvimento de um instrumento para coleta de dados e produção de informações, que possibilitaria a avaliação da disponibilidade e da qualidade dos serviços assistenciais, dos recursos físicos (imóveis e equipamentos), das práticas de gestão (organizacional, funcionamento e recursos humanos) e dos indicadores de qualidade assistencial e de produtividade. Ao final da pesquisa, obteve uma ferramenta diagnóstica precisa, do tipo *check list*, para mensurar as condições técnicas dos serviços hospitalares.

Segundo Cavalcanti (2010), o segmento de saúde suplementar vive uma crise permanente, na qual se somam a insatisfação crescente dos beneficiários, colocados na condição de financiadores dos altos custos embutidos nas mensalidades dos planos de saúde, e a de pacientes, no momento da utilização e aferição da qualidade dos serviços disponíveis.

Carvalho e Cecílio (2007) defendem a necessidade da qualificação da assistência na saúde suplementar, com base nas necessidades de saúde dos usuários e com a necessária garantia de boas práticas profissionais, justificando que somente uma forte regulação e controle poderão chegar a essa resolutividade.

Nessa perspectiva é que processos avaliativos se constituem de grande valia para o funcionamento das instituições e do sistema de saúde, o que demanda observações comprovadas de atos e fatos, análise de relatórios e registros de procedimentos que reflitam a eficácia dos serviços nos aspectos organizacionais e operacionais, sempre com o cerne na qualidade da assistência prestada ao paciente.

1.3 Justificativa do estudo

Minha vivência e experiência profissional na área de avaliação e controle, com enfoque na auditoria de contas hospitalares, tem me mostrado o papel relevante dessa área de

atividades, bem como a ampliação no mercado de trabalho das funções do enfermeiro auditor. Não só pelas mudanças nos sistemas de controle adotados na área da saúde, mas também em decorrência da sua capacitação técnico-científica, esse profissional se insere cada vez mais no processo gerencial das instituições, em diferentes níveis administrativos.

O interesse pelo tema deste trabalho é decorrente do aprendizado obtido pela minha inserção na área de avaliação de uma operadora de plano de saúde, na qual tenho tido a oportunidade de identificar os pontos de melhoria para funcionalidade das instituições de saúde prestadoras de serviços. Um aspecto que despertou minha atenção refere-se à ocorrência de glosas de contas hospitalares por ausência de registros dos procedimentos realizados. A incidência de glosas tem sido apontada como indicador de falhas nos processos institucionais, que compõe parte das solicitações de procedimentos alvos de auditoria por parte da operadora de saúde.

Identificar e avaliar os hospitais contratados disponíveis aos beneficiários, identificando suas potencialidades e fragilidades, considerando, além da sua estrutura, seu processo de trabalho e seus resultados, tem se constituído uma premissa na avaliação do desempenho, conduzindo a um processo de melhoria contínua das instituições. Nesta perspectiva, surge como questão norteadora desse estudo: Quais os índices de conformidade obtidos pelas instituições hospitalares, no âmbito de estrutura, processo e resultados da assistência, contratadas como prestadoras de serviços aos beneficiários de um Instituto de Assistência à Saúde de Servidores Estaduais?

Diante da importância da avaliação em saúde aplicada à assistência hospitalar como meio de se conhecer melhor a realidade vivenciada, esta pesquisa pretende avançar na exploração desse tema, voltado para a melhoria contínua da qualidade assistencial. Poderá, ainda, reunir informações de interesse para as instituições hospitalares e para as operadoras dos planos de saúde, bem como para as equipes profissionais que ali atuam.

A carência de estudos sobre o tema indica sua importância no cenário da saúde suplementar e espera-se que sua contribuição possibilite ampliarem-se conhecimentos na área, com elementos de relevância no cenário da gestão econômica e da qualidade assistencial que se pretende obter, aspectos vitais para o processo de trabalho em saúde.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os serviços hospitalares credenciados a um Instituto de Assistência à Saúde segundo critérios de eficiência da assistência, infraestrutura e práticas de gestão.

2.2 Objetivo específico

Analisar e adaptar o Instrumento de Avaliação de Prestadores de Serviços Hospitalares desenvolvido por Cavalcanti (2010).

3 Método

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória busca investigar a natureza complexa de um fenômeno e outros fatores diretamente relacionados a ele, enquanto a pesquisa descritiva busca auxiliar a descrição, observação e documentação dos aspectos de uma situação em estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A abordagem quantitativa na qual este estudo se enquadra promove a transformação dos dados em formatos numéricos, permitindo a análise estatística, na qual as conclusões estão essencialmente apoiadas na intensidade dos efeitos e nos significados das relações estatísticas (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

3.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido na rede hospitalar credenciada ao Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG). O estado de Minas Gerais presta serviço de Assistência à Saúde específica e diferenciada (médica, ambulatorial e odontológica) ao servidor público estadual e a seus dependentes inscritos no Instituto, que possui personalidade jurídica própria, sem finalidade lucrativa. O benefício é facultativo, mediante contribuição. Segundo informações disponíveis no site <http://www.ipsemg.mg.gov.br>, o IPSEMG não possui registro na Agência Nacional de Saúde, uma vez que legalmente não é subordinado àquela agência. As regras gerais da assistência à saúde prestada pelo IPSEMG são regulamentadas pela Lei Complementar nº 64, de 25/03/2002, que institui o Regime Próprio de Previdência e Assistência Social dos servidores públicos do estado de Minas Gerais e dá outras providências, e suas alterações posteriores são regidas pelo Decreto nº 42.897, de 17/09/2002, que regulamenta o artigo 85 da Lei Complementar nº 64, de 25 de março de 2002, e suas alterações posteriores, bem como por outras normas internas como Portarias, Resoluções, Deliberações. O Instituto também é regido e controlado, em sua normatização, pelos Conselho Deliberativo do IPSEMG, Conselho de Beneficiários do IPSEMG e pelo Conselho Estadual de Previdência do Estado de Minas Gerais –CEPREV.

Em números, no ano de 2014, o IPSEMG atendeu cerca de 850 mil beneficiários da assistência à saúde e contava com uma Rede de Atenção à Saúde de 985 instituições próprias

e 4.265 credenciadas. A rede assistencial estava composta por 210 hospitais, 770 clínicas, 590 laboratórios, 2.763 médicos e 808 dentistas. A metodologia utilizada para a definição da rede assistencial compreende parâmetros como perfil demográfico e sociocultural de usuários em cada região e distância geográfica entre elas, fluxo migratório dos pacientes de um município para outro e a complexidade dos serviços ofertados em cada local, somados às demandas dos beneficiários (IPSEMG, 2014).

Atualmente, este Instituto proporciona assistência à saúde e previdenciária de forma regionalizada, com o objetivo de permitir a seus beneficiários acesso facilitado aos serviços prestados. O estado foi dividido em 57 unidades regionais e cada uma delas possui uma sede administrativa, onde são encontrados serviços de cadastro de beneficiários, requerimento de benefícios previdenciários, formalização de processos de pensões e seguros e também alguns serviços próprios de assistência médica e odontológica. Dados do Instituto apontam que 70% dos beneficiários estão fora da cidade de Belo Horizonte, o que configura a importância da regionalização com vistas à melhor equidade da assistência.

Dados e informações disponibilizados no Relatório de Gestão Sustentável 2011-2014, disponível no endereço eletrônico <http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/transparencia/5183-caderno-de-gestao/518/561>, apontam que um marco importante da gestão do Instituto refere-se ao equilíbrio das contas, resultando num cenário favorável de saúde financeira, de modo a garantir a manutenção da assistência prestada aos beneficiários. Nessa direção, em 2013, para que o Instituto alcançasse a autossuficiência financeira, várias ações foram realizadas, incluindo mudanças no financiamento da Assistência à Saúde, com reestruturação da gestão de contrato assistencial, implicando na adoção de novo modelo de contribuição, na forma de coparticipação, iniciada em janeiro de 2014.

Identifica-se ainda, nesse relatório, várias iniciativas relacionadas à adoção de processos de avaliação da assistência ofertada, tais como Pesquisa de Satisfação dos Usuários, “com o objetivo de alinhar e direcionar esforços para o alcance da visão institucional de assegurar e prestar serviços integrados de atenção à saúde e de concessão e manutenção dos serviços previdenciários de forma regionalizada, com qualidade e sustentabilidade”.

Verifica-se, ainda, que o IPSEMG, em 2014, inseriu a gestão pela qualidade (SGQ) e do risco assistencial nos serviços próprios de saúde, com o objetivo de mensurar os resultados com foco no aprimoramento contínuo. Ainda nesse ano, implementaram as normas ISO 9001 e iniciaram as ações para acreditação pela ONA (Organização Nacional de Acreditação) em instituição hospitalar própria, de 340 leitos, localizada na cidade de Belo Horizonte.

Outro aspecto refere-se ao Processo de Auditoria, reestruturado em 2013, com ampliação do quadro de auditores e implantação da auditoria *in loco* em todos os prestadores hospitalares, além da adequação dos sistemas IPSEMG e de processos internos para implantação da auditoria eletrônica de contas decorrentes da prestação de serviços de saúde.

Para a realização da pesquisa, foi selecionada uma das regionais, que abrange 28 municípios, com mais de 16 mil beneficiários, sendo sua rede assistencial composta por seis hospitais credenciados.

3.3 População

A população foi composta por todas instituições hospitalares pertencentes à regional selecionada para desenvolver a pesquisa, cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e credenciadas ao IPSEMG, o que totalizou seis instituições.

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Iniciamos pela escolha do instrumento a ser utilizado na pesquisa. Optamos pelo Instrumento de Avaliação de Prestadores de Serviços Hospitalares, desenvolvido como produto de dissertação de mestrado de Cavalcanti (2010), conforme descrito anteriormente. Segundo informação descrita no trabalho, a pesquisa é composta por dois volumes, sendo que o volume 2, onde consta o Anexo III – que é o instrumento –, não se encontra à disposição para consulta na biblioteca da referida universidade, devido à garantia de direitos autorais. Entramos em contato via e-mail com o autor, consultando-o sobre a possibilidade de uso e sua respectiva autorização, o que nos foi concedido, mas estabeleceu como condição sua não publicação e divulgação (Anexo A). Em contrapartida, o referido autor colocou-se à disposição para nos auxiliar em todas as etapas do estudo. Após esse contato, o autor disponibilizou o instrumento por e-mail, em formato eletrônico (online), por meio da ferramenta web Google Docs. Esta ferramenta permite a criação de formulários com uma interface vinculada a um arquivo XLS, que gera um banco de dados no Excel à medida que os participantes respondem ao instrumento.

A leitura do instrumento original pela pesquisadora e orientadora indicou a necessidade de ajustes para sua aplicabilidade no cenário do presente estudo. Foram retirados alguns itens para adequação à realidade das instituições que seriam objeto da pesquisa. O

autor do instrumento participou desta etapa, estando de acordo com as alterações realizadas. Em seguida, foi gerada por ele nova versão do instrumento, e também disponibilizada por e-mail, como anteriormente realizado. Após verificação, a nova versão mostrou-se factível para utilização, de modo a atender aos objetivos propostos por esse estudo.

A pesquisadora, então, contatou cada instituição selecionada, na pessoa do seu diretor administrativo, e, mediante aquiescência de participação, designou um responsável técnico administrativo e em cargo de gestão da instituição para responder ao instrumento de pesquisa.

