

## ARGUMENTAÇÃO

**Lâmina 1 - Título do trabalho:** Custos Assistenciais - estatísticas e sinistralidade

**Lâmina 2 - SISTEMAS DE SAÚDE - Contextualização**

Os sistemas de saúde em todo o mundo representam um “conjunto de serviços, recursos, indivíduos e organizações articuladas entre si para atender as necessidades de saúde de uma população/comunidade”. (1)

Esses Sistemas estão em constante mudança, pressionados por fatores relacionados a custos, acessibilidade, incorporação de tecnologia, demanda, qualidade, mudanças políticas e econômicas. Nos diversos países eles foram constituídos conforme a opção político-ideológica tomada, em determinado contexto e momento histórico de cada país.

Genericamente, pode-se dizer que os Sistemas de Saúde seguiram duas vertentes básicas:

Universalista – no quais todos os cidadãos têm direito à assistência médico-hospitalar oferecida pelo Estado, gratuitamente no momento do uso, e que é financiada por impostos e taxas gerais (direito de cidadão); este é o Sistema vigente na Inglaterra, Canadá e nos países ex-comunistas (Rússia e outros) ou ainda comunista(Cuba);

Assistencialista – no quais os cidadãos são divididos em dois grupos:

- Os que contribuem para Fundos de Saúde públicos, geralmente dentro da Previdência Social (modelo da maioria dos países europeus) ou privado (Planos e Seguros de Saúde - modelo dos Estados Unidos); é a população economicamente ativa que, mediante contribuição mensal, tem direito à assistência médico-hospitalar organizada com os recursos financeiros deste Fundo (*direito de contribuinte* no caso da Previdência Social, *de consumidor* no caso de Planos/Seguros de Saúde);
- Os que não contribuem para nenhum Fundo e por isso são assistidos em suas necessidades pelo Estado e por entidades filantrópicas.

No Brasil, a opção tomada foi a *assistencialista*, via Previdência Social, desde a criação da 1ª Caixa de Aposentadoria e Pensões, em 1923, evoluindo progressivamente para:

- a) Institutos por categorias profissionais, os IAP's (1930);
- b) Depois para Institutos por local geográfico de trabalho, o INPS - urbano (1967) e o FUNRURAL-rural (1972);

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

c) Posteriormente, para um Instituto exclusivo de assistência médico-hospitalar para todos os contribuintes, o INAMPS (1978).

Ou seja, a população economicamente ativa, contribuinte da Previdência Social, era assistida pelo órgão previdenciário e a população não contribuinte da Previdência Social era assistida por órgãos do Estado e filantrópicos.

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a assistência médica- hospitalar foi considerada *direito de cidadão*, criando-se o Sistema Único de Saúde - SUS – para que o Estado pudesse exercer o seu *dever* de atender tal *direito*, de acordo com a opção *universalista* feita pelos constituintes. Sem recursos financeiros suficientes, o SUS nunca conseguiu atender toda a população.

A crescente dificuldade do Estado em cumprir com esse dever constitucional tem produzido um aumento significativo na procura por Planos e Seguros Privados de Saúde, desde então.

Em 1998, finalmente, o Governo admite, indiretamente, que não tem recursos financeiros para exercer seu *dever* constitucional, ao promulgar a Lei 9656, na qual reconhece formalmente a existência de Planos e Seguros Privados de Saúde, regulamentando suas atividades.

Na prática, isto significa a retomada da opção *assistencialista*, agora com a assistência médico-hospitalar sendo prestada à população economicamente ativa não mais por órgãos previdenciários, mas por Planos e Seguros Privados de Saúde existentes no mercado.

### **I – Opções atuais no Brasil para acesso a Assistência à Saúde**

Uma pessoa que vive no Brasil pode ter acesso à assistência à saúde:

- 1) Via SUS – livre para todos os cidadãos que residam e/ou trabalhem no Brasil;
- 2) Via Planos/Seguros Privados de Saúde comercializados no mercado: restrito a pessoas (e seus dependentes diretos) que trabalhem em empresas, associações, sindicatos, ou a famílias e indivíduos que comprem, no mercado, Planos de Medicina de Grupo (incluindo Planos Próprios de Hospitais), e de Cooperativa de Médicos, Seguro-Saúde; ou, via Planos de Saúde próprios de empresas: restrito a funcionários (e seus dependentes diretos) de empresas que administrem diretamente o Plano, ou deleguem a administração à sua Fundação de Previdência, ou ainda a terceiros.

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE  
 GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
DADOS DO SUB-SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL

Independente da opção político-ideológica tomada em determinado momento e contexto histórico por um país, para criar seu Sistema de Saúde, a crise de credibilidade é comum a todos. Praticamente todos os governos, dos mais variados países do mundo, estão ocupados em reformas de seu Sistema de Saúde.

A grande vilã desta crise universal dos Sistemas de Saúde é conhecida por *inflação da saúde*, que reflete o crescimento dos preços da assistência médico-hospitalar e se mostra sempre superior ao crescimento dos preços na economia como um todo, em qualquer país do mundo!

