

PROPOSTA DE METODOLOGIA DE MONITORAMENTO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR

**Janáina Bylaardt Volker¹, Ana Maria de Jesus Cardoso¹,
Renata Guimarães Vieira de Souza Pimentel², Taisa Silva Bonelli^{1*5},
Sérgio Adriano Loureiro Bersan^{1*6}**

¹ Unimed-BH, Belo Horizonte - MG/Brasil. Rua Inconfidentes, 44, Funcionários.
10º andar, Torre 2

(janaina.volker, ana.cardoso, taisa.bonelli, sbersan) @unimedbh.com.br

²Consultora – Trinnity Consultoria, Belo Horizonte/Brasil
renata@trinnityconsultoria.com.br

Recebido 12 de maio de 2015, aceito 15 de julho de 2015

RESUMO -As operadoras de planos de saúde, em sua função de monitorar e planejar a rede assistencial, necessitam de ferramentas e metodologias que abordem as realidades locais e, a partir delas, consigam dimensionar os serviços. Assim, a partir de três eixos de análise estabelecidos – território, cliente (indivíduo) e prestador de serviços de saúde – foi elaborada uma metodologia multidisciplinar, com a proposta de entender a relação e interação entre estes. Esta metodologia partiu do território, com sua regionalização em regiões sanitárias. Em seguida foram levantados dados demográficos, a utilização dos clientes, os parâmetros de utilização referenciados na literatura, a origem e o destino desses clientes, além do mapeamento dos serviços de saúde contratualizados pela Operadora realizado através do sistema de informações geográficas (SIG). Estes elementos foram contemplados em uma ferramenta com *design* intuitivo e dinâmico no software Excel, de forma a permitir uma análise da rede e de cada região sanitária. A ferramenta desenvolvida permitiu conhecer a rede assistencial da Operadora, a necessidade de seus clientes, o território e os seus fluxos, e, a partir disso, elaborar estratégias para a tomada de decisão.

Palavras-chave: redes assistenciais, suficiência de rede, regionalização, dimensionamento de rede.

ABSTRACT -For scaling their services Health Assurance Companies, in their role of monitoring and planning their assistance network, require tools and methodologies that approach local realities. Thus, starting from three established analysis axes – territory, client (individual) and health service provider – a multidisciplinary methodology was prepared, intended to understand their relations and interactions. This methodology started with territory, and its regionalization in sanitary areas. Next, demographic data, clients' utilization, utilization parameters referenced in the literature, the origin and destination of these clients, and the mapping of the Provider health services contracts were surveyed using the geographic information system (GIS). These elements were contemplated in an intuitive and dynamic design tool in Excel software, so as to provide analysis of the network and of each sanitary region. With this developed tool, the Provider assistance network could be known, as well as the clients' needs, the territory and its flows, and, based on those data, strategies for decision making could be prepared.

Keywords: assistance networks, network sufficiency, regionalization, network dimensioning.

INTRODUÇÃO

O planejamento e o monitoramento da rede assistencial com o objetivo de assegurar acessibilidade e uso eficiente dos recursos esbarra no desafio de localizar e dimensionar os serviços. Em geral, as tomadas de decisão nesse âmbito ocorrem no nível político, mas deveriam ser pautadas por uma análise profunda das realidades locais (Unglertt, 1990). Neste sentido, existem poucas metodologias para essa avaliação que, além de produzirem os dados necessários, sejam de uso dinâmico e intuitivo para o gestor da rede assistencial.

Um dos métodos utilizados para avaliação quantitativa da rede é o Índice de Suficiência de Rede. Esse índice tem como objetivo principal “possibilitar a avaliação genérica dos serviços contratados em uma região, sinalizando se a quantidade está ou não compatível com o volume de clientes”. A Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2007, desenvolveu uma minuta de Resolução Normativa (RN) em que pautava sobre critérios e metodologias para a análise de suficiência de rede.