3.4.1 Instrumento original

O instrumento é do tipo *check list* e foi construído pelo autor utilizando-se uma sustentação legal e técnica para seleção de critérios de avaliação, organizados e classificados hierarquicamente em grupos, subgrupos, áreas de atividades, processos ou departamentos, conforme disposição específica em leis, portarias, resoluções e normativas disponíveis na literatura nacional.

Os critérios têm origem na legislação brasileira ou foram estabelecidos por instituições de reconhecida capacidade técnica, na produção de indicadores, conceitos e critérios aplicados às boas práticas assistenciais e de gestão hospitalar (CAVALCANTI, 2010).

O primeiro grupo coleta dados de **identificação** da instituição avaliada, como nome, razão social, natureza jurídica, área de abrangência assistencial, entidade mantenedora da instituição, presidente da entidade, identificação dos diretores técnico, clínico e administrativo, registros técnicos em órgãos competentes, assim como endereço, telefone, e-mail, além de informações relacionadas aos registros obrigatórios de acordo com a legislação brasileira aplicada para estabelecimentos de saúde.

No segundo grupo, referente à **eficiência assistencial**, foi atribuído um subgrupo – serviços hospitalares –, que, por sua vez, foi classificado em cinco áreas de atividades, que foram denominadas: serviços hospitalares disponíveis, documentação legal, especialidades médicas disponíveis, serviços hospitalares de diagnósticos e terapia e indicadores de qualidade assistencial.

Denominado **Infraestrutura disponível**, o terceiro grupo foi distribuído em um subgrupo nomeado “recursos físicos”, com cinco áreas de atividades: capacidade instalada, área física para serviços auxiliares de diagnósticos e terapia (SADT), área física administrativa e área física de serviços de apoio.

Para o grupo **Gestão**, foi atribuído um subgrupo – metodologia de gestão –, que, por sua vez, foi classificado em sete áreas de atividades, denominadas: práticas de gestão; quantitativo de pessoal; indicadores de recursos humanos; distribuição de pessoal por área, organização e funcionamento, controles estatísticos hospitalares e indicadores de produtividade.

Para cada grupo de critérios de avaliação, foi atribuída uma pontuação e uma participação percentual sobre o total de pontos, conforme sua importância relativa ao todo. Estes percentuais foram atribuídos por *experts*, que validaram o instrumento.

3.4.1.1 Critérios de pontuação

Para avaliar se a instituição atende aos critérios estabelecidos, a primeira versão proposta por Cavalcanti (2010) permite duas formas de respostas e pontuações:

a) o avaliador possui duas opções de respostas: “sim”, quando atender a todas as exigências do item, recebendo dois pontos, e “não”, quando não atender às exigências do item, não recebendo nenhum ponto.

b) em cada item, o avaliador tem três opções de respostas: “sim”, em que a instituição atende a todas exigências do item, recebendo dois pontos, “observado”, quando atende satisfatoriamente às exigências do item, mas não de forma integral, recebendo um ponto, e “não”, quando não atende à exigência do item, não recebendo nenhum ponto.

Para obter a pontuação final máxima, somam-se os critérios por subgrupos e, posteriormente, por grupos. A soma da pontuação dos grupos define a pontuação total obtida pela instituição avaliada. Assim, atinge o nível de excelência na prestação de serviços hospitalares a instituição que obtiver acima de 80% dos pontos qualificados em relação aos critérios avaliados.

O instrumento proposto foi utilizado pelo seu autor em treze instituições hospitalares de um estado da Região Sudeste e mostrou-se factível, possibilitando a realização de auditoria nas práticas assistenciais, nas condições da infraestrutura e na metodologia de gestão adotada. Esse fato permite aferir a qualidade, eficácia e confiabilidade dos serviços disponibilizados aos clientes (pacientes, médicos e planos de saúde). Especificamente para os planos de saúde, o instrumento viabiliza a classificação e a seleção dos prestadores de serviços contratados.

Atualmente, o referido instrumento é utilizado para fins comerciais por uma empresa especializada em avaliação de serviços de saúde, razão pela qual se mantém o sigilo em relação às informações do instrumento e à não autorização de sua publicação.

3.4.2 Versão ajustada do instrumento

Segundo informações do autor, o instrumento original já sofreu algumas alterações ao longo desses anos, como em algumas nomenclaturas e atualizações de parâmetros, conforme as resoluções e legislações que o embasam, sendo a sua última versão a que foi disponibilizada para a presente pesquisa.

Nesta última versão, modificações do instrumento já foram realizadas, como as nomenclaturas, em que os Grupos passaram a ser denominados Dimensões e os Subgrupos, Domínios. Essa versão contempla três dimensões, sendo elas: eficiência da assistência, infraestrutura disponível e práticas de gestão. **Dimensão** é uma estrutura temática que consolida grupos de perguntas de um determinado tema. É composta por departamentos de acordo com as atividades desenvolvidas ou os serviços ofertados, que são chamados de domínios. Os itens do instrumento estão divididos em quatro domínios: administração, assistência, apoio e serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT).

Ressalta-se que, para adequação do instrumento, a pesquisadora não introduziu itens e não o modificou, em termos de estrutura. Os ajustes se referiram à redução do número de itens a serem avaliados, de acordo com a realidade das instituições.

O instrumento inicialmente coleta dados de cadastros da instituição, números de leitos e registros obrigatórios, de acordo com a legislação brasileira aplicada para estabelecimentos de saúde, como, por exemplo: nome fantasia da instituição, área de abrangência, atuação e natureza jurídica e classificação de complexidade e porte hospitalar. A classificação das instituições hospitalares foi definida com base em informações do CNES, como se segue:

- complexidade assistencial (baixa, média e alta complexidade),
- porte hospitalar: pequeno porte (até 50 leitos), médio porte (51 a 150 leitos), grande porte (151 a 500 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos).

A dimensão **Eficiência da assistência** apresenta questões relacionadas às especialidades médicas, unidades de atendimento e aos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia disponíveis na instituição – estes podem ser internos ou externos, ou seja, oferecidos por terceiros em outros serviços de saúde –, além de questões abordando documentações sobre registro dos profissionais nos órgãos de classe e indicadores de qualidade assistencial. É importante salientar que a dimensão **Eficiência da assistência** não possui critérios de avaliação sobre os domínios: SADT e Apoio.

A segunda dimensão, **Infraestrutura disponível**, permite avaliar a disponibilidade e as condições das áreas físicas, assim como quais equipamentos e tecnologia médico-hospitalar que a instituição possui.

Na dimensão **Práticas de gestão**, o instrumento apresenta questões sobre gestão da infraestrutura, dos equipamentos e tecnologias médico-hospitalares, dos eventos adversos e segurança do paciente, indicadores de recursos humanos, de abastecimento e apoio logístico, gestão de indicadores de custos, de negócios e lideranças, como, por exemplo, as políticas institucionais e os planos de contingências administrativos (CAVALCANTI, 2010).

A figura 1 apresenta o esquema para melhor compreensão da estrutura do instrumento utilizado na pesquisa, com suas dimensões e domínios avaliados.

Figura 1 – Estrutura do instrumento ajustado

Fonte: próprio autor

A Tabela 1 apresenta a distribuição do número de itens que passaram a compor o instrumento ajustado, segundo dimensões e domínios estabelecidos.

Tabela 1 – Distribuição dos itens do instrumento de acordo com as dimensões e os domínios. Minas Gerais, Brasil, 2017.

	Eficiência da assistência	Infraestrutura disponível	Práticas de gestão	Total geral
Administração				
Itens	160	08	112	280
Assistência				
Itens	50	100	154	304
Apoio				
Itens	0	22	84	106
SADT				
Itens	0	40	169	209
Total de itens	210	170	519	899

3.4.2.1 Critérios de pontuação

O instrumento possui um conjunto de pontos que são possíveis de serem atingidos (pontos possíveis) e, na avaliação, deve ser medida a quantidade de pontos que a instituição consegue obter à medida que atende às conformidades (pontos obtidos), considerando-se, portanto, o percentual de adequação. Na inexistência de algum dos serviço de diagnóstico, de unidade de assistência ou especialidade médica na estrutura da instituição hospitalar, utilizou-se a opção “não se aplica”, de forma a não influenciar na pontuação final da instituição.

Para uma compreensão mais clara desse quesito, exemplificando, no processo de pontuação da dimensão Eficiência de assistência, no domínio Administração, o avaliador possui duas opções de respostas (sim/não), devendo marcar sim quando possui o serviço ou especialidade médica na instituição ou não quando não possui, podendo pontuar em cada questão 0 ou 2 pontos, conforme quadro a seguir.

Quadro 1 – Recorte do instrumento sobre a dimensão Eficiência da assistência, no domínio Administração. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Dimensão: Eficiência da assistência			
Domínio: Administração			
Questão: A instituição possui alvará da vigilância sanitária válido para exercer as atividades nas seguintes unidades assistenciais:	Resposta	Pontos obtidos	Pontos possíveis
Pronto Atendimento/Emergência	Sim	02	02
Ambulatório	Sim	02	02
UTI adulto	Não	0	02

Ainda nesta dimensão, no domínio Assistência, foram avaliadas questões referentes a indicadores de qualidade assistencial. Como opções de respostas, o avaliador possui: atende plenamente, atende parcialmente ou não atende, podendo pontuar 2, 1 ou 0, respectivamente.

A dimensão Infraestrutura disponível avaliou os quatro domínios: administração, assistência, apoio e SADT, com critérios que se referem à disponibilidade e às condições das áreas físicas, de acordo com as três opções de respostas. Assim, a aplicação da pontuação se deu da seguinte forma: atende plenamente, 02 pontos (para os itens existentes no hospital que atendam integralmente os requisitos exigidos); atende parcialmente, 01 ponto (para os itens existentes no hospital que atendam à necessidade da área física sem cumprir integralmente os requisitos exigidos, como, por exemplo, metragens de salas), e não atende, não pontua (para os itens que a instituição não possui).

O instrumento possui itens nesta dimensão com duas opções de resposta (sim/não), devendo marcar **sim** quando possui o material/equipamento na instituição e **não** quando não o possui, podendo pontuar em cada item 0 ou 2 pontos, respectivamente, conforme quadro a seguir.

Quadro 2 – Recorte do instrumento sobre a dimensão Infraestrutura disponível, no domínio Assistência. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Dimensão: Infraestrutura disponível Domínio: Assistência			
Questão: A Instituição dispõe <i>in loco</i> , na UTI, dos seguintes materiais e equipamentos (referência: Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária):	Resposta	Pontos obtidos	Pontos possíveis
Oftalmoscópio	Sim	02	02
Otoscópio	Sim	02	02
Negatoscópio	Sim	02	02

A pontuação referente aos critérios da dimensão Práticas de gestão foi realizada de duas formas: na avaliação dos resultados relativos à gestão de indicadores, o avaliador possui dois valores de referência como opção de resposta. Se a resposta for um valor dentro dos limites considerados adequados, a instituição recebe dois pontos; se a resposta apresentar referência acima ou abaixo do preconizado, não recebe nenhum ponto.

Nos casos em que a instituição hospitalar não mensura o indicador de resultados solicitado no instrumento, também não recebe nenhum ponto. A outra forma de avaliação e pontuação nesta dimensão se compõe de três opções de respostas: “atende plenamente”, condição em que a instituição atende a todas as exigências do item e recebe dois pontos; “atendente parcialmente”, condição em que a instituição atende parcialmente às exigências do item, recebendo um ponto, ou “não atende”, quando a instituição não cumpre nenhuma exigência do item.

