

Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil

Healthcare structure and quality among inpatient care providers for health plans in Brazil

Margareth Crisóstomo Portela ¹
 Sheyla Maria Lemos Lima ¹
 Maria Alicia Dominguez Ugá ¹
 Silvia Gerschman ¹
 Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos ²

Abstract

This study aimed to characterize inpatient care providers for health plans in Brazil, considering that knowledge on healthcare providers is still incipient, particularly in relation to healthcare structure and quality. A national survey was performed, focusing on 3,817 hospitals. A stratified sample of 83 hospitals was selected, and data were collected from September to December 2006 using interviews with hospital administrators. Hospital care was characterized using variables related to installed capacity and services output, as well as practices and structures for healthcare quality assurance and control. The final sample consisted of 74 hospitals, representing an estimated universe of 3,799 hospitals. Inpatient care providers for health plans, mainly for the Unified National Health System (SUS), showed limited presence of structures and practices for improving management and healthcare quality.

Hospital Care; Quality of Health Care; Supplemental Health

Introdução

A saúde suplementar no Brasil 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 (SUS). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES; <http://cnes.datasus.gov.br>) do Ministério da Saúde, em julho de 2006, quando a pesquisa aqui apresentada iniciou, havia 6.343 hospitais no Brasil, dos quais 80,6% eram prestadores de serviços aos SUS, 60,5% prestavam serviços privados e 41,9% atuavam nos setores público e privado. Todos esses hospitais contavam com aproximadamente 470 mil leitos, 39% destes em hospitais estritamente prestadores de serviços aos SUS, 12% em hospitais estritamente prestadores de serviços privados e 49% em hospitais simultaneamente prestadores de serviços ao SUS e ao setor privado.

Nesse contexto, as operadoras de planos de saúde são responsáveis pela cobertura de cerca de 20% da população brasileira, incluindo 51,2 milhões de vínculos de beneficiários, estando aproximadamente 80% destes inscritos em planos de assistência médica ¹. A partir de 1998 o Ministério da Saúde iniciou de forma mais incisiva a regulação dessas operadoras, constituindo, em 2000, com tal finalidade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que vem empreendendo esforços para captar informações acerca

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

M. C. Portela
 Departamento de
 Administração e
 Planejamento em Saúde,
 Escola Nacional de Saúde
 Pública Sergio Arouca,
 Fundação Oswaldo Cruz,
 Rua Leopoldo Bulhões 1480,
 Rio de Janeiro, RJ
 21041-210, Brasil.
 mportela@ensp.fiocruz.br

dos usuários, da prestação da assistência e do funcionamento administrativo-financeiro do setor. Em 2004, instituiu o Programa de Qualificação de Saúde Suplementar, um sistema de avaliação das operadoras de planos de saúde, com o objetivo de induzir um processo contínuo de qualificação dos atores envolvidos (operadoras, prestadores, beneficiários e o próprio órgão regulador).

Uma das perspectivas presentes tem sido 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. Dados assistenciais relativos ao setor de saúde suplementar são ainda escassos, centrando-se majoritariamente nas operadoras de planos de saúde, como unidades de observação.

Este trabalho objetivou caracterizar os prestadores de serviços hospitalares no setor de saúde suplementar, considerando a sua distribuição geográfica, porte, perfil e complexidade assistencial, relação com as operadoras de planos de saúde e o SUS, gestão e uso de práticas e instrumentos voltados para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Métodos

Esta pesquisa foi desenvolvida com base em um inquérito de abrangência nacional, caracterizando-se como um estudo transversal.

O universo do estudo, constituído por 3.817 hospitais prestadores de serviços às operadoras de planos de saúde, foi definido a partir do cruzamento do Cadastro de Prestadores de Serviços aos Planos de Saúde da ANS com o CNES em julho de 2006.

O cadastro foi estratificado por macrorregião e tipo de hospital (geral ou especializado), criando-se dez estratos naturais e alocando-se o tamanho da amostra de forma proporcional ao número de leitos. Em cada estrato natural, aplicou-se o algoritmo de Hedlin² para determinar o ponto de corte (número de leitos) entre um estrato certo (*take-all*) e um estrato amostrado (*take-some*); minimizou-se, dessa forma, a variância do número de leitos, dado um tamanho pré-fixado de amostra no estrato natural. Em alguns casos, no entanto, não foi necessário aplicar o algoritmo, por constarem menos de quatro hospitais no cadastro. O tamanho da amostra, inicialmente fixado em 75 hospitais, acabou sendo de 83 unidades

por causa dos arredondamentos efetuados em cada estrato, sendo 28 certos e 55 amostrados.