**A inflação da saúde tem como principais causas:**

- a) A apropriação pela medicina de praticamente todas as formas humanas de nascer, viver e morrer; ações e serviços de saúde são cada vez mais prescritos para consumidores sôfregos em encontrar meios para prolongar a vida;
- b) O aumento da cobertura horizontal – mais população para ser assistida por médico – e da cobertura vertical – mais médicos especialistas por indivíduo;
- c) O avanço tecnológico nos Sistemas de Saúde; os novos equipamentos incorporados não substituem os já existentes, diferentemente do que acontece nos ramos industriais/empresariais, mas se superpõem a estes, exigindo mão-de-obra mais cara e especializada para manejá-los;
- d) O crescimento da população idosa, em termos absolutos e relativos, que, compreensivelmente, além de consumir mais, utiliza os mais caros dos serviços de saúde.

Os serviços de saúde, em todos os países do mundo, caracterizam-se por ter uma inflação própria, maior do que a inflação dos demais setores da economia:

EUA	1965	1994
CUSTO ASSISTENCIAL (PER CAPITA)	202 dólares/ano	3.510 dólares/ano
PIB	5,7%	13,7%
BRASIL	1994	2002
CUSTO ASSISTENCIAL (PER CAPITA)	R\$ 62,32/ano	R\$ 165,55/ano
PIB	2,73%	2,46%

## II – Macro ambiente tecnológico: Modelos Assistenciais de Sistema de Saúde

Chamamos de Modelo Assistencial à forma como são organizados as ações e os serviços dentro de um Sistema de Saúde.

O Modelo Assistencial é fortemente influenciado pelo chamado *complexo médico-industrial*:

- a) *Complexo médico-industrial direto* -
  - Empresas operadoras de planos/seguros de saúde
  - Pessoal das equipes de saúde (destaque para o médico)
- b) *Complexo médico-industrial indireto* -
  - Indústria de equipamentos
  - Indústria de medicamentos

O *modelo assistencial* tradicionalmente vigente na maioria dos Sistemas é *centrado no médico*. Este *modelo* privilegia:

- a) A ação do médico e não a de uma equipe de profissionais da saúde que seria, na maioria das vezes, coordenada por um médico;
- b) A ação do médico especialista e não a do médico generalista;
- c) O diagnóstico por exames cada vez mais precisos feitos em máquinas e equipamentos que incorporam tecnologia de ponta, e não mais o diagnóstico por anamnese e exame físico feitos pelo médico, apenas com apoio de exames;
- d) A atenção do médico às queixas objetivas do paciente no momento da consulta, sem relacioná-las muitas vezes com o ambiente familiar, físico, social e de trabalho com os quais o paciente interage;
- e) As ações e serviços relacionados com processos de cura e tratamento de doenças e não os relacionados com processos de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- f) A atenção do médico ao órgão doente da pessoa e não à pessoa que está com um órgão doente.

Embora a maioria dos Sistemas de Saúde tenha diminuído a liberdade de os pacientes escolherem um médico e tenha passado a intermediar o pagamento de honorários médicos, agora negociados com a operadora, a característica de liberdade de prescrição do médico de modo geral tem sido mantida.

Assim, pode-se dizer que todos os Sistemas de Saúde se transformaram em *validadores* das prescrições da prática médica liberal clássica, cuidando apenas

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

do credenciamento de uma rede de médicos e prestadores de serviços de saúde para a população abrangida.

Os médicos credenciados passam a atender esta população mediante o pagamento de valores constantes de uma tabela acordada entre eles e a operadora.

Neste *modelo assistencial*, qualquer médico é *porta-de-entrada* do Sistema, e suas prescrições fluem livremente, validadas apenas por controles administrativos.

O usuário, morador ou trabalhador em uma região, pode livremente procurar qualquer médico em qualquer região.

Na prática, nenhum Sistema de Saúde, quer seja do tipo *universalista*, quer seja do tipo *assistencialista* (por seus vários sub-sistemas: órgãos públicos previdenciários ou planos/seguros privados de saúde), ousou interferir decisivamente nessa liberdade de prescrição do médico até algum tempo atrás.

Ou seja, de modo geral, é recente e incipiente o *gerenciamento* da assistência médico-hospitalar prescrita pelos médicos. As prescrições têm sido historicamente aceitas e validadas, a não ser que o usuário não tenha cobertura pelo Sistema utilizado.

### **III – Sistema de Saúde em transição: O Modelo de Assistencial em tradicional racionalizado**

Com a crescente preocupação com o seu equilíbrio contábil-financeiro, alguns Sistemas estão migrando do *modelo assistencial tradicional, centrado no médico*, para um *modelo centrado no economista*, ou seja, a necessidade de equilíbrio financeiro passa a ditar o que vai ser atendido da prescrição feita *livremente* pelo médico.

Nessa lógica são introduzidos controles administrativos sobre as prescrições feitas pelos médicos para seus pacientes, de modo geral de caráter quantitativo; por exemplo, passam a ser monitorados:

- a) Número de consultas médicas por mês por beneficiário
- b) Número de exames laboratoriais gerados por consulta
- c) Número de internações de beneficiário por ano

O médico que era o *gerente* do Sistema é substituído por (ou passa a conviver com) um profissional da área de administração, ou de economia, ou de áreas afins, que tem a missão, agora prioritária, de equilibrar financeiramente o Sistema.