Quadro 3 – Recorte do instrumento sobre a dimensão Práticas de gestão, no domínio SADT. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Dimensão: Práticas de gestão Domínio: SADT			
Questão: A Instituição possui mecanismos de validação dos procedimentos de rastreabilidade da informação nas unidades de diagnóstico e terapia: (referência: resolução – RDC – nº 93, de maio de 2007)	Resposta	Pontos obtidos	Pontos possíveis
Endoscopia/Colonoscopia	Sim	02	02
Hemodinâmica	Não	00	02
Radiologia clínica	Sim	02	02

Após realizada a pesquisa em todas as instituições, às respostas foi atribuída uma pontuação, estabelecendo o total possível em cada dimensão e domínio, conforme está exposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição da pontuação máxima possível pela instituição avaliada, em relação aos critérios de Eficiência da assistência, Infraestrutura disponível e Práticas de gestão. Minas Gerais, Brasil, 2017.

	Eficiência da assistência	Infraestrutura disponível	Práticas de gestão	Total geral
Administração				
Pontuação	320	16	224	560
Assistência				
Pontuação	100	200	308	608
Apoio				
Pontuação	0	44	168	212
SADT				
Pontuação	0	80	338	418
Total de pontos	420	340	1.038	1.798

Para se obter a pontuação geral, soma-se o total de cada domínio e, posteriormente, a soma das dimensões. O total da pontuação de todas as dimensões define a pontuação obtida por cada instituição avaliada.

3.5 Análises dos dados

Os dados da coleta foram inseridos em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel 2013; sequencialmente, um colaborador realizou a mesma atividade de forma independente e seguindo os mesmos critérios para aplicar a pontuação item a item de cada instituição, de forma a garantir a veracidade dos dados. Após a averiguação de erros e inconsistências, os dados foram analisados utilizando-se a estatística descritiva, usando-se ferramentas do mesmo programa, como filtros e tabelas dinâmicas.

3.6 Aspectos éticos

Inicialmente, realizou-se o contato formal da pesquisadora com as instituições hospitalares convidadas a participar, para apresentação do estudo e solicitação de autorização para seu desenvolvimento, ocasião em que assinaram o Termo de Autorização para Participação na Pesquisa (Apêndice B). Após aquiescência destas, que possibilitaram a viabilidade da pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para apreciação e análise. Este estudo foi realizado de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e aprovado (CAAE 68143017.9.0000.5393) (Anexo B).

As informações coletadas foram armazenadas e mantidas sob sigilo, resguardando o anonimato e o compromisso dos pesquisadores quanto à sua confidencialidade. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

4 Resultados

4 RESULTADOS

Do total de seis instituições pesquisadas, em duas os responsáveis pelo preenchimento do instrumento foram os diretores administrativos; em três instituições, os enfermeiros e o coordenador de enfermagem, responsável técnico pela equipe, acompanhados de enfermeiros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, e, na última, o diretor administrativo e o enfermeiro coordenador de enfermagem, responsável técnico pela equipe.

4.1 Caracterização das instituições hospitalares

Em relação ao nível de atenção, três hospitais realizam atendimento de alta complexidade hospitalar, cuja assistência na prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e utilização de alta tecnologia para apoio diagnóstico e tratamento de alto custo. Um deles ainda possui serviço de atendimento de hemodiálise. Os demais realizam atendimento de média complexidade.

A maioria das instituições são privadas /filantrópicas, de pequeno porte e abrangência regional. Os dados estão demonstrados na tabela a seguir.

Tabela 3 – Caracterização das instituições segundo porte, natureza e área de abrangência. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Nº	%
Porte hospitalar por nº de leitos		
Pequeno (até 50)	04	66.6%
Médio (de 51 a 100)	01	16.7 %
Grande (de 100 a 500)	01	16.7%
Natureza jurídica		
Privado	01	16.6%
Privado/Filantrópico	05	83.4%
Área de abrangência/atuação		
Estadual	01	16.7%
Regional	04	66.6%
Local	01	16.7%

4.2 Avaliação das instituições por dimensões e domínios

A avaliação individual das instituições pesquisadas segundo as dimensões e os domínios avaliados está apresentada nos gráficos de 1 a 6.

Gráfico 1 – Avaliação das dimensões eficiência da assistência, infraestrutura e práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 01. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A instituição 1, representada no gráfico acima, obteve um total de 1.416 pontos, sendo que sua pontuação máxima possível era de 1.592, o que levou a uma adesão global média de 89%. Na dimensão Eficiência da assistência, a instituição 1 apresentou 354 pontos, do total de 390, o que corresponde à adequação global média de 90.8% nos domínios Administração e Eficiência. Em relação à Infraestrutura disponível, a instituição obteve 239 pontos, do total de 288, apresentando 83% de adequação. Esta dimensão apresentou o menor nível de conformidade no domínio Apoio, sendo de 61.3%. Os itens avaliados na dimensão Práticas de gestão totalizaram 914 pontos. Esta instituição atingiu 823 pontos, o que representa 90% de adequação.

Gráfico 2 – Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 02. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A instituição a que se refere o gráfico 2 apresentou um total de 1.593 pontos, diante de 1.762 pontos possíveis, o que corresponde a uma adesão global média de 90.4%. A dimensão Eficiência da assistência apresentou 357 pontos de um total de 390 pontos, correspondendo a 91.5% adequação nos domínios Administração e Eficiência. Na dimensão Infraestrutura disponível, o número de pontos possíveis foi 340 e esta instituição obteve 307 pontos, o que representa 90.3% de adequação média entre todos os domínios avaliados. Esta dimensão, porém, apresentou a menor adequação (81.2%) no domínio Administração. A dimensão Práticas de gestão possui a maior representatividade em número de pontos – 1.032 –, e a instituição obteve 929 pontos, com adequação global média de 90%. Destaca-se que a maior porcentagem de adequação (98.8%) foi nesta dimensão, referente ao domínio Apoio.

Gráfico 3 – Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 03. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A instituição 3, conforme gráfico acima, obteve um total de 796 pontos, diante do total de 1.236 pontos possíveis, o que lhe permitiu alcançar uma adesão global média de 64.4%. A dimensão Eficiência de assistência foi representada com o total de 220 pontos, e a instituição atingiu 190 pontos, correspondendo a 86.4% de adequações que se referem ao domínio Administração. Ressalta-se que os outros domínios não foram avaliados, pois a instituição não possuía todas as unidades de assistência que também estavam contempladas nesta dimensão. Na dimensão Infraestrutura, a instituição 3 apresentou 88 pontos de 198 pontos possíveis, o que representa 44.4% de adequação global média nos domínios avaliados. Os menores índices foram nos domínios SADT (28.6%) e Apoio (29.5%). Na dimensão Práticas de gestão, a instituição atingiu 518 pontos, o que representa 63.9% de adequação global média entre os domínios, de um total de 818 pontos possíveis.

Gráfico 4 – Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 04. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Esta instituição contabilizou 1.219 pontos e sua pontuação máxima possível era de 1.512, o que levou a uma adequação global média de 80.6%. A dimensão Eficiência da assistência apresentou 246 pontos de um total de 316, o que corresponde a 7.8% de adequação global média nos domínios administração e eficiência, sendo que, no domínio eficiência, a instituição obteve o menor percentual de adequação, de 62%. Na dimensão infraestrutura a instituição 4 apresentou 248 pontos de um total de 288 pontos possíveis, o que corresponde a 86.1% de adequação. Na dimensão Práticas de gestão, a instituição obteve 725 pontos, diante dos 908 possíveis, o que representa 79.8% de adequação global média entre os domínios avaliados.

Gráfico 5 – Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 05. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A instituição 5, representada no gráfico acima, obteve um total de 1.091 pontos, sendo que sua pontuação máxima possível era de 1.240, o que levou a uma adesão global média de 88%. A dimensão Eficiência da assistência apresentou 198 pontos, do total de 224, o que representa 88,4% de adequações referentes à avaliação do domínio Administração, uma vez que os outros domínios não foram avaliados, pois a instituição não possuía todas as unidades de assistência que também estavam contempladas nesta dimensão. Em relação à Infraestrutura disponível, a instituição obteve 160 pontos, do total de 198, apresentando 80,8% de adequação global média. Esta dimensão apresentou o menor nível de conformidade, sendo de 67,8% no domínio SADT. Os itens avaliados na dimensão Práticas de gestão totalizaram 818 pontos e esta instituição atingiu 733 pontos, o que representa 89,6% de adequação global média. Destaca-se, no domínio Apoio, um percentual de 98,8% de adequação.

Gráfico 6 – Avaliação das dimensões Eficiência da assistência, Infraestrutura e Práticas de gestão nos domínios administração, apoio, eficiência e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) por pontos obtidos pela instituição 06. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A instituição 6, representada no gráfico acima, obteve um total de 1.075 pontos, diante do total de 1.254 pontos possíveis, o que lhe permitiu alcançar uma adesão global média de 85.7%. A dimensão Eficiência de assistência apresentou 215 pontos, do total de 238, o que corresponde a 90.4% de adequação, referente ao domínio Administração, o único avaliado nesta dimensão. Na dimensão Infraestrutura disponível, a instituição apresentou 142 pontos de 198 pontos possíveis, o que representa 71.7% de adequação global média nos domínios avaliados. O menor índice foi no domínio Apoio (68.1%). Na dimensão Práticas de gestão, a instituição alcançou 172 pontos e sua pontuação máxima poderia ser de 214 pontos, o que representa 80.4% de adequação global média.

Para efeito de melhor visualização, optou-se por calcular os percentuais de conformidade global obtidos por dimensões de cada instituição. Os resultados encontram-se na tabela a seguir.

Tabela 4 – Descrição dos percentuais de conformidade global das instituições por dimensões. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Instituições	Dimensões		
	Eficiência da assistência	Práticas de gestão	Infraestrutura disponível
Instituição 01	90,8%	90%	83%
Instituição 02	91.5%	90%	90.3%
Instituição 03	83.4%	63.9%	44.4%
Instituição 04	77.8%	79.8%	86.1%
Instituição 05	88.4%	80.8%	89.6%
Instituição 06	90.4%	87.8%	71.7%
Média Global de todas as instituições	87%	82%	77.5%

4.3 Avaliação das instituições por critérios de adequações

Realizou-se a classificação das instituições segundo critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão, que estão apresentados nos gráficos de 7 a 12. Salienta-se que, nos critérios avaliados, estão contemplados os critérios com inadequações; sendo assim, o número de critérios avaliados, somado aos itens não aplicáveis, constitui o valor total de itens de cada dimensão.

Gráfico 7 – Classificação da instituição 01 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A instituição 01 foi avaliada em 796 critérios, apresentando 126 inadequações, com maior percentual na dimensão Infraestrutura, com 34 itens (23,6%). É possível observar que esta instituição foi mais bem avaliada nos critérios relacionados à Eficiência da assistência, nos quais apresentou menor percentual de inadequações (11,3%). A dimensão Práticas de gestão obteve um percentual de 15,3% de itens que necessitam de adequações. Comparando estes dados com o gráfico 1, que apresenta a pontuação obtida, verifica-se um bom desempenho na avaliação, uma vez que a instituição obteve 1.416 pontos, de um total de 1.592 pontos possíveis. E, em relação a itens não aplicáveis, esta instituição não respondeu a 103 itens.