Fica estabelecido o índice de suficiência de rede assistencial, que demonstra a relação entre as necessidades de saúde dos beneficiários, definidas a partir de parâmetros assistenciais, e a capacidade de produção potencial, tomando como referência parâmetros de produção e oferta da rede registrada pela operadora.

Art. 19. A rede assistencial apresentada será considerada suficiente quando a relação entre a oferta dos serviços for igual ou maior do que a necessidade estimada a partir dos parâmetros descritos para cada um dos serviços e procedimentos arrolados como prioritários para análise de suficiência constantes do Anexo II.

§ 1o. A avaliação de suficiência considera o direito de escolha do beneficiário; portanto, a oferta de qualquer serviço ou procedimento não poderá ser inferior a dois, desde que comprovada esta disponibilidade.

§ 2o. A análise da produção potencial da rede assistencial disponível para os beneficiários da operadora considera a combinação das características específicas de produção da rede própria e da credenciada. (ANS, 2007).

Porém, entendendo a complexidade que envolve as sociedades bem como sua relação com a saúde, esse índice não pode ser pautado apenas por um critério quantitativo. Ele deve ser capaz de avaliar outras questões, como as necessidades de saúde de cada população e a melhor distribuição geográfica dos serviços. Desta forma, é importante avaliar quantitativamente e qualitativamente não apenas a rede da Operadora, mas entender e conhecer a população em suas perspectivas demográficas, epidemiológicas e sua relação com o território e os serviços de saúde.

O caráter de livre escolha e de faculdade de acesso por parte do beneficiário do plano, conforme citado acima, confere para a gestão do plano um difícil desafio ao se tratar da acessibilidade do cliente. A territorialização do serviço ocorre apenas no plano de gestão, já que não é possível restringir o uso a um determinado local, mas apenas incentivá-lo. A livre escolha do cliente perpassa por seu modo individual de se relacionar com o território e a análise desse relacionamento deve buscar padrões, a fim de compreendê-los e absorvê-los à análise.

Entendendo importância e a necessidade de compreender a rede de saúde estabelecida no território para a melhor assistência aos clientes, a Unimed Belo Horizonte propôs uma metodologia de análise e monitoramento de sua rede assistencial baseada nas relações existentes entre três eixos: território, beneficiários, prestadores assistenciais. Além disso, foi proposto um *dashboard* que permita a análise dessas informações de maneira intuitiva e dinâmica pelas áreas de negócio.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A Unimed Belo Horizonte é uma cooperativa de trabalho médico que atua no mercado da saúde suplementar, pela comercialização de planos e, ainda, em

atividades de atenção ambulatorial e de atendimento hospitalar, através de sua rede própria de clínicas e hospitais. Com mais de um milhão de clientes e atuação em 34 municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, a Unimed Belo Horizonte é a quarta maior operadora de planos de saúde brasileira em receita operacional bruta e a oitava maior em número de clientes, segundo dados da ANS, para 2013.

Para o presente estudo, os métodos de análise e de levantamento de dados foram estruturados a partir das relações estabelecidas entre os eixos anteriormente citados. Entende-se como relação entre os eixos a dinâmica natural em que os fenômenos ocorrem. A saber:

Território: É estabelecido, segundo a ANS, pela Abrangência Geográfica do plano, ou seja “a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário” (ANS, 2005). Assim, no presente trabalho, foi entendido como a área onde atuam os atores e onde se estabelecem os fluxos, as relações e interações entre esses diversos atores.

Indivíduo-cliente: Um dos atores do território. Diferente do termo beneficiário, utilizado pela ANS em que se refere ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde independentemente do número de planos que esse cliente possui, o indivíduo-cliente é a referência ao cliente único, somente duplicado em caso de ter acesso a duas redes de assistência com diferentes concepções.

