

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno: Daniel Kiyoshi Iwai



**Ano de Conclusão do Curso
2004**

TCC 144



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ODONTOLÓGICOS PRIVADOS

Daniel Kiyoshi Iwai

*MONOGRAFIA APRESENTADA À FACULDADE de
ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS COMO TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO EM ODONTOLOGIA.*

PIRACICABA
- 2004 -

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNICAMP**

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ODONTOLÓGICOS
PRIVADOS**

Daniel Kiyoshi Iwai

*MONOGRAFIA APRESENTADA À FACULDADE de
ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS COMO TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO EM ODONTOLOGIA.*

ORIENTADORA: PROF.a. Dra. Dagmar de Paula Queluz

**PIRACICABA
- 2004 -**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA**

SUMÁRIO

- **RESUMO5**
- **INTRODUÇÃO7**
- **ESTADO10**
- **A OPERADORA13**
- **O PRESTADOR DE SERVIÇO14**
- **O USUÁRIO15**
- **DISCUSÃO17**
- **CONCLUSÃO18**
- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS20**

Resumo

O objetivo deste trabalho é a avaliação dos serviços de saúde odontológicos privados, discutindo de que forma o setor privado de assistência à saúde bucal vem organizando seus sistemas de avaliação e controle de qualidade, procurando identificar como se dá a participação de cada um dos elementos envolvidos no processo, ou seja, o Estado, as operadoras, os prestadores de serviço e os usuários. Parte-se de uma revisão da literatura de onde são retirados os principais elementos para uma discussão, na qual a premissa básica foi de que os objetivos e os métodos de controle e avaliação são específicos para cada uma das partes envolvidas, e estes que podem se somar ou se contrapor, dependendo de como o processo é conduzido. Desta forma, chegou-se à conclusão de que, mesmo nos casos em que os interesses sejam conflitantes, o processo deve proporcionar meios para que o problema possa ser compreendido sob diferentes pontos de vista. Este tipo de abordagem pode permitir que os mecanismos internos e externos de controle sejam fortalecidos através da participação de todos em busca de um consenso.

Abstract

The objective of this work is to discuss in what form the private section of attendance to the oral health is organizing its evaluation systems and quality control, trying to identify how is the participation of each one of the involved elements in the process, in other words, the State, the operators, the servants and the users. It starts with a revision of literature from where are taken the principal elements for a discussion, in which the basic premise was that the objectives and the methods of control and evaluation are specific for

each one of the involved parts, and these can be added or be opposed, depending of how the process is led. This way, it was reached the conclusion that, even in the cases in that the interests came into conflicts, the process should provide means so that the problem can be understood under different points of view. This approach type can allow that the internal and external mechanisms of control are strengthened through the participation of all in search of consent.

Introdução

A avaliação de serviços de saúde pode ser considerada como parte fundamental no planejamento e gestão de qualquer sistema de saúde em todos os seus níveis, os objetivos e os métodos de controle e avaliação são específicos para cada uma das partes envolvidas, mas muitas vezes está presente neste processo o pensamento simplista e equivocado, de que a avaliação significa um controle sobre o desempenho pessoal deste ou daquele profissional, o que compreensivelmente, acaba gerando resistências e oposição a qualquer trabalho neste sentido. Na realidade a avaliação fornece subsídios para o controle do sistema na medida que analisa o desempenho dos serviços, aponta suas deficiências e define metas a serem alcançadas, mas o objetivo final da avaliação não deve ser apenas o controle e sim uma reorganização sólida que acabe com a crise e forneça sustentabilidade para uma nova fase de crescimento na Odontologia.

Donabedian (1990), um dos autores mais respeitados pelos seus estudos sobre avaliação de serviços de saúde, classifica sete diferentes atributos para a avaliação da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Vuori, (1988), acrescenta a qualidade técnico-científica, lembrando que , em primeiro lugar, vem a eficácia, isto é, o serviço deve ser capaz de produzir o efeito desejado e, logo em seguida, vem a eficiência, ou seja, a relação favorável entre o impacto real e os custos de produção.