Gráfico 8 – Classificação da instituição 02 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Foram avaliados 880 critérios na instituição 02, que apresentou inadequações em 133 itens (15.1%), estando o maior índice na dimensão Infraestrutura, com 29 itens (17%). No entanto, este valor está próximo ao índice de inadequações da dimensão Práticas de gestão, que atingiu 16.2%. É possível observar que esta instituição foi mais bem avaliada nos critérios que se referem à Eficiência da assistência, na qual obteve somente 10.5% de inadequação. Comparando estes dados com o gráfico 2, que se refere à pontuação obtida, esta instituição apresentou 1.583 pontos, diante de 1.762 pontos possíveis. Nesta instituição, pode-se identificar a existência de itens não aplicáveis, porém com baixo índice, referente a apenas 19 itens.

Gráfico 9 – Classificação da instituição 03 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A instituição 03 foi avaliada em 618 critérios, possuindo 316 itens com inadequações (51.1%), estando o maior percentual de inadequações na dimensão Infraestrutura disponível, com 70 itens (70,7%), seguida da dimensão Práticas de gestão, com (56.2%) de itens inadequados. O melhor desempenho ocorreu na dimensão Eficiência da assistência, que teve o menor número de critérios inadequados (14.5%), porém foi a dimensão que apresentou maior percentual de itens não aplicáveis (47%).

Comparando estes dados com o gráfico 3, de pontuação obtida, verifica-se que esta instituição obteve 796 pontos, de um total de 1.236 pontos possíveis. E, em relação a itens não aplicáveis, não respondeu a 281 itens.

Gráfico 10 – Classificação da instituição 04 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A instituição 04 foi avaliada em 756 critérios, possuindo 211 itens com inadequações, o que equivale a um percentual de 27.9%, estando o maior índice de inadequações na dimensão Práticas de gestão, com 137 itens (30.2%). Verifica-se que este valor está próximo ao índice de inadequações da Eficiência de assistência, que foi de 28.5%. É possível observar que esta instituição foi mais bem avaliada nos critérios que se referem à Infraestrutura disponível, pois teve um número menor de critérios inadequados (20.1%).

Comparando estes dados com o gráfico 4, a instituição obteve 1.219 pontos, de um total de 1.512 pontos possíveis. O número total de critérios não aplicáveis foi de 143.

Gráfico 11 – Classificação da instituição 05 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Dos 619 critérios avaliados, a instituição 05 apresentou 95 itens com inadequações (15.3%), com maior percentual de inadequações na dimensão Infraestrutura disponível, com 24 (24.2%). As dimensões Eficiência da assistência e Práticas de gestão obtiveram percentuais de inadequações muito próximos, sendo 13.5 e 13.7%, equivalentes a 15 e 56, respectivamente.

Comparando estes dados com o gráfico 5, verifica-se que esta instituição obteve 1.901 pontos, de um total de 1.240 pontos possíveis. Em relação a itens não aplicáveis, esta instituição não respondeu a 280, por não possuir o serviço ou especialidade médica.

Gráfico 12 – Classificação da instituição 06 por número de critérios avaliados, critérios que necessitam de adequações e número de itens não aplicáveis por dimensão. Minas Gerais, Brasil, 2017.

A avaliação da instituição 06 evidenciou que, de 627 itens avaliados, 118 apresentaram inadequações (18,8%), estando o maior percentual na dimensão Infraestrutura, com 40 itens (40,4%). As dimensões Eficiência da assistência e Práticas de gestão apresentaram um percentual baixo de itens que necessitam de adequações, 11,8% e 15,6%, respectivamente.

Comparando estes dados com o gráfico 06, verifica-se que esta instituição obteve 1.075 pontos, de um total de 1.254 pontos possíveis. Em relação a itens não aplicáveis, esta instituição não respondeu a 272 itens.

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Ao iniciar essa etapa do trabalho, julga-se relevante esclarecer que foi necessário realizar uma discussão mais ampla do contexto e dos elementos utilizados nessa investigação, pois o impeditivo de publicitar os vários elementos presentes no instrumento utilizado, por questões de confidencialidade e direitos autorais, e que compuseram o processo de avaliação, dificultaram explicitar e comparar os achados com outras pesquisas disponíveis na literatura.

Considerando-se o cenário de realização dessa investigação, muito tem-se descrito sobre a relevância da saúde suplementar, que ultrapassa o seu já insubstituível papel na oferta de serviço tão essencial à população, tratando-se de um setor de importância econômica indiscutível e crescente, absorvendo cada vez mais uma parcela substancial de beneficiários e de prestadores de serviço. Entretanto, a elevação dos custos tem pressionado as condições de financiamento do sistema impondo uma necessidade de medidas para aumento da eficiência da cadeia produtiva. (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Oliveira e Kornis (2017), ao realizarem uma revisão crítica sobre a política de qualificação da saúde suplementar no Brasil, discutem que o crescimento do setor privado impôs a necessidade de introdução de mecanismos regulatórios, que modificaram significativamente o cenário do setor, com uma regulação com foco na qualidade e no empoderamento do usuário/beneficiário/consumidor, tornando-se uma política de qualificação.

A razão de ser da saúde suplementar, no Brasil, é o cidadão (beneficiário) que, embora tenha acesso ao sistema público e possa usá-lo livremente, decide desembolsar um fluxo monetário contínuo para ter acesso aos serviços privados de saúde. Ao revelar esta demanda por pagamento de serviços privados de saúde, o beneficiário inicia a criação de uma longa cadeia de atividades para seu atendimento, composta por diversos agentes, que exigem, muitas vezes, complexos arranjos organizacionais (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Embora a assistência à saúde no país tenha apresentado um crescimento com a criação do SUS, a demanda cada vez mais crescente, aliada a uma má gestão pública, faz com que o setor privado alcance uma grande parcela das procuras pelos tratamentos de saúde.

No cenário da saúde, é indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos. Entretanto, não há como negar a existência de grandes dificuldades na sua gestão, seja pelos

seus aspectos organizacionais, pela crônica insuficiência de recursos para custeio de ações, pela alocação irregular e escassa em investimentos e resolutividades dos serviços prestados.

Portela e colaboradores (2010) apontam que a saúde suplementar interage com um conjunto numericamente importante de hospitais privados, que, simultaneamente, prestam serviços às operadoras de planos de saúde e ao Sistema Único de Saúde. Afirmam que o conhecimento incipiente sobre a estrutura e a qualidade assistencial, bem como sobre os mecanismos e as práticas relativos à qualificação da gestão dos prestadores de serviços assistenciais, motivou a realização de um estudo nacional que objetivou caracterizar tais prestadores da saúde suplementar. Os resultados revelaram que os hospitais apresentaram baixa presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão e de monitoramento da qualidade assistencial, indicando o desafio de se ter maior transparência em relação ao desempenho institucional.

Evidencia-se a complexidade do gerenciamento de hospitais, independentemente do tipo de gestão, pública ou privada, ou da região geográfica em que estão situados, ainda que certos aspectos possam ser mais desafiadores, como regulação, financiamento e tecnologias à disposição. À extensa relação de demandas gerenciais deve-se acrescentar a exigência por conhecimentos específicos na gestão dos recursos humanos e físicos. Outros fatores têm sido apontados pela literatura como sendo capazes de acentuar o desafio da gestão hospitalar, como a ausência ou a ineficiência de mecanismos de avaliação do desempenho da gestão das organizações de saúde. Sua adoção e realização tem o potencial de tornar mais eficientes os processos de prestação de serviços, colaborando na economia de recursos, já escassos (FARIAS e ARAÚJO, 2017).

Diante desse cenário, justifica-se a realização de estudos que tenham o objetivo de contribuir para a qualificação da atenção ofertada pelos prestadores de serviços assistenciais, uma vez que dados relativos ao setor de saúde suplementar ainda são escassos, centrando-se majoritariamente nas queixas dos beneficiários.

Esclarecendo o escopo dessa investigação, julga-se importante esclarecer que utilizou-se a definição de Silva e Rodrigues (2015), que consideram a prestação de serviços privada à saúde (sejam clínicas, ambulatorios, hospitais, laboratórios, dentre outros), reconhecida nacionalmente, como saúde suplementar, ou assistência suplementar à saúde.

Entretanto, deve-se considerar que a atuação da rede de assistência suplementar depende do atendimento às operadoras, seus beneficiários e as agências reguladoras, uma gama de “clientes” com múltiplas demandas, gerando desafios que precisam ser superados frequentemente.

Silva e Rodrigues (2015) apontam que existe uma tensão nessa relação e enfatizam que, enquanto:

“as operadoras objetivam reduzir custos e atrair clientes, os beneficiários buscam cuidados integrais, mas enfrentam restrições ao acesso. A agência reguladora incentiva a aproximação entre o setor suplementar e as diretrizes públicas de saúde, contudo os meios utilizados têm potencial reduzido de transformação (p.193)”.

Nessa direção é que o presente estudo foi idealizado, objetivando avaliar os serviços hospitalares credenciados ao Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), segundo critérios de eficiência da assistência, infraestrutura e práticas de gestão.

Em 2011, o IPSEMG iniciou o planejamento estratégico, que teve como premissas a sustentabilidade, transparência, qualidade e gestão participativa. Para tanto, foi realizado um diagnóstico e mapeamento do trabalho com a finalidade de identificar as fragilidades e as oportunidades que pudessem ter os resultados potencializados.

As intervenções implementadas no modelo de financiamento, a partir de 2012, possibilitaram o aumento da receita do IPSEMG. O redesenho de processos de trabalho e a inserção de ferramentas tecnológicas, destacando-se a implantação do faturamento eletrônico e a ampliação da regulação e auditoria das contas da saúde, possibilitaram maior efetividade e uso racional dos recursos disponíveis. A autossuficiência financeira desejada foi alcançada com a reestruturação da gestão de contrato assistencial, com contribuição na forma de coparticipação, iniciada em janeiro de 2014, que contribuiu como elemento fundamental para a sustentabilidade da Instituição (IPSEMG, 2014).

A rede de prestadores de serviços de saúde é um dos componentes mais importantes para o beneficiário da Assistência à Saúde. Devido à sua relevância, o processo de planejamento, contratação, monitoramento e revisão foi cuidadosamente desenhado e constantemente monitorado ao longo dos últimos anos. Abaixo estão as principais fases desse processo, que se inicia com a definição dos locais e os tipos de prestadores a serem credenciados, por meio de parâmetros bem definidos, passa pela formalização do contrato de credenciamento, considerando-se o orçamento disponível e a necessidade, e termina na gestão do contrato, com acompanhamento constante da sua execução para redefinição de estratégias, quando necessário (IPSEMG, 2014).

A rede assistencial é constantemente analisada e revisada, com o objetivo de identificar a necessidade de contratação, ampliação ou remanejamento de serviços de saúde,

em consonância com o número de beneficiários de cada região, a distância geográfica, o fluxo migratório dos beneficiários, a capacidade instalada e as informações e reclamações oriundas dos canais de comunicação do IPSEMG.

Os credenciamentos destas instituições são realizados pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, sendo ofertados serviços de saúde que abrangem desde tratamento odontológico, consultas, exames até cirurgias e internações (IPSEMG, 2017).

Os critérios de contratação da rede hospitalar credenciada ao Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais são definidos de acordo com os editais, os quais se preocupam em delimitar o máximo possível dos padrões de atendimento.

De acordo com a Resolução Normativa RN nº 124/2006 da ANS (2006), é obrigatório formalizar, em contratos escritos entre operadoras e prestadores de serviços, as obrigações e responsabilidades entre essas empresas. Em caso de inexistência de contratos, poderão ser aplicadas penalidades previstas e reguladas pela ANS. Neste contexto, é importante salientar que nem todos os casos de credenciamento exigem a idealização de editais em sua contratação, podendo ser, então, por conveniência regional, de abrangência da rede e de especialidades oferecidas. No entanto, o pacto contratual entre as partes deve ser sempre obedecido e regulamentado, de forma a oferecer os parâmetros legais dos limites e as obrigações do credenciamento.