Prestadores assistenciais: Outros atores do território. São todos aqueles locais que prestam serviços de saúde para o indivíduo-cliente, sejam através de uma pessoa jurídica (hospitais, clínicas, laboratórios, etc.) ou pessoa física (médicos). Por serem entendidos como porta de acesso do cliente à rede assistencial, são considerados na análise os vários locais de atuação de um

mesmo prestador.

A **Figura 1** demonstra os tipos de relações entre os eixos que foram considerados necessários e fundamentais para a análise proposta. Tais relações podem ocorrer entre dois ou mais eixos, assim, como exemplo o Perfil Demográfico em que foram levantadas as características dos clientes de acordo com o local de residência, mostram uma relação entre o cliente e o território.

Regionalização

A metodologia proposta tem como eixo inicial o território. Entende-se que é necessário primeiramente entender a dinâmica que ocorre no território em que a operadora atua para melhor analisar os demais componentes.

A maior parte dos municípios da Unimed-BH compõe a Metropolitana de Belo Horizonte, inclusive a metrópole (**Figura 2**). A população total da área é de 5.330.706, dos quais em torno de um milhão são clientes da Unimed Belo

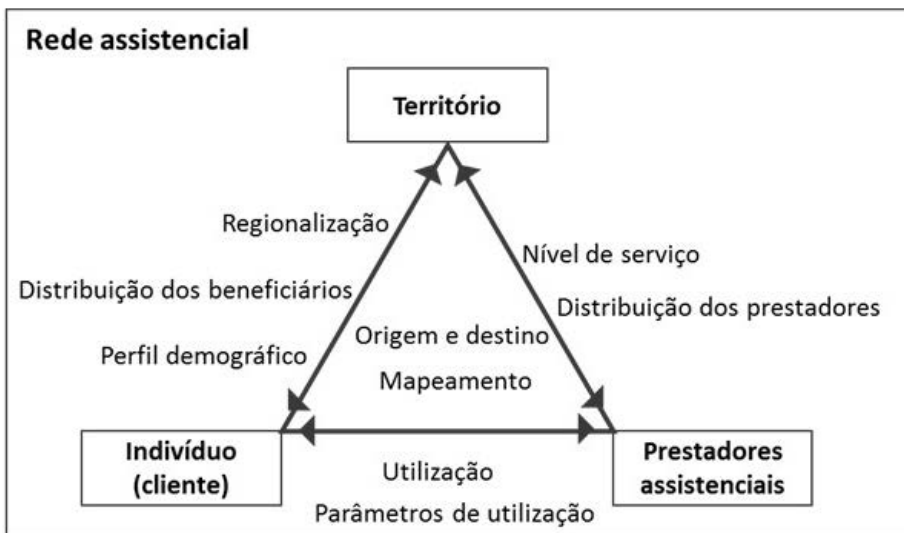


Figura 1. Eixos que compõem a rede assistencial e interações analisadas

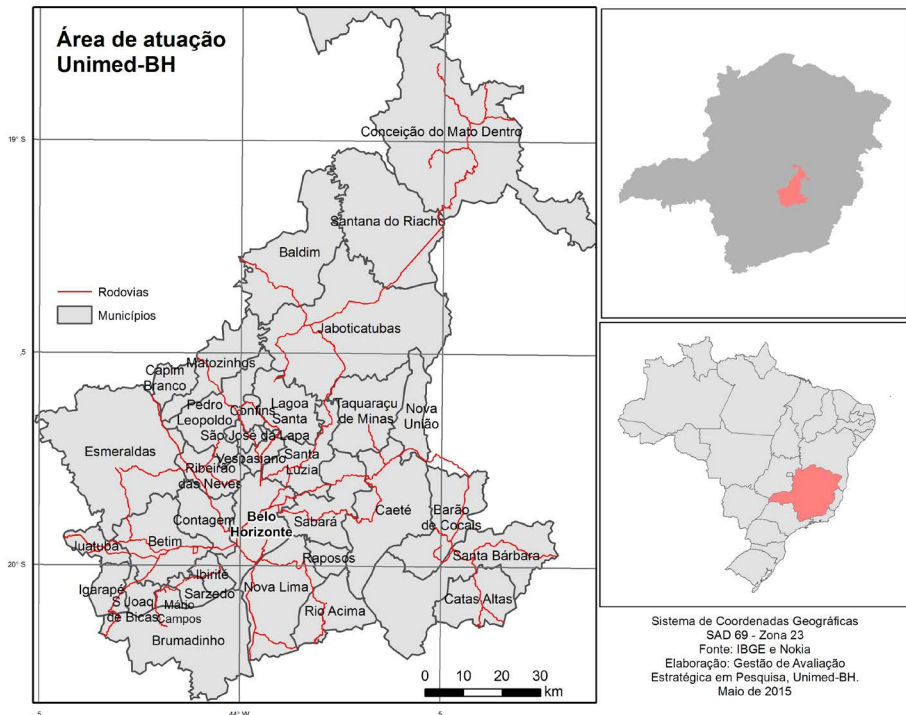


Figura 2. Área de atuação da Unimed Belo Horizonte

Horizonte. A dinâmica metropolitana é, portanto, muito influente na dinâmica de assistência de saúde da Unimed Belo Horizonte, induzindo fluxos, facilitando ou dificultando os acessos.

Para compreender esta dinâmica e melhor gerenciá-la, partiu-se da implantação do princípio da regionalização com a descrição dos distritos sanitários (Mendes, 2009), buscando garantir equidade no acesso e uma distribuição espacial equilibrada da oferta. Esses sistemas universais possuem como fundamentação teórica algumas premissas básicas, como a capacidade de redução das desigualdades sociais e territoriais, promoção da universalidade e a integralidade da atenção à saúde, racionalização de recursos (humanos, financeiros e tecnológicos) e o fortalecimento de políticas que vislumbram

a descentralização dos serviços de saúde, tendo assim um papel relevante no estabelecimento dos fundamentos internacionais para a proteção social dos cidadãos.