A grande preocupação com a avaliação da eficiência dos serviços está ligada ao crescente gasto em saúde, verificado tanto no sistema público quanto no sistema privado de saúde. De acordo com o editorial da revista *The Economist* (1997), até mesmo o Sistema Nacional de Saúde Inglês, tido como um modelo de eficiência em políticas públicas de

saúde, tem tido grandes dificuldades para tentar conter a expansão destes gastos. Entre as principais causas da chamada inflação da saúde estão as inovações tecnológicas, os mecanismos de remuneração dos serviços, a falta de preocupação dos profissionais e usuários com a redução dos custos, ausência de controles adequados que garantam a eficiência e qualidade do sistema. A combinação destes fatores faz com que os gastos em saúde cresçam a uma taxa muito maior do que os níveis de saúde da população assistida.

No Brasil, a questão dos altos custos em saúde no setor público começou a ser analisada mais detalhadamente na década de oitenta, quando surgiram as primeiras propostas de mudanças no sistema de pagamento, passando do pagamento por procedimentos para o pagamento por “pacotes” de serviços, de acordo com cada tipo de intervenção, McGreevy (1988).

Hoje, quando se discute o financiamento à saúde, tanto a disponibilidade de recursos quando a aplicação eficiente dos mesmos é essencial. Isto porque nem sempre um alto investimento em saúde representa um desempenho adequado do setor. Um dos estudos que retrata bem esta situação é o de Shabaz (1993), no qual o autor avalia os efeitos dos recursos econômicos investidos em saúde nos países industrializados. Os dados utilizados tiveram origem em relatórios do Banco Mundial de 1960 a 1990. Neste estudo, observa-se que os EUA apesar de liderarem o ranking dos gastos com a saúde (US\$ 2.566 *per capita* ano, em 1990), situavam-se numa das últimas posições no que se refere ao nível de saúde de sua população, entre os países desenvolvidos. Em contrapartida, o Japão, que gastou *per capita* um pouco mais que a metade do que os EUA, registrou em 1990, o menor índice de mortalidade infantil (5 por mil nascidos vivos). Os resultados mostram que é primordial que se racionalize a aplicação de recursos em saúde, pois o simples fato de se investir mais pode não ser suficiente para que o quadro se modifique.

Mendes (1999), faz uma análise dos gastos nacionais em saúde, tomando como base outros países da América Latina com desenvolvimento econômico semelhante. Neste estudo o autor confronta os gastos em saúde dos países selecionados com cinco indicadores de níveis de saúde: expectativa de vida ao nascer, taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade materna, cobertura vacinal DPT, cobertura da atenção pré-natal. O Brasil apresentou o pior desempenho em relação aos três primeiros indicadores selecionados e uma situação muito desfavorável, em relação à maioria dos outros países, no que diz respeito aos outros dois indicadores.

Médice (1994), ao analisar o financiamento e o gasto público, observa que o Brasil só gasta menos como proporção do PIB, que nações muito pobres, como Nicarágua, Haiti, Honduras, El Salvador e Equador, embora os gastos per capita sejam superiores.

No entanto, muitos destes países, apesar de mais pobres, já apresentam indicadores de saúde melhores que o Brasil. Segundo o autor o desafio não é gastar mais e sim gastar melhor com saúde.

Resultados como estes são explicados por Donabedian (1992), em texto no qual o autor discute a importância de se encontrar o ponto de efetividade ótima nos gastos com saúde. Acima deste ponto, os custos da atenção crescem a uma taxa progressivamente maior do que o nível de saúde, concluindo que a partir de um determinado nível de gastos os benefícios agregados já não valem o custo adicional.