Essa pesquisa avaliou seis instituições hospitalares credenciadas ao IPSEMG, caracterizadas como sendo quatro hospitais de até 50 leitos, um que dispunha entre 51 e 100 leitos e um com capacidade superior, entre 101 e 500 leitos.

La Forgia e Couttolone (2009), ao discutirem o setor hospitalar brasileiro, informam que estas instituições são responsáveis por 20 milhões de internações por ano, apresentando taxas semelhantes a padrões internacionais de 165 internações em países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE). Os hospitais públicos respondem por menos da metade das internações (43%).

Em relação ao tamanho dos hospitais, esses autores afirmam que a maioria é pequena, sendo que mais de 60% têm menos de 50 leitos. Os hospitais municipais são os menores, com tamanho médio de 36 leitos, seguidos pelos lucrativos, com 53 leitos. Os maiores, em média, são os hospitais federais (118 leitos), seguidos pelos estaduais e filantrópicos.

O setor privado congrega 65% dos hospitais e cerca de 70% dos leitos, sendo o principal prestador de serviços hospitalares no Brasil. A maioria dos hospitais públicos pertence e é operado pelos municípios, sendo o governo federal responsável por 147

hospitais, quase todos grandes instituições de ensino. Desde os anos 1970, o número total de hospitais aumentou 40%, mas o grosso desse crescimento ficou concentrado no setor público (LA FORGIA e COUTTOLONE, 2009).

Ramos *et al.* (2015) também descrevem que a maioria dos hospitais brasileiros é reconhecida pelo seu pequeno porte e capilaridade para o interior do país. Estes hospitais, ainda que estratégicos para descentralização e regionalização, têm se mostrado pouco eficientes. Por conta disso, recentemente, hospitais de pequeno porte estão vivendo um momento de redefinição de atribuições, sendo importante o incentivo à racionalização da rede hospitalar mediante critérios bem definidos para consolidação, conversão e fechamento de estabelecimentos que operem abaixo da capacidade adequada.

Publicação elaborada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2004 já indicara que o país possuía uma rede hospitalar heterogênea, principalmente quanto à localização, característica da oferta de serviços e forma de organização e gestão, com preponderância de hospitais com até 50 leitos, que representavam 64% do total de estabelecimentos com internação. O documento apontou ainda que a distribuição regional dos hospitais apresentava tendência de acompanhamento do desenvolvimento econômico de cada região, identificando que 46% dos estabelecimentos estavam na região Sudeste e Sul, que concentravam 57% da população brasileira.

Chama a atenção que o diagnóstico feito à ocasião aponta para as questões de existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial, longe de atender às exigências para uma atenção hospitalar resolutiva, adequada e otimizada. Apresentava ainda uma preocupação pela carência de dados quanto à qualidade dos serviços ofertados, evidenciada pela adoção de indicadores hospitalares, com iniciativas de *benchmarking* praticamente restritas ao segmento privado e filantrópico, enfatizando a necessidade de implantação de uma cultura de monitoração e avaliação permanente.

Donabedian (1980) recomendou que as áreas que merecem exame de quem analisa e gerencia uma instituição de saúde devem ser a estrutura, o processo e os resultados. Há de se considerar, nesse esquema, que a estrutura e os processos sofrem influência do meio ambiente e todos os fatores juntos é que irão influenciar diretamente os resultados obtidos pelas instituições, razão pela qual há a necessidade, dentro do processo avaliativo, de se considerar a totalidade das áreas de atividades.

Assim como nos demais setores da sociedade, o processo de controle e avaliação é um processo complexo e tem sido realizado, em sua grande maioria, pelos processos de auditorias, entendidos como uma avaliação sistemática e formal de uma atividade realizada

por alguém não envolvido diretamente na sua execução, para determinar se essa atividade está sendo levada a efeito, de acordo com seus objetivos. É uma atividade específica do sistema de controle e avaliação que requer observações comprovadas de atos e fatos, análise de relatórios e registros de procedimentos, quer individuais, quer coletivos. Nela são verificados os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros, sempre com o cerne a qualidade da assistência prestada ao paciente (SILVA; CASA, 2006; PREGER *et al.*, 2008).

Tal panorama mostra a consonância com a proposta da pesquisa ora realizada, evidenciando sua pertinência e importância no contexto de saúde do país e, mais particularmente, no segmento da saúde suplementar.

Desde 2006, a ANS instituiu o PQSS como parte integrante da política de qualificação da saúde suplementar, o que pode ser apontado como um grande passo.

Nessa direção, Schiesari (2014) analisou a adoção de modelos de avaliação externa de serviços de saúde no Brasil, particularmente a acreditação hospitalar, chamando a atenção para a pertinência do uso como instrumento de gestão. Entretanto, ressalta que a intenção inicial influencia o modo de aplicação e, conseqüentemente, os resultados, que podem se mostrar muito variáveis. Embora se reconheça a importância da qualidade dos serviços de saúde, torna-se fundamental progredir dentro da busca por melhoria contínua da assistência, com risco de se permanecer apenas no propósito, sem implementação efetiva de mudanças nos padrões pretendidos.

O cenário nacional é singular e exige uma análise criteriosa sobre a realidade das instituições. E, de fato, há heterogeneidade regional do atendimento de saúde. Assim, entender as especificidades regionais possibilita chegar a um diagnóstico mais preciso do aparato de assistência à saúde disponível.

Considerando esses aspectos, julgou-se necessário avaliar o instrumento escolhido para utilização nessa pesquisa, intitulado Instrumento de Avaliação de Prestadores de Serviços Hospitalares, desenvolvido por Cavalcanti em 2010, e proceder a um ajustamento na sua estrutura, de modo que pudesse proporcionar maior precisão ao processo de avaliação a ser realizado nas instituições da região de saúde selecionada para investigação, considerando sua estrutura e serviços disponíveis. Conforme citado anteriormente, o instrumento foi planejado com critérios de avaliação organizados conforme especificam as leis, portarias, resoluções e normativas disponíveis na legislação brasileira de saúde e aplicáveis a todas as instituições prestadoras de assistência à saúde.

O instrumento ajustado constou de 899 itens de avaliação, divididos da seguinte forma: 210 itens para avaliação da dimensão Eficiência assistencial, com seus domínios

Administração (160 itens) e Assistência (50 itens); 170 itens para a dimensão Infraestrutura disponível, composta pelos domínios Administração (8 itens), Assistência (100 itens), Apoio (22 itens) e SADT (40 itens), e dimensão Práticas de gestão, com os domínios Administração (112 itens), Assistência (154 itens), Apoio (84 itens) e SADT (169 itens).

Pode-se observar uma variabilidade no número de critérios avaliados em cada instituição, pois levou-se em consideração a existência de itens não aplicáveis. Assim, a instituição 01 foi avaliada conforme 796 critérios; a instituição 02, 880 critérios; a instituição 03, 618 critérios; a instituição 04, 756 critérios; a instituição 05, 619 critérios, e a instituição 06, 698 critérios.

Não foi propósito da pesquisa realizar um estudo comparativo entre as seis instituições hospitalares selecionadas, mas identificar, em cada uma delas, quais aspectos avaliados seriam destacados como passíveis de adequações e melhorias, com base nos critérios utilizados na avaliação. Os resultados, então, possibilitam uma reflexão bastante intensa quanto aos percentuais obtidos em cada uma das dimensões, em cada uma das instituições, possibilitando ao gestor e ao conjunto de profissionais atuantes na organização identificar os diferentes itens que não atenderam aos requisitos exigidos nessa avaliação e avaliar a pertinência e viabilidade de implementação de ajustes.

O que se tem verificado hoje, no Brasil, é uma divulgação positiva das ideias contidas nos modelos de avaliação na saúde, com a sensação de que as boas ideias e práticas se instalaram no meio, promovendo um claro avanço no cenário. Elementos como maior segurança da assistência ao usuário e da atividade profissional, a padronização de técnicas, respaldo na cientificidade do cuidado e melhorias nas condições de trabalho parecem convergir para um atendimento de excelência para o usuário, aparentemente se configurando como um cenário positivo. Entretanto, a realidade não tem sido tão simples, segundo alguns estudos sobre as implicações desse processo no cotidiano dos profissionais, que tem evidenciado que as exigências impostas desencadeiam estresse e sobrecarga. Dentre os principais aspectos dificultadores desse processo avaliativo, encontra-se a falta de manutenção do sistema de qualidade ao longo dos anos e o pouco envolvimento de alguns profissionais de saúde no processo. É impossível conquistar melhorias sem o aumento da responsabilidade (MANZO, BRITO e CORREA, 2012; MARINS e ZOTES, 2013).

Tradicionalmente, convive-se na área com profissionais de diferentes graus de autonomia quanto à realização do trabalho e há necessidade de se considerar a interface entre múltiplas atividades, o que resulta numa interdependência, exigindo-se uma nova cultura e clima organizacional. Convive-se com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade

do setor e torna-se um desafio para a saúde suplementar incorporar em seu processo assistencial um atendimento que contemple uma prática mais participativa, integrada e com monitoramento contínuo dos resultados obtidos.

Para alcançar uma discussão consistente acerca das dimensões investigadas na presente pesquisa, realizou-se uma busca cuidadosa em base de dados nacionais que pudessem subsidiar uma análise dos achados. Porém, poucos foram os estudos empíricos localizados, sendo que aqueles relativos à eficiência hospitalar, em sua maioria, concentraram-se em índices de produtividade, como taxas de produção por leito ou por funcionários. Já nesse estudo, procurou-se aumentar o alcance de eficiência, correlacionando mais variáveis, procurando desdobrar os fatores que englobariam seus diferentes aspectos, conforme propõe o modelo desenvolvido (mas não passível de divulgação) de Cavalcante (2010).

Em se tratando da dimensão Eficiência, nesse estudo foram consideradas as questões relacionadas às especialidades médicas, unidades de atendimento e aos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia disponíveis na instituição, além de questões abordando documentações sobre registro dos profissionais nos órgãos de classe e indicadores de qualidade assistencial.

Sestelo, Souza e Bahia (2013) e Malta *et al.* (2104) concordam que um dos maiores desafios para a eficiência da saúde suplementar são os sistemas normativos burocráticos, que devem alinhar os padrões de administração da instituição.

La Forgia e Couttolenc (2009), ao realizarem uma revisão sobre metodologias de mensuração da qualidade, efetividade e eficiência em hospitais brasileiros, encontraram nove estudos que utilizaram métodos de análises estatísticas para tal estimativa e indicaram que, na maioria das instituições hospitalares do país, a produção fica abaixo do seu potencial; entretanto, elas operam com excesso de pessoal.

Marinho (2001) e Pereira e Husse (2011), ao investigarem aspectos da eficiência de hospitais, concluíram que tal fator esteve associado ao tempo médio de internação. Um outro estudo de Marinho e Façanha (2001) identificou que entidades com menos de 200 leitos tinham uma pontuação média de eficiência maior do que instituições com 200 leitos ou mais.

La Forgia e Couttolenc (2009), ao analisarem a qualidade dos hospitais brasileiros, identificaram problemas nos principais componentes estruturais, como infraestrutura, equipamentos, materiais e recursos humanos, e incluíram também questões regulatórias relacionadas a formação, licenciamento e qualificação dos profissionais.