Para realizar a regionalização da rede de serviços de saúde da Operadora, de forma mais eficiente, e utilizando um arcabouço metodológico satisfatório, foi utilizado um Sistema de Informação Geográfica (SIG), ferramenta essencial para o tratamento e análise de informações de caráter geográfico.

Os Sistemas de Informação Geográfica são sistemas que lidam com uma classe especial de informação, que não somente monitora os eventos, atividades e fenômenos, mas também levam em consideração onde esses eventos, atividades e fenômenos ocorrem. O SIG foi estruturado utilizando:

- dados cartográficos relativos aos limites políticos administrativos municipais, obtidos no IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística);
- distribuição da mancha urbana e de ocupação extraída a partir da classificação de imagem do satélite LANDSAT (bandas espectrais 543);
- características socioeconômicas da população a partir do CENSO 2010 do IBGE;
- dados de acessibilidade viária por meio da base de dados de roteirização viária Nokia Navteq;
- endereço de residência dos clientes.

Com base nesses parâmetros foram descritas e categorizadas, no caso da Unimed Belo Horizonte, seis grandes Regiões Sanitárias (**Figura 3**), considerando a distribuição populacional e o perfil de acessibilidade viária. Os limites políticos administrativos municipais foram respeitados para melhor interação entre as diversas bases de dados utilizadas, mas ressalta-se o fato de



Figura 3. Regiões Sanitárias da Unimed Belo Horizonte

que as dinâmicas populacionais muitas vezes estão além desses limites pré-estabelecidos, fator que se encoraja levar em consideração para aprimorar o método.

Perfil demográfico

Além dos dados sócio-econômicos realizados na regionalização, foi feito o levantamento do perfil demográfico da população cliente utilizando os dados de sexo e faixa etária, com destaque para os idosos (acima de 60 anos) e as crianças (até 14 anos). Os dados demográficos fornecem um panorama da população e que tipo de serviço deve ser prioritário, de acordo com suas características. A partir destas informações, é possível definir, por exemplo, os parâmetros de prevalência de doenças crônicas, como diabetes, além de câncer, hemofilia e demais comorbidades com parâmetros referenciados na literatura. O modelo permite ainda a avaliação de doenças endêmicas. Essa análise é importante, porém tal perfil não foi realizado nesse momento.