Nos estratos amostrados, adotou-se um mecanismo de amostragem inversa^{3,4}. Nesse método, as unidades da população são contatadas sequencialmente a partir de uma ordem aleatória pré-definida, até que o número pré-fixado de entrevistas realizadas em cada estrato seja atingido. A definição da ordem de contato foi estabelecida pelo algoritmo de Hájek⁵. Os pesos amostrais foram calculados pelo inverso da probabilidade de inclusão de cada unidade na amostra em cada estrato, a fim de obter estimativas válidas para a população amostrada. Esta foi reduzida a 3.799 hospitais, pois 18 (7 certos e 11 em estratos amostrados) não pertenciam à população de pesquisa (só atendiam SUS) ou não puderam ser pesquisados (recusa em hospitais do estrato certo ou estratos onde todas as unidades foram contatadas sem que fosse atingido o tamanho de amostra pré-fixado).

A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2006, mediante entrevistas com os dirigentes das unidades hospitalares, realizadas por pesquisadores treinados. Em contato prévio à entrevista, já havia sido confirmado que o estabelecimento, de fato, prestava serviços hospitalares às operadoras de planos de saúde.

Para a caracterização assistencial dos hospitais, foram contempladas variáveis relativas não só à capacidade instalada e produção de serviços para planos de saúde e para o SUS, como também às práticas e estruturas de garantia e monitoramento da qualidade do cuidado. Algumas ferramentas de gestão da clínica tiveram destaque: *diretrizes clínicas*, entendidas como posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidos para orientar médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados, em circunstâncias clínicas específicas⁶; *gestão da patologia*, que consiste no monitoramento do tipo de cuidado, resultados e custos relacionados a doenças selecionadas⁷; *gestão do caso*, que envolve o monitoramento de resultados e custos relativos a clientes selecionados⁷.

As análises realizadas foram descritivas, tendo sido processadas por meio do programa estatístico SAS (SAS Inst., Cary, Estados Unidos), não havendo necessidade de tratamento de dados de amostras complexas para os resultados apresentados, que requereram, apenas, o uso dos pesos amostrais.

Para classificar os hospitais por porte e complexidade, foi utilizado um fluxo lógico, considerando-se as categorias existentes no CNES, os serviços médicos, equipamentos biomédicos e procedimentos hospitalares de alta complexidade reportados⁸. Foram construídas cinco classes

de hospitais: classe Geral II, com hospitais gerais que obrigatoriamente registraram a presença de UTI e a realização de procedimentos de alta complexidade na internação, com equipamentos em uso compatíveis, nas áreas cardiovascular, cirurgia oncológica, neurocirurgia, ortopedia, transplantes ou neonatologia; classes Geral I com UTI e Geral I sem UTI, constituídas por hospitais gerais de menor complexidade e hospitais de clínicas básicas; classes Especializado com UTI e Especializado sem UTI – as categorias com UTI requereram o registro de UTI, bem como de leitos de cuidados intensivos e de equipamentos em uso compatíveis com este tipo de cuidado.

Resultados

Considerando as exclusões decorrentes de erros no cadastro (hospitais que não prestavam serviços no campo da saúde suplementar ou estabelecimentos não hospitalares) e as recusas no estrato certo, sem possibilidade de substituição e, em dois estratos amostrados, com listas-reserva esgotadas, a amostra final pesquisada resultou em 74 hospitais – 21 no estrato certo e 53 no estrato amostrado. O resultado final se constitui em um universo estimado de 3.799 hospitais, em contraponto ao universo programado de 3.817 hospitais.

Localização geográfica, porte e complexidade dos hospitais e relação com as operadoras de planos de saúde

Os prestadores de serviços hospitalares na saúde suplementar concentram-se predominantemente na Região Sudeste (41,5%), seguida pelas regiões Sul (21,6%), Nordeste (19%), Centro-Oeste (12,9%) e Norte (5%). Como seria esperado,

acompanham a distribuição das operadoras de planos de saúde no país: Região Sudeste (59,5%), Sul (17%), Nordeste (13%), Centro-Oeste (7,2%) e Norte (3,3%)⁹.