Nos últimos anos da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), cuja meta era avaliar hospitais de

acordo com um conjunto de padrões estruturais preparado pelo MS para estruturas físicas, equipamentos e recursos humanos. Tal programa teve novo lançamento em 2005, agora denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), e coletou naquele ano dados relativos a 6 mil unidades ambulatoriais e hospitalares financiadas pelo SUS. Os resultados apontaram que apenas 39% das unidades avaliadas foram consideradas superiores ou boas; mais de um terço não cumpriam a regulamentação, sendo consideradas, então, abaixo do padrão mínimo aceitável. O instrumento utilizado estava baseado em regulamentos, resoluções, diretrizes, leis e normas brasileiras (La Forgia e Couttolenc, 2009).

Identifica-se, portanto, uma avaliação realizada com base em elementos semelhantes àqueles que nortearam a realização do presente estudo, o que referenda a importância de uma análise de eficácia e eficiência das instituições de saúde baseada em exigências regulatórias.

Nessa direção, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em 2002, realizou um levantamento em hospitais, unidades de emergência e maternidades do estado, com o propósito de medir a qualidade estrutural, referente ao estado das edificações e infraestrutura, utilizando um instrumento de verificação de acordo com padrões estaduais e nacionais para licenciamento dos estabelecimentos. Em mais de metade dos hospitais, a área física foi considerada abaixo do padrão mínimo aceitável. Os hospitais públicos tiveram pontuação acima dos privados e os hospitais filantrópicos receberam avaliação especialmente baixa (somente 30% atendiam aos quesitos). Não conformidades em relação a laboratórios, unidades radiológicas, banco de sangue, equipamentos mínimos para funcionamento de salas cirúrgicas, unidades de terapia intensiva sem equipamentos adequados, entre outras, foram detectadas (Forgia e Couttolenc, 2009).

Mcguire e Serra (2005) e Ferreira (2017), entretanto, apontam que é possível identificar várias ações dos hospitais da rede suplementar na busca constante por aplicar estratégias de governança corporativa, com vistas a diminuir seus custos e aumentar seus índices de efetividade. Um exemplo pode ser visto com a adoção e implementação do *Triple Aim*, conceito proposto pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), o qual tem como premissa aprimorar a qualidade da assistência, reduzir custos e melhorar a experiência do paciente, associados a melhor eficiência. Busca-se, com esse sistema, um custo hospitalar homogêneo, sendo adotadas algumas iniciativas básicas, como menor tempo de internação e estabelecimento de protocolos definidos (especialmente em doenças mais graves), que envolvem toda a equipe hospitalar (Mcguire e Serra 2005).

Na dimensão Eficiência da assistência, em relação ao índice global de adequações, observa-se uma variação de 77.8 % da instituição 01 para 91.5% da instituição 02. Na

dimensão Práticas de gestão, este índice variou entre 63.9% da instituição 04 e 90% referente às instituições 01 e 02 e, por fim, na Infraestrutura disponível, o menor índice de adequações global foi de 44.4% na instituição 03 e o maior foi 90.3%, na instituição 02.

Dentre as instituições investigadas, pode-se verificar que as melhores pontuações encontram-se nas dimensões Eficiência da assistência e Práticas de gestão, estando na dimensão Infraestrutura disponível as menores. Os resultados deste estudo refutam a ideia de “total ineficiência” apresentada em vários estudos na literatura, sendo que, no quesito de adequação média global, e nos domínios administração e assistência, as médias obtidas pelas instituições analisadas foram de 89.1% e 79.3%, respectivamente, portanto respondendo aos requisitos de conformidades adequadas.

Em relação à dimensão Infraestrutura disponível, que apresentou menores índices de adequações (44.4%), Ferreira (2017) reconhece que o investimento em infraestrutura na rede suplementar é um desafio constante, isso porque os custos são extremamente altos e envolvem não só aquisição de equipamentos e materiais, mas também oferta de tratamentos, treinamentos necessários à equipe como também, e principalmente, serviços de manutenção, que muitas vezes inviabilizam os processos, até mesmo pela falta de mão de obra, seja para o manuseio, seja para suporte.

Marins e Zotes (2013) analisam que a saúde é um setor de intensas mudanças, principalmente pelos resultados de pesquisas que buscam diariamente gerar soluções para promover avanços no campo da medicina. Há unanimidade quanto às vantagens do avanço tecnológico para a qualidade dos serviços de saúde. Há, porém, divergências quanto ao impacto em termos de custo-efetividade e resolutividade, pois parte desses avanços teria impacto nos custos, mas com ganho pequeno em qualidade. Para os autores, a má gestão evidencia a discrepância entre custo e oferta de melhores serviços ao paciente, e esse poderia ser considerado um dos fatores que impactam diretamente na efetividade da saúde no Brasil, seja ela suplementar ou pública.

Marinho e Façanha (2001) afirmam que a infraestrutura da saúde suplementar, quando comparada à do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda apresenta percentuais melhores de adequação, podendo, conseqüentemente, ser considerada como de melhor eficiência.

Pesquisas que utilizam análise das instituições baseada em critérios de adequações compõem uma estratégia de monitoramento de gestão para tomada de gestão.

Araújo (2015) afirma, entretanto, que a eficácia da gestão e do monitoramento está diretamente relacionada ao posicionamento dos gestores responsáveis na estrutura das instituições ou sistemas organizacionais. Para esse autor, a eficiência incorporada no âmbito

da saúde suplementar deve ser entendida como uma estratégia, pois, por meio dela, os resultados alcançados são sustentados.

Cavalcanti (2010) aponta a assistência à saúde como um processo dinâmico em que se podem observar importantes modificações nas metodologias adotadas na sua gestão, com a evolução da compreensão sobre o foco da prestação de serviços de saúde. Tal mudança requer sistemas robustos de informações que dêem suporte à tomada de decisão. A composição de diferentes elementos na formação das instituições hospitalares deve envolver a infraestrutura, as práticas de gestão com vistas à obtenção da melhor eficiência assistencial.

Para Barros (2008), os sistemas de informação e avaliação são fundamentais para os serviços de saúde, dada sua relevância na tarefa complexa e difícil de gestão das organizações, pois envolvem um processo global, integrado, tendo como objetivo final a obtenção de uma assistência à saúde mais qualificada.

Cavalcanti (2010), numa análise sobre o panorama da saúde suplementar no Brasil, comenta que os planos de saúde defrontam-se com problemas originados, principalmente, pela má utilização dos recursos assistenciais (médicos, hospitais e exames diagnósticos; falta de controle e previsibilidade sobre custos dos procedimentos médico-hospitalares; sistemas de remuneração ineficazes; problemas de infraestrutura e de assistência praticada pelos profissionais, entre outros. Do ponto de vista dos hospitais, os mesmos sofrem com tabelas e remunerações insuficientes para cobrir os custos operacionais; falta de planejamento assistencial; falta de estímulo e reconhecimento para investimentos em infraestrutura, gestão e assistência e com a necessidade de atender a inovações tecnológicas.

Nesta perspectiva, ao analisarmos os dados disponíveis no relatório de gestão 2011-2014 do IPSEMG, instituição envolvida na presente pesquisa, identifica-se que os mesmos indicam os diferentes investimentos realizados na gestão pela qualidade (SGQ), com foco no aprimoramento contínuo, a implementação das normas ISO 9001 e as ações para acreditação pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), o que evidencia uma preocupação legítima relacionada ao alcance de níveis de eficiência de excelência pela instituição e, conseqüentemente, uma exigência a ser adotada em relação aos prestadores de serviços a ela credenciados.

Concordamos com as afirmativas de Escrivão Junior e Koyama (2007), ao considerarem que a operadora compartilha com o prestador a responsabilidade de garantir qualidade da assistência prestada ao beneficiário, situação essa em que a operadora atua como a demandadora da qualidade técnica que, muitas vezes, o beneficiário não tem condições de exigir do prestador. Muitas percepções de satisfação do beneficiário estão ligadas a facilidade

de acesso, relação com a equipe médica, acomodações, hospitalidade, refeição, entre outros. Aspectos técnicos se constituem num componente mais complicado e, portanto, vão requerer esforços da operadora em exigir ou focar a qualificação da rede prestadora enquanto um aspecto relevante da qualidade pretendida, como, por exemplo, a forma pela qual faz a gestão da rede prestadora, qualifica seus prestadores, como transmite as negativas aos beneficiários, como garante a incorporação de novas tecnologias na cobertura, entre outros. Ao se considerar a rede prestadora enquanto o braço executor das ações em saúde para a operadora, a negociação com os prestadores deve considerar não somente volume de atendimento, tabelas e condições, mas também indicadores de *performance* assistencial.

Tal assertiva reflete a proposta desenvolvida nesta investigação, na qual se pretendeu colaborar com a construção de evidências que indicam o desafio da saúde suplementar em incorporar em seu processo assistencial novas vertentes analíticas para avaliar a eficácia e efetividade do seu papel na prestação de atenção à saúde.

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

A avaliação de hospitais credenciados na saúde suplementar, realizada neste estudo a partir de uma ferramenta de avaliação desenvolvida por Cavalcanti em 2010 e ajustada para uso na realidade das instituições pesquisadas, possibilitou conhecer a realidade de uma região de saúde do estado de Minas Gerais, responsável pela cobertura aos beneficiários de uma operadora de plano de saúde.

Os resultados apontaram como satisfatórias as dimensões Eficiência assistencial e Práticas de gestão, que obtiveram os melhores índices de adequação, com 87% e 82%, respectivamente. A dimensão Infraestrutura disponível apresentou índice de conformidade de 77.5%, indicando fragilidade dos hospitais analisados.

Como limitações importantes desse estudo, aponta-se para a impossibilidade de apresentação integral da estrutura do instrumento, dos critérios utilizados na avaliação, com suas subdivisões, de modo a permitir uma visão mais ampliada do processo realizado. Alia-se a isso o fato da limitação na discussão dos resultados, por não ser possível explicitar seu conteúdo. Foi considerada como viés a ausência de neutralidade das respostas, uma vez que foram fornecidas por pessoas diretamente inseridas na gestão da instituição, havendo possibilidade de supervalorização de informações, ou subnotificação das inconformidades, visto que não houve confrontação com observação de campo da autora.

Há, entretanto, de se enfatizar que o instrumento ajustado mostrou-se adequado à proposta da pesquisa, de fácil compreensão pelos entrevistados e aplicável às instituições de saúde, independentemente de seu porte. A aplicação desta ferramenta de avaliação foi capaz de quantificar e qualificar todo o processo de assistência à saúde, trabalhando nas dimensões de Eficiência, Infraestrutura e Práticas de gestão, podendo ser utilizada para tomadas de ações e planejamentos estratégicos que podem influenciar na qualificação da instituição.

A necessidade de uma coleta sistemática de dados e informações que possibilitem monitorar, analisar e comparar progressos em termos de qualidade, eficiência e custos deve ser uma premissa na gestão das instituições, permitindo ao administrador identificar problemas urgentes de qualidade e realocar recursos para melhoria. A mensuração do desempenho deve ser uma questão de sobrevivência para as instituições hospitalares.

A avaliação da qualidade por meio de metodologias validadas deve ser incentivada como forma de garantir transparência dos processos organizacionais desenvolvidos no cuidado hospitalar.