Definição dos serviços a serem avaliados

Para um primeiro panorama, foram escolhidos serviços de acordo com quatro grandes grupos de análise, baseados na natureza desses serviços: Consultas, Exames, Terapias sequenciais e Leitos.

A definição de quais serviços dentro destes grandes grupos seriam avaliados foi pautada por duas fontes principais, a Portaria 1101 do Ministério da Saúde (MS-1101) com os diversos parâmetros e o Anexo II da Minuta de RN da ANS de 2007 onde trabalha com linhas de cuidado e com a Instrução Normativa (IN) 11. Apesar de se basear nesses dois documentos, também foi levado em conta as necessidades de análise da Operadora, adaptando alguns destes serviços para a realidade das bases de dados disponíveis (**Tabela 1**).

Tabela 1. *Serviços avaliados divididos pelos 4 grupos principais*

Consultas	Exames	Terapias	Leitos
Básicas	Anatomia Patológica	Quimioterapia	Totais
Especializadas	Patologia Clínica	Radioterapia	CTI
Urgência	Medicina Nuclear	Terapia Renal Substitutiva	
	Ultrassonografia	Fisioterapia	
	Radiodiagnostico	Fonoaudiologia	
	Mamografia	Terapia Ocupacional	
	Densitometria	Psicoterapia	
	Tomografia Computadorizada	Nutrição	
	Ressonancia Magnetica		
	Endoscopia		
	Ecocardiografia		
	ECG		
	Teste Ergometrico		
	Holter		

Parâmetros

Para verificar o excesso ou a escassez de utilização dos clientes da Unimed Belo Horizonte foi necessário estabelecer parâmetros. Após pesquisas, a principal produção de referência nesse aspecto é a Portaria 1101 publicada pelo Ministério da Saúde em 2001. A normativa estabelece os parâmetros de utilização da população, independente do seu tamanho para os mais diversos serviços e itens de saúde.

Apesar da portaria ter sido elaborada de acordo com os princípios de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter de organização e gestão diferente da Saúde Suplementar, ela traz uma importante discussão sobre os

parâmetros mínimos a que uma população devidamente coberta deve contar para a assistência satisfatória aos serviços de saúde.

É sabido que os sistemas de Saúde Suplementar, por fornecerem aos clientes o livre acesso à rede, possuem, em geral, uma utilização muito acima da preconizada pela Portaria e, exatamente por essa razão, outros parâmetros foram buscados para nortear melhor o estudo:

- saúde Suplementar: dados do Mapa Assistencial da ANS que traz a utilização dos clientes do setor e, para alguns casos, dados da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, que possui a Pesquisa Nacional UNIDAS 2014.

- organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD): Dados de saúde de diversos países reunidos, destes selecionados os Estados Unidos e a Inglaterra.

Portaria 1101 do Ministério da Saúde

A Portaria nº 1101, lançada em 2002 apresenta “recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras” (Brasil, 2001)

Como a portaria serviu de base para a definição dos serviços a serem avaliados, praticamente todos possuíam parâmetro definido. Para permitir a comparação, os parâmetros de serviços de exames e terapias tiveram como denominador o número total de consultas. Na Portaria 1101 esses serviços estão muitas vezes relacionados a um Subgrupo, e nestes casos foram adaptados (**Tabela 2**).