A preocupação com a chamada “inflação da saúde” no setor privado teve maior força nos Estados Unidos a partir das últimas décadas. Na tentativa de conter os altos custos da saúde nasce a Administração em Saúde e a Economia da Saúde, criando novas formas de gestão no setor. Os serviços de saúde passaram a buscar maneiras de controlar os custos, modificando a forma de remuneração dos prestadores de serviço, estabelecendo

parâmetros de saúde, planos de incentivos para a redução de custos, sistemas de auditoria, taxas moderadoras, franquias, investimento em educação continuada da rede de prestadores de serviço e em educação para a saúde dos usuários. As pesquisas na área de saúde passaram a contar com o suporte de tecnologias como a Medicina Baseada em Evidências, que forneceu subsídios para a formulação de protocolos clínicos, que foram introduzidos gradativamente em vários serviços de saúde como medida de racionalização do sistema. A prática da Medicina Baseada em Evidências integra a competência clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível a partir da investigação sistemática. Deste modo as ações de saúde podem ser programadas e avaliadas de acordo com critérios de eficiência e qualidade cientificamente estabelecidos.

As Ciências Atuariais também têm contribuído de maneira extraordinária para o controle de gastos e estimativas de custos em saúde, através do cálculo de vários indicadores como o índice de utilização e tábua de vida, entre outros, ambos de vital importância para administração de sistemas de saúde.

Dentro deste contexto surge o *managed care*, ou atendimento gerenciado, uma proposta de gestão em saúde, que abrange conhecimentos em diversas áreas como a administração, a economia e a estatística, cujas etapas de evolução podem ser mais bem compreendidas no quadro 1.

O Estado

Cabe ainda mencionar, o controle externo exercido pelo Estado sobre as Operadoras. Com sancionamento da Lei 9656/98, que regulamenta os Planos Privados de

Assistência à Saúde, e com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela Lei 9.961/00, as empresas do setor passam a assumir uma série de obrigações perante a sociedade, que antes ou não existiam ou não tinham parâmetros definidos (Teixeira, 2002). Desta forma a prestação de serviços de saúde pela iniciativa privada tornou-se uma atividade muito mais complexa, exigindo um alto grau de profissionalismo, o que pressupõe a utilização de controles cada vez mais eficientes.

Quadro 1: Evolução do Atendimento Gerenciado

Geração Características	
1 Auditoria pós	Contratos com prestadores preferenciais Segunda opinião médica Pouca informação educativa para os usuários
2 Auditoria pré	Transferência de parte dos recursos financeiros captados para alguns prestadores Uso de generalistas como porta de entrada Pagamento prospectivo por “pacotes” (grupo de procedimentos relacionados)
3 Gerenciamento de casos de alto custo	Informações sobre o perfil dos prestadores Protocolos de prática clínica Complexo de incentivos financeiros aos prestadores Transferência completa da capitação aos prestadores
4 Avaliação de resultados no atendimento	Desenvolvimento de tábuas de uso e risco dos beneficiários Integração do sistema de atendimento Melhoria e monitoração dos sistemas de informação
5 Gerenciamento antecipado do caso	Pesquisa das necessidades existentes na comunidade Gerenciamento de determinadas doenças e doentes Integração de vários serviços clínicos Pagamento baseado em resultados Consumidores informados

Fonte: FAIRFIELD (1997)

Entre as estratégias de controle adotadas pela ANS está a implantação do Sistema de Informações de Produtos (SIP, denominação genérica dos Programas de Orientação e Defesa do Consumidor e que integram o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, podendo ter caráter estadual ou municipal), instituído pela RDC no. 85 (25 de setembro de

2001), para monitorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários. Este sistema deverá complementar o sistema de controle econômico-financeiro, implementado em janeiro de 2001 através da regulamentação do Documento de Informações Periódicas das Operadoras (DIOP). De acordo com a ANS, estes sistemas vão gerar indicadores que permitirão que tanto a ANS quanto as operadoras detectem precocemente eventuais distorções nas carteiras de produtos e aperfeiçoem medidas que possam prevenir dificuldades futuras.

Além da ANS, as Delegacias de Defesa do Consumidor (DECON), têm tido um importante papel no controle dos abusos cometidos por algumas operadoras de planos de saúde. Nas reclamações relativas a operadoras de planos de saúde, por vezes, o tratamento do Procon é diferenciado, na tentativa de dar mais agilidade ao processo. Observa-se que, em diversas situações, a DECON é o primeiro local procurado pelos usuários que se sentem prejudicados no cumprimento dos seus contratos com as operadoras (Giovanella, 2002).