Analisando-se a complexidade assistencial dos hospitais, observa-se que 56,1% caracterizam-se como de menor complexidade, segundo a classificação aqui utilizada, sendo 42% do tipo Geral I sem UTI e 14,1% Especializado sem UTI. A outra parte (43,9%) é constituída por hospitais de maior complexidade: Geral II, 22,8%; Geral I com UTI, 17,9%; Especializado com UTI, 3,2%. Os hospitais especializados identificados foram pediátricos, de traumatologia-ortopedia, psiquiátricos e maternidades. Entretanto, tendo em vista o tamanho da amostra, não se pode afirmar que não existiam hospitais de outras especialidades no universo de prestadores hospitalares da saúde suplementar.

Na Tabela 1, observa-se a distribuição dos hospitais segundo sua complexidade nas regiões do país. Destaca-se que quase a totalidade dos hospitais de maior complexidade (Geral II) está localizada nas regiões Sul e Sudeste, onde também estão concentrados 76,5% das operadoras de planos de saúde.

Considerando-se o número de leitos clínico-cirúrgicos ativos, 70,9% dos hospitais apresentaram menos de cem leitos: 0-10 (5,7%); 11-50 (37%); 51-100 (28,2%). Os demais se distribuíram da seguinte forma: 101-150 leitos (15,7%); 151-350 (13,1%); > 350 (0,3%).

Os hospitais de menor complexidade – Geral I sem UTI – corresponderam majoritariamente àqueles de menor porte de leitos, enquanto os de maior complexidade – Geral II – predominaram entre os de maior porte (Tabela 2).

A grande maioria dos hospitais (72%) referiu prestar serviços ao SUS. Entre esses hospitais, o percentual médio de atendimento ao SUS foi de

Tabela 1

Distribuição dos hospitais prestadores de serviços na Saúde Suplementar, segundo complexidade e região do país. Brasil, 2006.

Complexidade	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Especializado com UTI	10	5,6	1	0,2	110	7,0	0	0,0	0	0,0	122	3,2
Especializado sem UTI	0	0,0	226	31,4	166	10,5	37	4,5	106	21,6	535	14,1
Geral I com UTI	168	88,7	211	29,3	229	14,5	74	9,0	0	0,0	681	17,9
Geral I sem UTI	11	5,7	140	19,4	837	53,0	223	27,2	384	78,2	1.595	42,0
Geral II	0	0,0	142	19,7	237	15,0	486	59,3	1	0,2	866	22,8
Total	189	100,0	720	100,0	1.579	100,0	820	100,0	491	100,0	3.799 *	100,0

* Refere-se ao total de unidades no cadastro de seleção após eliminação das unidades que não pertenciam à população de pesquisa.

Tabela 2

Distribuição dos hospitais prestadores de serviços na saúde suplementar, segundo complexidade assistencial e porte de leitos. Brasil, 2006.

Complexidade	Porte de leitos													
	11-50		51-100		101-150		151-350		351-500		> 500		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Especializado com UTI	0	0,0	122	10,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	122	3,2
Especializado sem UTI	205	16,8	0	0,0	110	14,7	219	36,3	0	0,0	1	9,1	535	14,1
Geral I com UTI	148	12,2	226	19,8	294	39,5	12	2,1	0	0,0	0	0,0	681	17,9
Geral I sem UTI	794	65,2	572	50,0	229	30,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1.595	42,0
Geral II	70	5,8	225	19,6	113	15,2	372	61,6	77	100,0	10	90,9	866	22,8
Total	1.217	100,0	1.145	100,0	746	100,0	603	100,0	77	100,0	11	100,0	3.799 *	100,0

* Refere-se ao total de unidades no cadastro de seleção após eliminação das unidades que não pertenciam à população de pesquisa.

74,5%, com mediana de 80%; o percentual médio de atendimento a operadoras foi de 19,7%, com mediana de 16%; por fim, o percentual médio de atendimento a particulares foi de 5,8%, com mediana de 5%.

Considerando o vínculo com as operadoras, 97,1% dos hospitais foram declarados credenciados e apenas 7%, pertencentes a uma operadora, sublinhando-se que as duas alternativas não são excludentes. Em relação ao número de operadoras para as quais os hospitais prestam serviços, observou-se a seguinte distribuição: 1 operadora (6%); 2-5 operadoras (25,5%); 6-10 operadoras (18,8%); 11-20 operadoras (22%); 21-50 operadoras (22,7%); > 50 operadoras (4%); sem informação (1%).