Tabela 2. Exemplo de adaptação no caso de procedimentos de cardiologia

GRUPO DE PROCEDIMENTO	PARÂMETRO RECOMENDADO	CÁLCULO DO PARÂMETRO UTILIZADO
1. CARDIOLOGIA (consultas)	2,1% do total de consultas	2,1% do total de consultas
1.2 Holter	0,5% do total de consultas cardiológicas	0,5% de 2,1% = 0,01% do total de consultas
1.3 ECG	60% do total de consultas cardiológicas	60% de 2,1% = 1,26% do total de consultas

Parâmetros Saúde Suplementar

Esses parâmetros, diferentes da Portaria 1101, foram calculados com base na utilização dos clientes. Os dados absolutos de utilização em 2014 dos serviços avaliados foram obtidos no Mapa Assistencial ANS 2014, bem como a população total de beneficiários em 2014 de acordo com a ANS. As taxas de utilização foram calculadas da mesma forma que a utilização dos clientes, descritas em um tópico mais abaixo.

Alguns itens que não existiam no Mapa, foram consultados na Pesquisa Unidas 2014 com o mesmo critério de cálculo do Mapa Assistencial.

OECD

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) “é uma organização internacional de 34 países que procura fornecer uma plataforma para comparar políticas econômicas, solucionar problemas comuns e coordenar políticas domésticas e internacionais”. Assim, eles recebem dados dos países membros sobre aspectos de saúde, economia, sociais e etc. No caso específico, foram utilizados os dados relativos a 2012, com o número de consultas por habitante, número de leitos por mil habitantes e número de exames de ressonância magnética e tomografia computadorizada.

Os dados fornecidos em números absolutos foram divididos pela população declarada de 2014 para os EUA e Inglaterra.

Nível de Serviço

Trata-se de um conceito existente na Consulta pública 26 da ANS de 2007 que estabelecia critérios e metodologias para avaliação da qualidade assistencial e suficiência de rede. Nessa minuta, a ANS trata os serviços em 3 níveis, que também podem ser interpretados como a complexidade do mesmo.

§ 2º Os procedimentos ou serviços de saúde tipo 1 devem ser ofertados pela operadora no município de residência do beneficiário, respeitando a área de atuação do plano contratado.

§ 3º oferta dos procedimentos ou serviços de saúde tipo 2, quando não disponíveis no município de residência do beneficiário, deverá obedecer à seguinte ordem de prioridade para sua disponibilização, considerada a melhor condição de acessibilidade: municípios limítrofes, municípios que apresentam proximidade geográfica, municípios que se constituem em referência regional ou município-polo de região.

§ 4º Os procedimentos ou serviços de saúde tipo 3 devem ser ofertados na UF em que reside o beneficiário; quando não estiverem disponíveis para o setor suplementar na própria UF, podem ser indicados em outra UF na mesma região ou na de referência, considerando a melhor condição de acessibilidade. (ANS, 2007).

Utilização dos Clientes

Os métodos de avaliação de suficiência de rede na saúde suplementar se deparam com um dilema entre a real necessidade do cliente e seus direitos como consumidor de saúde transmitidos no que ele demanda de fato.

Neste sentido, para a comparação com os parâmetros já descritos anteriormente, foram levantados os dados de utilização por serviço e por ano, para os clientes da Unimed Belo Horizonte regionalizados por local de residência.

Os dados absolutos foram transformados em taxas de acordo com os demais parâmetros relacionados para o estudo:

- consultas: número de consultas/número de clientes
- exames: número de exames/número de consultas – em porcentagem
- terapias: número de terapias/número de consultas – em porcentagem
- leitos operacionais (totais e CTI): número de leitos existentes/número de clientes x 1.000
- leitos médios utilizados (totais e CTI): foram calculados de acordo com o MS-1101:

$$\frac{\text{Número de Internações X Média de Permanência}}{\text{Número de Dias do Ano}}$$

- Leitos máximos utilizados (totais e CTI): foram calculados de acordo com o MS-1101:

$$\frac{\text{Maior número de leitos ocupados em um dia, no ano}}{\text{Número de leitos disponíveis}}$$

Rede de serviços

Em termos de oferta de serviços de saúde, foi importante fazer um levantamento da rede credenciada com os dados quantitativos por tipo de serviço por local, produção e percentual de absorção de cada tipo de produção. Esse dado é complementar aos de demanda e pode ser avaliado com base nos parâmetros.