O trabalho das DECON neste sentido, têm tido o reconhecimento da classe odontológica, como se pode comprovar pelo recente acordo do Conselho Regional de Odontologia do Ceará (trata-se de um acordo, ainda informal, referido em Boletim Informativo do CRO, no mês de agosto de 2002) com a DECON-CE. Neste acordo se prevê um canal direto de comunicação entre os dois órgãos para que os problemas levados pelos usuários de planos odontológicos à DECON-CE, possam ser resolvidos mais rapidamente.

A atuação destas entidades proporciona um maior controle das operadoras de planos, evitando que entrem ou permaneçam no mercado empresas que não atendam a um padrão mínimo de cobertura e qualidade na prestação de serviços, e ainda, que os preços

dos produtos sejam reajustados sem qualquer justificativa, como acontecia antes da regulamentação dos planos.

A operadora

A rigorosa seleção dos profissionais que irão compor a rede de credenciados é o ponto de partida para o controle da qualidade e dos custos do plano por parte da operadora. Warszawiak (2000), destaca que um dos fatores de maior importância para o sucesso de um plano está na oferta de uma rede própria ou contratada de qualidade, dimensionada adequadamente em razão de sua carteira de clientes, considerando fatores como sexo, idade, características epidemiológicas.

Acrescentamos a estes a distribuição geográfica, a facilidade de acesso e os horários disponíveis para as consultas. Sekulic (2001), observou que o credenciamento de profissionais ainda não é um processo bem normatizado na maioria das empresas, em muitos casos, a contratação se dá sem que a empresa solicite qualquer tipo de comprovação a respeito de sua habilitação como clínico ou especialista, referências pessoais e profissionais, licença sanitária e alvará de funcionamento do consultório, assim como sobre as condições de suas instalações.

Estas variáveis devem ser estudadas com bastante critério em processos de avaliação do sistema, já que os prestadores de serviço é que tomam a linha de frente da assistência interferindo diretamente na satisfação do usuário, na qualidade e nos dos serviços oferecidos.

O prestador de serviço

Zanetti (1988), em seu trabalho sobre a crise da odontologia brasileira, conclui que o mercado de trabalho do cirurgião dentista sofreu uma completa transformação durante a última década, que se reflete na radical queda tendencial da taxa de lucros, multiplicação dos arranjos de instrumentos concorrenciais, volatilização e incerteza dos rendimentos, o que faz com que hoje o profissional que pretende atuar nesta área precise ter domínio de conhecimentos que costumam ir além da formação que lhe foi ofertada em sua graduação. Os novos sistemas de trabalho, junto aos planos de saúde odontológicos, passam a intermediar a relação profissional/paciente, modificando a lógica de funcionamento do consultório ao interferir nas formas de remuneração do profissional, na sua rotina de trabalho e até mesmo em seu plano de tratamento.

Para reequilibrar um mercado de trabalho que foi estruturado com bases completamente diferentes, é necessário que o odontólogo aprimore a sua capacidade de gerenciar o consultório e compreender o funcionamento das empresas para as quais presta serviço. O primeiro passo neste sentido é conhecer exatamente a composição dos custos dos serviços oferecidos e a partir daí estabelecer parâmetros de eficiência e qualidade, para saber onde e quando melhor aplicar os recursos disponíveis, evitando o desperdício com tecnologias e tratamentos que pouco acrescentarão à sua prática clínica e à saúde do paciente.

Para suprir esta e outras lacunas na formação do odontólogo, é importante que o profissional busque atualizar-se não apenas no âmbito da odontologia, mas também na

esfera das ciências sociais e humanas. Estas ciências podem trazer subsídios para uma nova concepção de saúde bucal, que se baseia nas necessidades de saúde do paciente dentro de uma abordagem social.