Para a maior parte dos hospitais (79,1%), a UNIMED foi citada como uma das cinco principais operadoras em volume de faturamento. Outras operadoras referidas por número significativo de hospitais foram: CASSI (40,1%), GEAP (27,2%), Bradesco (19,5%), Sul América (12,4%), Correios (11,2%), Cabesp (11%), Polícia Militar (9%) e IPERGS (8,9%). Para 81,1% dos hospitais, as principais operadoras em volume de faturamento coincidiram com as principais em volume de internação. No que concerne ao percentual médio de participação das três primeiras operadoras em volume de faturamento, registrou-se: primeira operadora 52,3% ($\pm 181,9\%$); segunda operadora 17% ($\pm 81,6\%$); terceira operadora 7,9% ($\pm 39,8\%$).

A Tabela 3 mapeia a existência e credenciamento de serviços por operadoras de planos de saúde nos hospitais estudados, sugerindo que serviços disponíveis podem, com alguma frequência, ser ofertados somente para o SUS.

Dos hospitais que declararam pertencer a alguma rede de prestadores de operadoras (46,5%),

74,1% referiram possuir algum serviço de referência: urgência/emergência, 29,6%; atenção à gestação e ao parto, 27,7%; atenção cardiovascular, 23,7%; atenção de alta complexidade, 23,5%; cuidado intensivo, 23,1%; atenção em oncologia, 15,3%.

Qualificação da gestão e monitoramento da qualidade

A maior parte dos hospitais informou não ter as estruturas e práticas de qualificação da gestão consideradas e utilizadas em outro estudo para classificar o desenvolvimento gerencial de hospitais filantrópicos no Brasil⁹. Como estruturas qualificadoras, consideraram-se a existência de serviços de epidemiologia, de qualidade e de ouvidoria, o hospital estar acreditado ou em processo, dentre outras. Como práticas, o funcionamento 24 horas do serviço de patologia clínica e de imagem, a dispensação de medicamento por dose individualizada e ou unitária, a existência de prontuário único e a capacitação de profissionais da assistência e da limpeza.

De forma diferenciada, o funcionamento ininterrupto do laboratório de patologia clínica e do serviço de imagem, condições estruturais de garantia da presteza e da qualidade da atenção, especialmente em hospitais com serviços de urgência/emergência, foi registrado em respectivamente 73,4% e 72,8% dos hospitais (Tabela 4). Merece ainda destaque a dispensação de medicamentos na modalidade de dose individualizada, em 51,5% dos hospitais, considerada boa prática de assistência farmacêutica. Para as demais condições investigadas, menos da metade dos hospitais acusou sua existência.

Observa-se, ainda, que o fato de os hospitais prestarem serviços ao SUS não tem uma relação

Tabela 3

Distribuição de hospitais prestadores de serviços na saúde suplementar, segundo serviços existentes e credenciados por, pelo menos, uma de suas principais operadoras. Brasil, 2006.

Serviço	Existente		Credenciado	
	n	%	n	%
Internação clínica médica	3.520	92,7	2.951	77,7
Internação cirurgia geral	3.624	85,9	2.731	71,9
Internação obstetrícia	2.887	76,0	2.354	62,0
Internação ginecologia	3.164	83,3	2.561	67,4
Internação pediatria	2.966	78,1	2.395	63,1
Internação traumato-ortopedia	2.496	65,7	1.945	51,2
Centro cirúrgico	3.458	91,0	2.817	74,2
Centro obstétrico	2.736	72,0	2.204	58,0
Ambulatório	3.080	81,1	2.552	67,2
UTI adulto	1.610	42,4	1.292	34,0
UTI pediátrica	649	17,1	573	15,1
UTI neonatal	703	18,5	515	13,6
Unidade coronariana	473	12,5	299	7,9
Unidade de queimados	154	4,1	77	2,0
Unidade intermediária	1.098	28,9	736	19,4
Emergência	3.284	86,4	2.715	71,5
Hospital dia	1.069	28,1	657	17,3
Atendimento domiciliar/Home care	260	6,8	153	4,0
Laboratório de patologia/Análises clínicas	3.509	92,4	2.926	77,0
Laboratório de anatomia patológica	2.628	69,2	2.159	56,8
Raio-X	3.278	86,3	2.752	72,4
Ultra-sonografia	2.826	74,4	2.490	65,5
Tomografia	1.288	33,9	1.199	31,6
Ressonância	393	10,4	381	10,0
Hemodinâmica	572	15,1	451	11,9
Angiografia	646	17,0	487	12,8
Hemodiálise	898	23,6	808	21,3
Medicina nuclear	272	7,2	272	7,2
Hemoterapia	1.589	41,8	1.172	30,9
Radioterapia	23	0,6	11	0,3
Quimioterapia	660	17,4	497	13,1
Psiquiatria	218	5,7	218	5,7

positiva com a presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão. Ao contrário, dentre aqueles que não prestam serviços ao SUS, uma maior porcentagem conta com tais estruturas e práticas.