Para uma avaliação geográfica da distribuição desses prestadores, foram analisados os locais de atendimento, de acordo com o critério de ponto de acesso para o beneficiário.

Mapeamento

Apenas os dados quantitativos não são capazes de fornecer ao gestor de uma rede assistencial a dimensão espacial. Mesmo regionalizados, alguns serviços são necessários em todos os municípios, ou mesmo que existam nesses municípios, podem estar concentrados. Todos esses aspectos são facilitados pela existência de um mapa.

Os mapas foram elaborados com uso do software ArcGIS 10.2, a partir de uma base de dados geográficos que continha os prestadores credenciados por tipo de serviço, o endereço e as respectivas latitudes e longitudes.

Para a suficiência de rede, recomenda-se a elaboração de mapas por serviço, sempre combinados com a distribuição da população em questão. Ou, ainda melhor, que exista um sistema de Web GIS, que permita a gestão dinâmica do território, a seleção de camadas que podem ser conectadas com tabelas de informação, o *zoom* no território, entre outras funcionalidades.

Origem e destino

Os níveis de serviço, adaptados à realidade da Unimed Belo Horizonte, permitiram estabelecer um critério para avaliar o percentual do serviço realizado

na própria região (**Tabela 3**).

Tabela 3. *Nível de serviço e percentual que deve ser absorvido na região*

Nível de serviço	Nível de oferta	(%) deve ser realizada na Região
Nível 1	Município	> 75%
Nível 2	Região Sanitária	> 50%
Nível 3	Região Sanitária Pólo	> 25% (se houver o serviço)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das informações coletadas, estas foram dispostas em forma de *dashboard* no programa Microsoft Office Excel 2010 (Figura 4). Essa apresentação tornou mais fácil a manipulação dos dados e a análise e monitoramento da situação em cada região sanitária. A ferramenta permite:

- escolha da Região Sanitária para análise dos dados;
- número de clientes da Região, quantidade e porcentagem de homens, mulheres, crianças até 14 anos e idosos acima de 60 anos;
- comparação entre as taxas de utilização de cada serviço e os parâmetros definidos pela Portaria 1101, observados na Saúde Suplementar, Estados Unidos e na Inglaterra;
- definição de um parâmetro e cálculo do número absoluto que está acima ou abaixo desse parâmetro para cada serviço;
- visualização da pirâmide etária bem como o mapa da distribuição da população;
- análise da porcentagem de absorção do serviço em questão na própria Região Sanitária com sinalizador por nível de serviço;