Diante do que foi discutido até o momento, pode-se identificar importantes mecanismos de controle do sistema na conduta de profissionais bem formados, atualizados, conscientes da sua responsabilidade social e motivados para trabalhar em parceria com as empresas que o contrataram. Mas, para que o próprio profissional atue como um parceiro do plano, preocupando-se com o controle de custos e qualidade dos planos odontológicos, muitos problemas devem ser solucionados, a fim de diminuir o grau de insatisfação que predomina entre os credenciados de diversas operadoras.

O usuário

O interesse pela avaliação da satisfação do usuário cresceu juntamente com o movimento pelos direitos do consumidor na década de 60 nos Estados Unidos e Europa, sendo que teve especial repercussão no Serviço Nacional de Saúde Inglês, na década de 80, em que havia uma preocupação tanto gerencial quanto com a qualidade dos serviços prestados, (Oliveira, 1998).

O usuário externo, como consumidor final, é sem dúvida um elemento importantíssimo em um processo de avaliação e controle. Sua satisfação deve ser um dos principais objetivos da empresa e prestadores de serviço, visto que já foi possível confirmar

que pacientes satisfeitos têm maior probabilidade de manter-se com o mesmo profissional, não faltar às consultas, aderir ao tratamento e recomendar os serviços, o que é um ganho incontestável em termos gerenciais (Oliveira, 1998). Por isto mesmo, todo o esforço deve ser empregado para ouvi-lo, não se restringindo a ouvir apenas aos que levam suas queixas ou observações ao conhecimento dos responsáveis, mas indo além; mantendo um canal aberto de comunicação, com estímulos à participação destes na solução dos problemas do plano.

No setor público de saúde a importância da participação do usuário no controle do sistema já é reconhecida, o que pode ser verificado pela ênfase que tem sido dada a necessidade de fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde. De acordo com a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, estes conselhos, com composição paritária entre representantes do governo (incluindo profissionais de saúde) e da população, deverão ser responsáveis pelo controle de todas as operações do Sistema Municipal de Saúde. Desta maneira os usuários podem fiscalizar diretamente todas as ações de saúde, em consequência, os custos de auditoria e controle do sistema tendem a ser reduzidos e a satisfação dos usuários é mais facilmente alcançada (Bresser Pereira, 1998).

Uma questão fundamental, para que o usuário possa dar uma contribuição cada vez mais efetiva neste processo, é o aumento do seu grau de informação sobre alguns aspectos básicos como suas condições de saúde bucal, técnicas de tratamento e prevenção disponíveis e sobre o funcionamento do seu plano de saúde. Quando mais esclarecido estiver o paciente maior o controle que ele poderá exercer sobre o seu tratamento, sobre o prestador de serviço e sobre o próprio plano.

Discussão

As inter-relações do processo de avaliação e controle são bastante complexas. Embora se parta, na maioria das vezes, de um método de trabalho que assume um perfil vertical, no qual a perspectiva do gerente do serviço é única a ser considerada, cada vez mais são valorizadas as práticas horizontais de controle e avaliação que nascem de um processo de negociação entre os diferentes grupos envolvidos em torno do mesmo objetivo: “a melhor relação custo-efetividade”.

Na maioria das empresas odontológicas o trabalho do auditor se restringe à simples verificação da conformidade dos procedimentos com a norma. Os usuários (clientes externos) e prestadores de serviço (clientes internos) dificilmente são sequer consultados em relação à sua satisfação com a empresa. Poucas empresas se preocupam em implantar uma política de valorização da rede de credenciados ou mesmo em manter um processo de busca ativa de reclamações e sugestões dos clientes. As empresas normalmente se limitam a dar resposta às queixas que lhes são apresentadas diretamente. Será que todos os usuários insatisfeitos reclamam à empresa? Será que todos os usuários que não fazem reclamações à empresa estão satisfeitos?