A maioria dos hospitais registrou a presença de comissão de controle de infecção hospitalar (74,8%), comissão de revisão de prontuários (61,9%) e comissão de ética médica (60,3%), bem como a realização de pesquisa de satisfação do usuário (75,4%) (Tabela 5). O maior problema evidenciado pelos resultados observados, entre-

tanto, diz respeito à irregularidade de atuação dessas comissões/atividades.

No que se refere à presença de sistema de informação, condição estrutural sem a qual não é possível proceder à avaliação e ao monitoramento da qualidade assistencial, observa-se que 94,2% dos hospitais referiram possuir cadastro de pacientes, e 77,2%, sistema de informação sobre a produção assistencial. Poucos hospitais registraram ter prontuário eletrônico em alguns serviços (3,2%) e em todos os serviços (3,7%). Adicionados ao fato de somente 36,1% dos hos-

Tabela 4

Distribuição dos hospitais prestadores de serviços na saúde suplementar, segundo presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão (N = 3.799 *). Brasil, 2006.

Estruturas e práticas de qualificação da gestão	Total		SUS				Valor de p **
	n	%	Sim		Não		
			n	%	n	%	
Serviço/Assessoria/Núcleo de epidemiologia	928	24,4	591	21,6	338	31,7	0,5481
Serviço/Assessoria/Núcleo de qualidade	1.484	39,1	566	20,7	918	86,1	0,0007
Ouvidoria	1.420	37,4	698	49,2	722	67,7	0,0106
Acreditação							0,4384
Em processo	252	7,0	139	5,4	113	10,6	
Concluída	224	6,1	80	3,1	144	13,5	
Com algum serviço certificado pelo ISO	293	7,7	219	8,0	74	67,0	0,6197
Prêmio de qualidade	1.601	42,2	1.068	39,1	534	50,1	0,4999
Membro de associação da área hospitalar	3.612	95,1	2.546	93,2	1.066	100,0	0,1333
Funcionamento da patologia clínica 24 horas/7 dias por semana	2.787	73,4	1.959	71,7	828	77,7	0,0501
Funcionamento da imagem 24 horas/7 dias por semana	2.766	72,8	1.881	68,8	886	83,1	0,0246
Dispensação de medicamento (dose unitária/paciente)	1.051	27,6	602	22,0	448	42,0	0,1629
Dispensação de medicamento (dose individual/paciente-dia)	1.957	51,5	1.465	53,6	493	46,2	0,6069
Dispensação de medicamento (dose coletiva)	617	16,2	562	20,6	55	5,2	0,1171
Organização de prontuários							0,4182
Único para pacientes externos e internos	1.371	36,1	905	33,1	466	43,7	
Separados para pacientes externos e internos	1.522	40,1	1.144	41,9	378	35,5	
Capacitação de profissionais da assistência	1.255	33,0	601	22,0	655	61,4	0,0422
Capacitação de profissionais da limpeza	1.741	45,8	1.097	40,1	645	60,5	0,2331

* Refere-se ao total de unidades no cadastro de seleção após eliminação das unidades que não pertenciam à população de pesquisa.

** Teste de χ^2 .

pitais terem referido possuir prontuário único para seus pacientes, esses dados sugerem baixa coordenação das atividades realizadas pelos diferentes profissionais sobre o paciente no decorrer do tempo, dificultando o alcance de uma atenção mais integral e de qualidade.

Em relação aos sistemas de registro da produção assistencial, observa-se que a grande parte dos hospitais utiliza indicadores tradicionais, mas que pouco expressam a qualidade assistencial. Os indicadores referentes à taxa de ocupação de leitos e tempo médio de internação foram registrados, respectivamente, por 84,4% e 86,4% dos hospitais. As taxas de infecção hospitalar e de mortalidade geral, que são indicadores mais próximos da qualidade assistencial, foram citadas, respectivamente, por 80,5% e 70,7% dos hospitais. Considerando-se, entretanto, alguns indicadores mais sofisticados, os percentuais diminuem. A taxa de suspensão de cirurgia foi citada por apenas 29,1% dos hospitais. Levando-se em conta que 85,9% e 91% dos hospitais referiram ter, respectivamente, os serviços de inter-

nação em clínica cirúrgica e o centro cirúrgico, poder-se-ia esperar uma taxa mais elevada de controle de suspensão de cirurgia. Além disso, somente 25,4% dos hospitais controlaram a taxa de mortalidade por algumas doenças específicas. O controle da reinternação pelo mesmo motivo foi acusado por somente 27,2% dos hospitais, e o controle de eventos adversos, por apenas 27,2% dos hospitais.