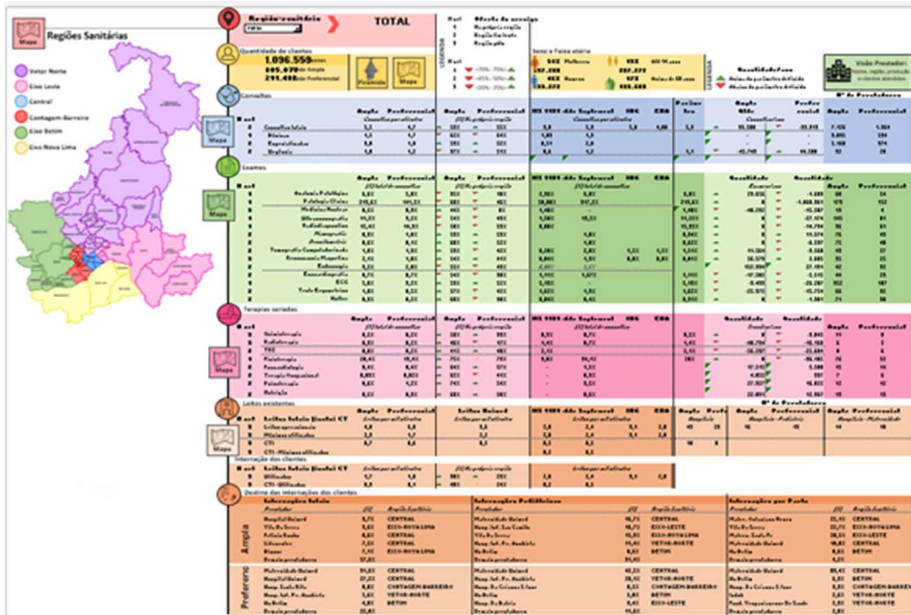


Figura 4. Visão geral do dashboard para análise de Suficiência de Rede

- número de prestadores de cada tipo de serviço;
- mapas da distribuição dos prestadores por tipo de serviço prestado;
- lista de prestadores de alguns tipos de serviço com a (%) de produção absorvida.

Esses elementos conseguiram, de maneira eficiente, fornecer os dados necessários para avaliar as regiões sanitárias, bem como a área de atuação da Unimed Belo Horizonte como um todo. A visão é atualizada e deve ter atualização anual, podendo também conter a análise histórica para avaliação da evolução das taxas.

Os dados levantados foram regionalizados de forma a abranger ao máximo padrões demográficos e seus fluxos em saúde, observando a influência da

dinâmica metropolitana a que a área da Operadora está inserida. Assim, a região central de Belo Horizonte, por sua alta concentração de serviços, também demonstrou ser o polo de saúde da Operadora, acompanhando a atratividade observada na Região Metropolitana. Da mesma forma, Contagem e Betim são outros dois polos secundários que atraem os municípios e regiões de seu entorno.

A metodologia exposta demonstrou ser capaz de responder importantes questões pertinentes ao dia a dia operacional da Operadora bem como àquelas relativas às decisões de maior impacto, buscando sempre uma assistência regionalizada e eficiente ao cliente. A funcionalidade e a apresentação dos dados permitiram uma avaliação intuitiva e simples para o gestor.

Entendendo a complexidade de análise e tomada de decisão no que tange os assuntos relacionados à rede, o painel estimula o aprofundamento nos dados. Neste sentido, sugere-se detalhar as consultas por tipo; levantar dados demográficos de incidência de outras doenças; dados de lactante; estabelecer parâmetros de produção e oferta de serviços, entre outros.

Por outro lado, sugere-se o uso de ferramentas geográficas dinâmicas que permitem uma melhor navegação dos mapas, seleção de camadas, diminuição das escalas, articulação com informações alfanuméricas e que possam ser integradas ao painel.

A metodologia também mostrou a importância da multidisciplinaridade na área de saúde, já que envolveu, para seu desenvolvimento, profissionais da área de saúde (médicos e enfermeiros), economista, demógrafo e geógrafo. A contribuição de cada uma dessas ciências foi fundamental para a elaboração e para o resultado obtido, estimulando as interações entre as diversas áreas da ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANS. (2005). Resolução Normativa ANS n. 100. Rio de Janeiro, 03 jun. 2005.
- ANS. (2007). Agência Nacional de Saúde. Consulta pública 26/2006, fev. 2007. Qualidade da atenção à saúde e suficiência da rede assistencial (rede conveniada de médicos, hospitais, clínicas e laboratórios). Rio de Janeiro, 2007. In: http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas_publicas?catid=54&id=54:consulta-publica-26
- ANS. (2014). Mapa assistencial da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 30 dez. 2014. In: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_20143012.pdf
- BRASIL. (2002). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 1101, 12 jun. 2002: Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 12 jun. 2002.
- MENDES, E. V. (2009). As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 848p.
- OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. (2014). OECD Health Statistics 2014. In: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>
- UNGLERT, C. (1990). O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452.
- UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. (2014). Pesquisa Nacional UNIDAS. São Paulo:UNIDAS.