Muitos autores discutem a importância de uma abordagem multidimensional, incluindo todos os vários atores do processo na avaliação, entre eles Serapioni (1999) e Junqueira & Auge (1995) e ainda as diferentes perspectivas de avaliação. Partindo-se deste referencial, os métodos de trabalho nesta área devem ser adaptados de maneira que possa

ocorrer, além dos sistemas tradicionais de auditoria, um processo de avaliação e controle difuso e voluntário partindo dos prestadores de serviço, usuários, e funcionários da administradora de planos. Este tipo alternativo de controle só poderá ser efetivo se houver espaço e estímulo para que ele se desenvolva no sistema.

Conclusão

Pode-se concluir que esta nova abordagem de auditoria e controle pode representar uma alternativa viável aos tradicionais métodos de controle centrados apenas na identificação de erros e fraudes, sem uma preocupação maior com o levantamento das causas primárias da ineficiência do sistema ou da insatisfação dos usuários. Para que se alcance o máximo retorno com estas atividades é preciso que o trabalho seja estrategicamente planejado visando melhorias para o sistema como um todo. Isto pressupõe responsabilidade e participação de cada um dos envolvidos, ou seja, da operadora, dos prestadores, dos usuários e até mesmo do Estado, que deve agir como uma espécie de “controle externo” do sistema, garantindo que os contratos sejam cumpridos e que padrões mínimos de qualidade sejam observados na prestação de serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

- Bordin, R. ET. AL. **PRÁTICAS DE GESTÃO EM SAÚDE: EM BUSCA DA QUALIDADE**. PORTO ALEGRE: ED. DACASA/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PDG SAÚDE, 1996.
- Brasil. **LEIS, DECRETOS e RESOLUÇÕES**, foram colhidas em publicações citadas no Diário Oficial da União, ou em publicações específicas do Conselho Federal de Odontologia.
- Donabedian, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio**. Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.
- Donabedian, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**: 114: 1115- 1118, 1990.
- Editorial. AN UNHEALTH SILENCE. **The Economist**. p. 38-42, mar. , 1997.
- Fairfield, G. et al. Manage care: origins, principles, and evolution. **BMJ**. n.314, p. 23-26. 1997. Elisabeth Sekulic - Socorro Veras - Silvia Maria Nóbrega-Therrien
- Fetheazan, S. Investimentos em saúde: uma perspectiva internacional. **Conjuntura Econômica**, out., 1993.
- Giovanella, L. ;Ribeiro, J. M.; Costa, N. R. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. In: **Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002
- Junqueira, L. A. P.; Auge, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde usuário. **Cadernos FUNDAP**, p. 60-76, 1995
- Junqueira, L. A. P.; Auge, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde usuário. **Cadernos FUNDAP**, p. 60-76, 1995
- Mcgreevy, P. W. The high costs of health care in Brazil. **Health Economics**, p. 51-71 , 1988.
- Médice, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 216p.

- Mendes, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hubitec, 1999.
- Oliveira, F. J. A. A contribuição da antropologia nos estudos de satisfação e avaliação dos serviços de saúde no nível de atenção primária à saúde: vale a pena ouvir o que o paciente tem a dizer? **Mom. e Perspec. Saúde**. Porto Alegre, V. 11, n. 01, jan/jun, 1998.
- Pereira, L. C. B. A reforma administrativa do sistema de saúde. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**. Brasília: Ministério de Administração e Reforma do Estado, n. 13, 1998.
- Pereira, L. C. B. A reforma administrativa do sistema de saúde. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**. Brasília: Ministério de Administração e Reforma do Estado, n. 13, 1998.
- Sekulic, E. **Planos de Saúde e credenciamentos**. Curitiba: Monografia (Especialização) – Especialização em Administração em Saúde/Sistemas e Planos de Saúde, PUC/PR, 2001.
- Serapioni, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set/dez.1999.
- Teixeira, ^a et. al. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil. In: **Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar., 2002.
- Vouri, H. Education and the quality of health services. **Health Policy and Education**, n. 1, p. 67-69,1979.
- Warszawiak, M. **Economia e custos em saúde**. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná/ISAD, 2000
- Zanetti, C. H. G. **A crise da odontologia brasileira: as mudanças do Mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa**. Brasília: Trabalho Acadêmico – Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, 1999.