A inscrição dos laboratórios de patologia/análise clínica dos hospitais a algum programa interlaboratorial pode ser considerada como um indicador da qualidade desses serviços. Observa-se, no entanto, que poucos hospitais acusaram estar associados a algum programa. Somente 38,4% dos hospitais referiram que seus laboratórios integravam programas conhecidos. Era esperado encontrar um percentual maior de associação, tendo em vista que 92,4% dos hospitais estudados referiram possuir o serviço de laboratório de patologia/análise clínica.

Tabela 5

Presença de estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial nos prestadores de serviços na saúde suplementar (N = 3.799 *). Brasil, 2006.

Presença de estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial	Hospitais	
	n	%
Comissão de farmácia e terapêutica	1.895	49,9
Comissão de revisão de prontuários		
Com atuação regular	1.722	45,3
Sem atuação regular	631	16,6
Comissão de controle de infecção hospitalar		
Com busca ativa	1.913	50,4
Sem busca ativa	926	24,4
Comissão de revisão de óbitos		
Com atuação regular	817	21,5
Sem atuação regular	526	13,8
Comissão de ética médica		
Com atuação regular	1.509	39,7
Sem atuação regular	782	20,6
Pesquisa de satisfação de usuários		
Com atuação regular	1.744	45,9
Sem atuação regular	1.120	29,5

* Refere-se ao total de unidades no cadastro de seleção após eliminação das unidades que não pertenciam à população de pesquisa.

Ferramentas e práticas da gestão da clínica

Pouco mais da metade dos hospitais referiu utilizar segunda opinião para procedimentos específicos (52,2%) e diretrizes clínicas (51,6%); 30,5%, gestão do caso; 24,2%, gestão de patologias; 22,2%, estudos estatísticos sobre variações da prática médica.

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) entre o uso de diretrizes clínicas e complexidade hospitalar: especializado com UTI (100%), Geral II (82,6%), Geral I com UTI (78,6%), Geral I sem UTI (29,9%) e Especializado sem UTI (20,8%).

Considerando as patologias/condições que são o alvo das diretrizes clínicas nos hospitais em que estas são adotadas, a mais freqüente foi infecção hospitalar (66,2%), seguida de hipertensão arterial (62,4%), assistência ao parto (54,9%), diabetes (54,4%), assistência ao recém-nato de alto risco (52,4%) e infarto agudo do miocárdio (52,1%).

No que tange às formas de divulgação das diretrizes clínicas entre seus profissionais, os hospitais que declararam utilizá-las reportaram as seguintes estratégias: seminários e palestras

(57,3%), livretos (48,8%), fluxogramas (30,4%) e outras (45,1%). A divulgação das diretrizes para pacientes foi ainda mais baixa, estando ausente em 66,7% dos hospitais pertinentes.

Na maior parte (80,9%) dos 51,6% de hospitais com diretrizes clínicas, houve registro de alguma avaliação a respeito da adesão dos profissionais, realizada, de forma não excludente, por meio do acompanhamento de pedidos de exames, medicamentos ou procedimentos especiais (52,1%) e da avaliação de prontuários (50,3%).

As doenças ou condições mais focalizadas pela gestão de patologias nos hospitais que declararam realizá-la foram: atenção pré-natal e/ou ao parto (60,1%), infecção hospitalar (53,2%) e hipertensão arterial (32%). Chama atenção a baixa freqüência da gestão do diabetes (20%), asma (12%), câncer de mama e de próstata (9,5%), infarto agudo do miocárdio (8,5%), AIDS (8,3%) e câncer de colo de útero (1,6%).

Dos hospitais que referiram fazer gestão de patologias, 66,8% declararam divulgar aos pacientes as intervenções nelas preconizadas. Contudo, apenas em 23,1% desses hospitais houve o envolvimento da maioria dos pacientes

na tomada de decisão sobre condutas clínico-cirúrgicas. Em 24,2% dessas unidades, somente a minoria dos pacientes foi envolvida, enquanto em 30,8% dos casos nunca ocorreu o envolvimento dos pacientes nessas condutas.

Os agravos e condições mais focalizados na gestão do caso foram o diabetes em estado avançado (55,6%) e os idosos com múltiplas doenças (55,5%).