Torna-se um desafio estabelecer uma contratualização baseada na qualidade entre prestador e operadora, em que se busque garantir o atendimento de padrões e o estabelecimento de práticas de monitoramento e melhoria contínua, disseminando a preocupação permanente com custos e desempenho. Isso posto, identificar os principais determinantes da ineficiência e baixa qualidade é uma premissa de natureza ética e social, dadas as implicações à saúde da população.

Sugere-se a realização de novos estudos que possam refletir e complementar o panorama diversificado de saúde em outras regiões e o desenvolvimento de novas ferramentas de avaliação que permitam a identificação, inclusive, dos critérios adotados no processo de contratação de serviços, considerando a realidade das instituições de saúde existentes.

Referências

REFERÊNCIAS

ABELHA, M. C. **Avaliação dos indicadores de desempenho na gestão de operações de serviços da saúde suplementar**. Dissertação (Mestrado), 98 f. Universidade Estácio de Sá. Programa de Pós-Graduação em Administração. Rio de Janeiro, 2012.

ARAÚJO, L. D, M. N. **Gestão da qualidade nos serviços de saúde: uma abordagem multidimensional**. Dissertação (Mestrado), 164 f. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.(UTAD). Vila Real, 2015.

AZEVEDO, P. F. *et al.* A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. **INSPER – Centro de Estudos em Negócios**. White Paper, n. 1. Maio, 2016. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2016/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>. Acessado em: dez. de 2017.

BARROS, J. V. **Sistemas de informação e avaliação de desempenho hospitalar: a integração e interoperabilidade entre fontes de dados hospitalares**. 95 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. USP, 2008.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329 -340, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/data/files/8A9588652A8083EC012A86EEC6B13A31/Caderno_2016-12-WEB_FINAL.pdf>. Acessado em: fev. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências. **Resolução Normativa (RN) nº 386**, de 09 de outubro de 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA>>. Acessado em: 05 de jul. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. **Resolução Normativa (RN) 405**, de 09 de maio de 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA>>. Acessado em: 05 de jul. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. **Resolução Normativa (RN) 124**, de 30 de março de 2006. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA>>. Acessado em: 05 de jul. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reformadosistemadaatencao-hospitalarbrasileira2004.pdf> >

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 92/2016. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2016. . Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em: jul. de 2016.

_____. Lei Federal nº 9.656/ 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 de jun. de 1998a. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acessado em: 17 de jul. de 2016.

_____. Lei Federal nº 9.717/98. Dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos estados, do distrito federal e dos municípios, dos militares dos estados e do distrito federal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9717.htm>. Acessado em: fev. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde –PNASS**: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/PNASS.pdf>. > Acessado em: fev. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS**. Brasília: 2005. Disponível em:< <http://pnass.datasus.gov.br/pnass/>> Acessado em: fev. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileiro**. Brasília: 2004

BOSI, Maria L. M.; UCHIMURA, Kátia Y. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 18, v. 6, p.1.561-9, nov/dez. 2002.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2.167-2.177, 2007.

CAVALCANTI, L. S. **Proposta de um instrumento para avaliação de serviços hospitalares com base em critérios de assistência, infra-estrutura e práticas de gestão.** Dissertação (Mestrado). 80 f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração. Porto Alegre-RS, 2010.

CATA PRETA, H. L. N. Sistemas de Saúde e as Crises Periódicas. **Boletim Opinião Acadêmica**, n. 14, janeiro de 2012.

CALEMAN, G., MOREIRA, M.L., SANCHEZ, M.C. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde.** São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

CARDOSO, M. O, SILVA L. M. V. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 70, 2012.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003.

CUNHA, J. A. C.; CORRÊA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 5, 2013.

DALLORA, M. E. R. V. **Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DAROS. R. F. *et al.* A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, 2016.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, 200, 1978.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care.** Milbank Mem. Fund. Q. 44:166, Part 2, 1966.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessments. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring). **Ann Arbor:** Health Administration Press, v.1, 1980.

DIAS, O. V. D; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-univerSUS**. Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez. de 2010.

ELIAS, E. P. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v.18, n. 3, p. 41-46, 2004.

ESCRIVÃO JUNIOR, Á.; KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 903-914, julho/agosto de 2007.

FARIAS, D. C.; ARAÚJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 6, p. 1.895-1.904, 2017.

FERREIRA, D.F. Conceito de Triple Aim. **Revista Médica Hospital Samaritano**. São Paulo, ano II, 07. ed., 2017.

FOGAÇA, M. E. **Diferenças de percepção entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar brasileiro**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

FUNG, V. *et al.* Meaningful variation in performance: a systematic review. **Med Care**, v. 48, 2010.

GAMA, A. M. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar**. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

GAMARRA, T.P. A produção acadêmica sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar: um olhar a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 6, 2017.

GUASSU, R. G. **A ilegalidade da cobrança compulsória de contribuições para sistemas de saúde**. LBS. Advogados. 2012. Disponível em: <<http://www.lbs.adv.br/category/artigos/>> Acessado em: fev. de 2016.

GUERRA, L. L. **Estratégia de serviços das empresas que operam planos/seguros de saúde no Brasil**: cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradoras. Caderno de seguros: teses. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2001.

GUIMARÃES, A. L. S.; ALVES, W. O. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 459-471, outubro/dezembro de 2009.

IBAÑEZ, N. *et al.* Sistemas de assistência médica aos servidores públicos estaduais e municipais: características, condicionantes e tendências. **Rev. Adm. Pública**, v. 37, n. 2, p. 379-407, 2003.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS. IPSEMG. **Gestão Sustentável**. Balanço de Gestão 2011/2014. Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/transparencia/5183-caderno-de-gestao/518/561>>. Acessado em: ago. de 2017.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS. IPSEMG. **Histórico**[homepage]. Belo Horizonte, 1999. Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/institucional/543-historico/517/561>>. Acessado em: fev. de 2016.

KAPLAN, R. S.; PORTER, M. E. Como resolver a crise de custos na saúde. **Harvard Business Review**, p. 20-36, set. 2011.

LA FORGIA, G. M., COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar brasileiro**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 29, n. 6, p.1.063-1.082, 2013.

MCGUIRE, A., SERRA, V. The Cost of Care: Is There an Optimal Level of Expenditure? **Harvard International Review**, v. 27, p. 70-73, 2005.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar frente aos modelos assistenciais praticados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORREA, A. R. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012.

MALTA D. C.; JORGE, A. O. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 5, p. 1.535-1.542, 2008.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abril/junho 2004.

MARINS, M. N; ZOTES, L. P. Qualidade, acreditação e certificação para as operadoras de assistência à saúde suplementar. In: IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão. **Anais**. 2013. Disponível em: <http://www.inovarse.org/sites/default/files/T13_0575_3201.pdf>. Acessado em: out. de 2017.

MARINHO, A. Avaliação da eficiência técnica nos Serviços de Saúde dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. Brasília, **IPEA**, 2001 (Texto para Discussão, 842). Disponível em: http://www.academia.edu/9598211/Avalia%C3%A7%C3%A3o_da_Efici%C3%Aancia_T%C3%A9cnica_nos_Servi%C3%A7os_de_Sa%C3%BAde_nos_Munic%C3%ADpios_do_Estado_do_Rio_de_Janeiro>. Acessado em: set. de 2017.

_____. **Hospitais universitários**: avaliação comparativa de eficiência técnica. Rio de Janeiro: IPEA, 2001b (Texto para discussão nº 805).

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 5, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: fev. de 2017.

OLIVEIRA, J. A. D. **Demandas jurídicas por coberturas assistenciais – estudo de caso**: Cassi. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 72 f. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo-SP, 2010.

OLIVEIRA, D. F.; KORNIS, G. E. M. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 207-231, 2017.

PAIM, C. R. P.; ZUCCHI, P. Auditoria de avaliação dos serviços de saúde no processo de credenciamento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v.16, suppl.1, p.1163-1171, 2011. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700048>>. Acessado em: fev. 2017.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. [online]. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf> Acessado em: fev. 2016.

PEREIRA, E. A; HUSSNE, R. D. Regulação e padrão competitivo no setor de saúde suplementar. **R. Bras. Risco e Seg**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 17-36, out. 2010/mar. 2011.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], vol.9, n.1, p.85-98. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100009>>. Acessado em: fev. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELA, M. C. *et al.* Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.399-408, fev, 2010.

PREGER, C. M.; BERGER, I.; FONTE, C. A. G.; MASCARELLO, H. C. Perfil dos médicos auditores no estado do Rio Grande do Sul. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 51, n. 2, p. 87-92, mar./abr., 2008.

RAMOS M. C. A. *et al.* Desempenho de hospitais no SUS. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 43. 2015.

RODRÍGUEZ, A. M. M. M. **O processo da judicialização da saúde como via de acesso à atenção integral**: o retrato de um município de grande porte do estado de São Paulo. 2014.152 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO *et al.* **Avaliação em saúde**: bases e conceitos operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 2, p. 15-28.

SANCOVSCHI, M.; MACEDO, M. A. S.; SILVA, J. A. Análise das intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). **Contabilidade, Gestão e Governança**. Brasília-DF, v. 17, n. 2, p. 118-136, 2014. Disponível em: <[http:// bit.ly/2y4cfkn](http://bit.ly/2y4cfkn)>. Acessado em: 23 de out. de 2017.

SCHEFFER, M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo tribunal de justiça do estado de São Paulo. **Rev. Dir. Sanit.** São Paulo, v. 14, n.1, p. 122-32, mar./jun. 2013.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4.229-4.234, 2014.

SENTONE, A. D. D. **Análise dos indicadores da qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de internação de um hospital universitário público**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Private health insurance in Brazil: approaches to public/private patterns in healthcare. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/04.pdf>>. Acessado em: 20 de fev. de 2017.

SILVA, K. L. *et al.* O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 773-784, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/2wh4Dib>>. Acessado em: 23 de out. de 2016.

SILVA, L. T. R. **Avaliação da qualidade da assistência à saúde quanto às medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica**. Ribeirão Preto, 2010. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, supl.1, p.193-204, 2015.

SILVA, P. C.; CASA, E. C. G. S. Auditoria interna em enfermagem e educação continuada: um feedback positivo. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 7, p. 48-51, 2006.

SILVA, L. L. da; COSTA, T. M. T. da. A formação do sistema previdenciário brasileiro: 90 anos de história. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 1, n. 3, p.159-173, 8 de ago. de 2016.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do Sistema Único de Saúde no estado de Mato Grosso: um estudo multicaso. **RAS**. v. 15, n. 59, abr-jun, 2013.

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, p. 832-838, 2009.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZANA, A. G. R. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? **ERA**. São Paulo, v. 54, n. 5, p. 496-509. 2014.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado senhor,

Você está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada **“Qualidade dos prestadores de serviços hospitalares para assistência suplementar à saúde: diagnóstico de situação”**, que objetiva avaliar a rede de hospitais credenciados em uma regional de saúde de um instituto de assistência à saúde de servidores estaduais. Ao conhecer a rede prestadora de serviços, será possível qualificá-la, considerando seu porte, perfil e complexidade assistencial, sua gestão e uso de práticas e instrumentos voltados para a melhoria contínua da qualidade assistencial. A presente pesquisa poderá reunir informações de interesse para as instituições hospitalares e para as operadoras dos planos de saúde, bem como para as equipes profissionais que ali atuam que poderão melhorar os serviços prestados ou sua organização gerencial, caso problemas sejam detectados.