Os critérios mais freqüentes para a seleção dos casos a serem geridos foram recorrência de internações (66,5%), gravidade clínica, múltiplas doenças ou baixa adesão ao tratamento (47,1%) e complicação clínica (46,3%). Diferentemente do esperado, o alto custo foi um critério mencionado por apenas 21,2% dos hospitais.

Entre os hospitais que referiram envolver seus pacientes na tomada de decisão concernente à gestão de casos, somente 30,9% declararam sempre fazê-lo; 17,2% declararam fazê-lo na maioria das vezes e 22,9% declararam nunca fazê-lo. Quanto ao profissional que atua predominantemente como gestor do caso, o médico foi o mais freqüentemente (64,2%) referido, seguido do enfermeiro, mencionado em 29,2% dos casos.

No que concerne aos critérios utilizados para a realização de estudos estatísticos sobre a variação da prática médica, verificou-se que o alto custo (19,7%) e a existência de evidências clínicas claras sobre a melhor prática a ser adotada (18%) foram os critérios mais prevalentes. A dispersão expressiva no tempo de permanência hospitalar foi também apontada como critério para realização de tais estudos por 10,8% dos estabelecimentos que os realizam.

Discussão

Apesar de nos últimos anos, após a *Lei nº. 9.656/98* e a criação da ANS, ter se verificado uma melhoria na quantidade e qualidade de dados sobre o mercado de saúde suplementar, ele ainda é pouco conhecido e considerado no planejamento do sistema de saúde no país. Essa questão assume grande relevância, em face da abrangência do setor, assim como da sua forte relação com o setor público¹⁰.

De forma sintética e preliminar, este estudo evidenciou que a maior parte dos hospitais prestadores de serviços para operadoras era também provedora de serviços ao SUS, expressando claramente a necessidade de se alcançar maior integração, articulação e complementação entre os prestadores hospitalares públicos estatais e privados no atendimento ao SUS. Evidenciou ainda a expressiva sobreposição de operadoras na contratação de serviços de um mesmo prestador¹⁰.

A maioria dos hospitais localiza-se nas regiões Sudeste e Sul, acompanhando o padrão de distribuição de operadoras e de beneficiários de planos de saúde¹¹, bem como do próprio desenvolvimento regional; adicionalmente, ambas as regiões concentram os hospitais de maior porte e complexidade assistencial. Esse padrão seria esperado tendo em vista a lógica privada das operadoras de planos de saúde, mas se constitui em um desafio para o SUS, fortemente dependente da prestação de serviços hospitalares do setor privado, se considerada a perspectiva de assegurar a prestação de serviços hospitalares de forma mais equânime para o conjunto da população brasileira.

Mesmo que a UNIMED não se constitua em uma única empresa, merece destaque a importância das cooperativas médicas, em virtude de sua abrangência e sua capilaridade nacional; em adição, constituem-se nas principais provedoras de serviços hospitalares na saúde suplementar. Também são expressivas as participações da CASSI e GEAP, respectivamente, segunda e terceira operadoras em volume de faturamento e de internações para a maioria dos hospitais.

Deve ainda ser sublinhada a forte concentração do faturamento de cada hospital em algumas poucas operadoras, expressa, por exemplo, no fato da principal operadora, em volume de faturamento e de internações dos hospitais corresponderem, em média, a 52,3% dos recursos provenientes dos planos de saúde. Isso sugere, também, uma concentração do mercado de planos de saúde, o que já foi apontado por outros estudos^{10,12}.

Observou-se baixa presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão e de monitoramento da qualidade assistencial, endossando outros achados em estudos já realizados sobre hospitais brasileiros^{8,9}. Evidenciaram-se, porém, melhores resultados entre os hospitais que não prestam serviços ao SUS, sendo somente prestadores da saúde suplementar.

Especificamente no que concerne às práticas de gestão da clínica, pode surpreender em algum grau o fato de 51,6% dos hospitais referirem utilizar diretrizes clínicas, mas esse resultado parece ser validado na sua distribuição por complexidade assistencial. Vale ainda destacar tratar-se de um resultado geral, que não discrimina a abrangência de uso das diretrizes nos diversos serviços hospitalares e nem a fonte dessas diretrizes, não informando, portanto, sobre seu uso mais profissionalizado.

O conhecimento das características assistenciais de hospitais ou outros estabelecimentos de saúde provê subsídios para a constituição de redes de serviços capazes de dar respostas mais efi-

cientes à demanda colocada pelos seus usuários. Adicionalmente, a possibilidade de se avançar na comparação da qualidade e dos preços praticados por tais serviços, especialmente os dos hospitais, constitui-se em um desafio que, potencialmente, propicia maior transparência e escolha mais qualificada, por gestores de sistemas ou microsistemas de saúde e por seus usuários, daqueles que melhor atendem as suas necessidades e expectativas^{13,14,15}.

A qualidade dos serviços de saúde constitui-se em forte preocupação presente nos diversos sistemas de saúde do mundo, sejam eles predominantemente públicos ou privados, sendo ainda insuficiente o conhecimento sobre a efetividade das estratégias destinadas à sua melhoria^{16,17}.

Em países mais desenvolvidos, onde a compra de serviços de saúde ocorre de forma mais criteriosa e a escolha do prestador público ou privado é orientada pelo seu desempenho – padrões pré-estabelecidos de estruturas, práticas e resultados assistenciais –, tem sido percebida uma melhoria da qualidade e uma diminuição dos custos da atenção¹⁵. A experiência internacional tem evidenciado ser fundamental incrementar a prestação de contas – *accountability* – e associar o repasse de recursos e outros incentivos a padrões pré-estabelecidos e desejados de desempenho dos prestadores, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e para uma utilização mais racional dos recursos existentes¹⁵.

Resumo

Este trabalho objetivou caracterizar os prestadores de serviços hospitalares no setor de saúde suplementar, uma vez que o conhecimento sobre tais prestadores ainda é incipiente, particularmente em relação à estrutura e à qualidade assistencial. Foi realizado um inquérito nacional, tendo como universo de interesse 3.817 hospitais. Uma amostra estratificada de 83 hospitais foi selecionada. A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2006, por meio de entrevistas com os dirigentes dos hospitais. Para a caracterização assistencial dos hospitais, foram contempladas variáveis relativas à capacidade instalada e produção de serviços, bem como às práticas e estruturas de garantia e monitoramento da qualidade do cuidado. A amostra final pesquisada resultou em 74 hospitais, correspondendo a um universo estimado de 3.799 unidades. Os hospitais prestadores de serviços para operadoras, majoritariamente provedores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), apresentaram baixa presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão e de monitoramento da qualidade assistencial.

Assistência Hospitalar; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde Suplementar

Colaboradores

M. C. Portela e S. M. L. Lima participaram do desenho do estudo, das análises e da redação do manuscrito. M. A. D. Ugá colaborou na coordenação da pesquisa, no desenho do estudo, nas análises e na revisão do manuscrito. M. T. L. Vasconcellos fez o desenho amostral, redigiu a parte relativa ao desenho amostral na seção de métodos e revisou o artigo. S. Gerschman contribuiu no desenho do estudo, nas análises e na revisão do manuscrito.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) o apoio para a realização do estudo no qual este artigo se baseia.

Os autores agradecem ao Prof. Miguel Murat Vasconcellos, que fez parte da equipe do projeto e participou da concepção da pesquisa que originou este artigo, mas, infelizmente, faleceu antes de sua conclusão.

Referências

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008.
2. Hedlin D. A procedure for stratification by an extended Ekman rule. *J Off Stat* 2000; 16:15-29.
3. Haldane JBS. On a method of estimating frequencies. *Biometrika* 1945; 33:222-5.
4. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Szwarcwald CL. Sampling design for the *World Health Survey* in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:S89-99.
5. Hájek J. Limiting distribution in simple random sampling from a finite population. *Publications of the Mathematics Institute of the Hungarian Academy of Science* 1960; 5:361-74.
6. Field MJ, Lohr KN, editors. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington DC: National Academy Press; 1990.
7. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
8. Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, Vasconcellos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:811-8.
9. Lima SML, Barbosa PR, Portela MC, Ugá MAD, Vasconcellos MM, Gerschman S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1249-61.
10. Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, et al. A situação atual do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1421-30.
11. Portela MC, Lima SML, Ferreira VMB, Escosteguy CC, Brito C, Vasconcellos MTL. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:253-6.
12. Reis COO. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:1041-50.
13. Jha AK, Li Z, Orav EJ, Epstein AM. Care in U.S. hospitals: the Hospital Quality Alliance Program. *N Engl J Med* 2005; 353:265-74.
14. Tynan A, Liebhaber A, Ginsburg PB. A health plan work in progress: hospital-physician price and quality transparency. *Res Briefs* 2008; (7):1-8.
15. Waters HR, Morlock LL, Hatt L. Quality-based purchasing in health care. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:365-81.
16. De Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van Der Voort P, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2009; 21:119-29.
17. Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, et al. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297:2373-80.

Recebido em 06/Jun/2009

Versão final reapresentada em 27/Out/2009

Aprovado em 14/Dez/2009