Sua participação será como sujeito da pesquisa e, caso decida participar, nós iremos conversar e você responderá a um questionário sobre avaliação de serviços hospitalares com base em critérios de assistência, infraestrutura e práticas de gestão. O tempo previsto de entrevista é de 2 horas. Para responder às perguntas, você poderá utilizar o tempo que julgar necessário.

Este estudo prevê riscos mínimos, podendo ocorrer um desconforto devido ao tempo gasto para responder ao questionário. Deverá informar o pesquisador caso isto ocorra, para que providências cabíveis sejam tomadas. A sua participação não lhe trará nenhum benefício diretamente, porém os resultados deste estudo poderão viabilizar a identificação dos hospitais que executam suas atividades, atendendo a melhores práticas de assistência e gestão, em ambiente adequado.

A participação na pesquisa não irá lhe gerar gastos e não será realizado pagamento para sua participação. Os dados coletados serão unicamente para fins da pesquisa e não haverá informações que o(a) identifiquem. As informações divulgadas em publicações futuras serão feitas sob forma codificada, para que sua confidencialidade seja mantida. Assim como a identificação da instituição participante será mantida em sigilo nos resultados da pesquisa.

Garantimos, ainda, o direito de indenização na ocorrência de danos decorrentes da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, ter-se-á acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade de retirada de seu consentimento a qualquer momento da pesquisa e você poderá deixar de participar do estudo quando achar conveniente. Comprometo-me a manter os princípios éticos e o sigilo de sua pessoa e da instituição.

Em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto de segunda à sexta-feira, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas, pelo telefone: (16) 3315-9197) ou com a própria pesquisadora: (35) 99162-9606.

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP 16 3315 9197, na data de 08/08/2017, por meio do protocolo nº 68143017.9.0000.5393, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa.

Caso concorde em participar, você precisa assinar este termo, elaborado em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora. Certa de que sua contribuição será de grande valia para o avanço do conhecimento científico na área hospitalar, agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Pesquisadora: Máisa Figueiredo Bedoni
Mestranda em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Av. Bandeirantes, 3900, tel 016 3602-3475- Ribeirão Preto/SP

Eu, _____, RG ou CPF: _____, concordo em participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que a minha participação seja utilizada para o desenvolvimento da mesma. Declaro ter compreendido as informações oferecidas pela pesquisadora, estando ciente dos objetivos, benefícios e riscos dessa pesquisa. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que possuirei uma cópia deste documento e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo à minha pessoa e para o exercício de minhas funções na instituição. Recebi uma via assinada deste documento.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Participante do estudo

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

Ribeirão Preto, de de 2017

Ilmo. Sr.

Sou aluna do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP) e pretendo desenvolver, com a ajuda de minha orientadora, uma pesquisa intitulada **“Qualidade dos prestadores de serviços hospitalares para assistência suplementar à saúde: diagnóstico de situação”**, a qual objetiva avaliar a rede de hospitais credenciados em uma regional de saúde de um instituto de assistência à saúde de servidores estaduais. Para o desenvolvimento do trabalho, posteriormente iremos aplicar um questionário, em dia e horário convenientes à instituição, e estamos enviando o projeto de pesquisa para seu conhecimento.

Solicitamos que, caso haja concordância em sua participação nesta pesquisa, assine este Termo de Autorização para Participação na Pesquisa e, em seguida, o projeto será submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP – USP e, após aprovado, retornará ao senhor para apreciação.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo, bem como o anonimato dos serviços participantes e nos comprometemos com a devolução dos resultados à instituição, da maneira que achar conveniente.

Agradecemos a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Maísa Figueiredo Bedoni
Pesquisadora
Fone: 35 991629606
maisabedoni@gmail.com

Profª. Dra. Ana Maria Laus
Orientadora
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto
Fone: (16) 33153433

Anexos

ANEXOS

ANEXO A - Autorização para utilização do instrumento

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 06 de março de 2017.

ILM. SR.

Prof. M.S. Luciano Stuepp Cavalcanti

Vimos pelo presente solicitar sua autorização para uso do instrumento desenvolvido em sua dissertação de mestrado intitulada “Proposta de um instrumento para avaliação de serviços hospitalares com base em critérios de assistência, infraestrutura e práticas de gestão”. Tal instrumento será utilizado no projeto de mestrado “**Qualidade dos prestadores de serviços hospitalares para assistência à saúde suplementar: diagnóstico de situação**” a ser desenvolvido pela enfermeira **Maísa Figueiredo Bedoni**, aluna regular do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob minha orientação. Considerando o escopo da pesquisa, nosso objetivo será fazer alguns recortes do instrumento que atenderão a avaliação proposta.

Esclareço que o mesmo terá **uso exclusivamente acadêmico** e reafirmamos nosso compromisso em relação a manter o sigilo do mesmo, não divulgando na dissertação a ser apresentada quando da defesa.

Solicitamos que, caso haja concordância, assine este Termo de Autorização.

Desde já agradeço a atenção dispensada e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Maísa Figueiredo Bedoni
Pesquisadora
Fone: (35) 991629606
maisabedoni@gmail.com

Prof. Dr. Ana Maria Laus
Orientadora
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto
Fone: (16) 33153433

Prof. Dr. Luciano Stuepp Cavalcanti

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.

Pesquisador: MAISA FIGUEIREDO BEDONI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68143017.9.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.207.610

Apresentação do Projeto:

A pesquisa propõe-se a avaliar a rede de hospitais credenciados em uma regional de saúde do estado de Minas Gerais que prestam serviços para um instituto de assistência à saúde de servidores estaduais, o IPSEMG, que, segundo o projeto, atua em sistema de saúde complementar ao SUS, no modelo de autogestão. Neste sentido, foram apresentados a autorização dos responsáveis por seis hospitais. Justifica seu propósito no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), do Ministério da Saúde, que tem como objetivo avaliar os prestadores de serviços quanto aos seus recursos físicos, humanos e operacionais, além da avaliação do processo de trabalho na gestão dos prestadores de serviços de saúde, a qualidade dos resultados e a satisfação dos usuários. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, que será desenvolvido com 06 gestores hospitalares e 12 assistentes que responderão a um instrumento de avaliação de prestadores de serviços hospitalares desenvolvido por Cavalcanti, em sua dissertação de mestrado, e utiliza critérios baseados em assistência, infraestrutura e gestão. O autor do instrumento detém os direitos autorais sobre e autorizou sua utilização pela pesquisadora, embora não tenha permitido sua publicação junto ao resultado final da pesquisa. A análise dos dados coletados será feita com base nas variáveis selecionadas em planilha eletrônica, por meio da estatística descritiva, e que serão apresentados conforme os

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@erp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.207.610

princípios que envolvem a abordagem quantitativa, através de gráficos, quadros e tabelas. A pesquisa pretende reunir informações de interesse tanto para as instituições hospitalares como para as operadoras dos planos de saúde, sendo útil, igualmente, para as equipes profissionais que ali atuam. Além disso, justifica sua importância em face da carência de estudos sobre o tema no cenário da saúde suplementar. Espera-se que contribua para ampliar o conhecimentos na área, trazendo elementos de relevância no cenário da gestão econômica e de qualidade assistencial, aspectos vitais para o processo de trabalho em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora aponta como objetivo primário da pesquisa a avaliação da qualidade da assistência fornecida pela rede de hospitais credenciados por um Instituto de assistência à saúde, no caso o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não importa em riscos aos participantes, que serão 06 gestores hospitalares e 12 assistentes. Aponta apenas o incômodo que pode representar o tempo dispendido nas respostas ao questionário, com uma duração prevista de duas horas. Os questionários serão respondidos mediante a autorização dos locais de coleta e com a anuência dos participantes por meio do TCLE. Destaca, no corpo do projeto, que a pesquisa trará benefícios tanto para as instituições hospitalares como para os gestores de saúde complementar, que é o caso do IPSEMG, pois estes compartilham, com a rede credenciada, a responsabilidade pela qualidade do atendimento aos pacientes. Aponta, igualmente, benefícios para as pessoas que atuam na área, principalmente para os gestores econômicos dos serviços, pois permitirá o aprimoramento da assistência prestada pelas operadoras aos seus clientes, o que pode permitir, se for o caso, ajustes no atendimento e na gestão dos serviços. Aponta, ainda, a carência de estudos sobre o tema, apesar da avaliação ser exigida pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) do Ministério da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se bem estruturado e os procedimentos metodológicos detalhados, o que permite avaliar a forma com que se desenvolverá o estudo, bem como suas implicações éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados ao projeto todos os instrumentos obrigatórios: a folha de rosto legível, devidamente preenchida e assinada, relacionando o número de dezoito participantes; o ofício de encaminhamento ao CEP, assinado pela orientadora e pela mestranda, bem como o atestado de recebimento do projeto. O projeto de pesquisa foi elaborado conforme as diretrizes constantes

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 2.207.610

nas normativas aplicáveis; veio o cronograma de atividades da pesquisa; o orçamento detalhado, totalizando o custo de R\$727,00, e a informação que o financiamento será de responsabilidade da pesquisadora. Foram juntadas as autorizações dos locais de coleta: Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso, Fundação Itaú de Assistência Social, Hospital São José/UNIMED; Santa Casa de Misericórdia de Alpinópolis, Instituto São Vicente de Paulo, todos localizados na região sudoeste de Minas Gerais. Veio, igualmente, a autorização do Prof. Luciano Stuepp Cavalcanti, autor dos instrumentos de avaliação, porém os questionários não foram juntados ao projeto, posto que o autor não autorizou sua divulgação. Neste aspecto, cabe destacar que os instrumentos já foram utilizados em pesquisa anterior e registrado o direito autoral incidente sobre os instrumentos de análise. Veio o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado em forma de convite. Dele constam, o objetivo da pesquisa e os procedimentos que serão utilizados, isto é, a resposta aos questionários, destacando que a resposta ao questionário poderá se estender por duas horas, neste aspecto, explicita os possíveis desconfortos decorrentes da participação. Quanto aos benefícios esperados pela participação do anuente, esclarece "que a participação não trará nenhum benefício ao participante"; foi garantida, igualmente, a manutenção do sigilo e da privacidade dos anuentes durante todas as fases da pesquisa e a garantia de que o participante receberá uma via do TCLE. Ficou expressa a garantia de plena liberdade do entrevistado em recusar a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização; além da explicitação da garantia de ressarcimento em caso de danos e a ausência de custos adicionais ou pagamentos pela participação.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a retificação do TCLE e incorporação das pendências levantadas pelo Colegiado do CEP, o projeto está pronto para ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_893299.pdf	28/06/2017 22:12:28		Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.207.610

Outros	oficio_resposta.pdf	28/06/2017 22:08:26	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_modificado.pdf	27/06/2017 13:06:01	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	27/06/2017 13:03:49	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_SantaCasadeSaoSebastiao doParaiso.pdf	21/06/2017 23:33:44	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Outros	OFICIO1.pdf	10/05/2017 11:42:22	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	hospitalsaojose.pdf	10/05/2017 11:41:47	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA.pdf	09/05/2017 21:30:23	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/05/2017 21:27:23	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	santacasaalpinopolis.pdf	09/05/2017 21:27:05	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	fundacaoitau.pdf	09/05/2017 21:26:01	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	09/05/2017 21:25:24	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/05/2017 21:21:32	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Outros	autorizacaoinstrumento.pdf	08/05/2017 22:28:52	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/05/2017 22:20:35	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao02.pdf	08/05/2017 22:02:36	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao01.pdf	08/05/2017 22:02:14	MAISA FIGUEIREDO BEDONI	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.207.610

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 08 de Agosto de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br