Isto cria uma situação de permanente busca de alternativas financeiras pelo **novo gerente** do Sistema para fazer frente às despesas decorrentes da aceitação das prescrições dos médicos.

#### **IV – Um Modelo Assistencial Idealizado para o Futuro**

Todos os gestores de saúde estão buscando um *modelo assistencial ideal*, mas, na realidade, estamos ainda longe de conseguir implantá-lo, embora várias das suas premissas já possam, aqui e ali, estar sendo utilizadas.

Os estudiosos da área de saúde e os formuladores de novos conceitos indicam que o *modelo ideal* deixará de ser *centrado no médico e/ou no economista*, para ser *centrado no paciente e na população coberta*, tendo as seguintes premissas:

- a) Base no conhecimento da epidemiologia, das causas das doenças;
- b) Integração do sistema com o meio ambiente;
- c) Forte componente de ações relacionadas à melhoria da qualidade de vida individual e coletiva;
- d) Integração do sistema com recursos comunitários relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças;
- e) Regionalização da assistência conforme local de moradia e de trabalho da população coberta;
- f) Vinculação obrigatória, ou preferencial, dos usuários a uma *porta-de-entrada*, que pode ser uma unidade de saúde, um ambulatório, um consultório médico existente na região; esta *porta-de-entrada* será constituída por médico clínico geral, ou por médicos das especialidades básicas – de adultos + pediatria + ginecologia e obstetra + oftalmologia;
- g) Constituição de uma rede de médicos especialistas, serviços e hospitais como retaguarda e referência para as unidades *porta-de-entrada*, onde os pacientes só poderão ser atendidos quando encaminhados pela unidade *porta-de-entrada*, ou em situações de urgência e emergência médica;
- h) Introdução de metas a serem atingidas pela unidade *porta-de-entrada*, avaliadas mensalmente; serão metas de produção e gastos com exames, consultas encaminhadas para especialistas, internações hospitalares, medicamentos por receita médica etc., metas relacionadas às condições de saúde da população atendida por esta unidade, metas relacionadas ao grau de satisfação do paciente cliente com o atendimento, entre outras.

Este *modelo ideal* descrito acima, deverá conter componentes básicos dos dois outros modelos, *centrados no médico e no economista*, respectivamente.

O componente de liberdade do médico prescritor continua sendo fundamental no atendimento ao usuário, mas será agora continuamente **avaliado e negociado**, tanto quanto aos resultados para a saúde do cliente e da população coberta, como quanto aos resultados financeiros para o sistema.

O componente de racionalização administrativo-financeira continuará sendo fundamental na gestão do plano, mas esta gestão deverá ser cada vez mais profissionalizada e, portanto, avaliada quanto aos resultados físicos e financeiros que obtiver.

**Lâmina 3 - Constituição Federal de 1988:** seguindo o exemplo da Organização Mundial de Saúde, a Constituição de 1988 reservou um lugar de destaque para a saúde, tratando-a, de modo inédito no constitucionalismo pátrio, como um verdadeiro direito fundamental. “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Com essas palavras a Constituição Federal de 1988 abre seu art. 196 para expressar o compromisso do Estado de garantir a todos os cidadãos o pleno direito à saúde. Essa garantia, conforme a literalidade do artigo mencionado será efetivada “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações.

**Lâmina 4 - Gráfico - Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**

MODALIDADE	BENEFICIÁRIO POR OPERADORA (Milhões)
Medicina de Grupo	15.800.381
Autogestão	5.254.576
Cooperativas	13.960.657
Seguradoras	5.019.225
Filantropia	1.357.181

Fonte: ABRAMGE/ABRASPE

**Lâmina 5 - Regulação da Saúde Suplementar:** Completando 10 anos da Lei 9.656 que regulamenta os Planos de Saúde, a agência reguladora na saúde suplementar tem como características: o controle, a normatização e a fiscalização, *“baseados num modelo assistencial resultante da evolução do estado de bem-estar social, na intensificação da intervenção estatal indireta ou normativa na ordem econômica, na instituição de entidades especializadas para intervenção permanente e sistematizada e intervindo no mercado por meio de instrumentos de autoridade”*.

**Lâmina 6 - Índice de Sinistralidade:** é o índice que mostra a relação entre os custos assistenciais e as receitas (contraprestações) da Cooperativa. A Unimed SJC atua em

várias frentes para manutenção do índice de sinistralidade ideal da Cooperativa, assegurando sua sustentabilidade. A redução de custos viabilizada pelas diversas formas de auditoria, possibilitam a reversão de tais economias para a melhoria da remuneração do Cooperado.

#### **Lâmina 7 - Performance de Custos Assistenciais nas diversas operadoras**

Em 2008, o setor foi responsável por 212 milhões de consultas médicas e 4,8 milhões de internações. o número médio de consultas nos planos médicos foi 5,3 por beneficiário, média essa menor nos planos coletivos (5,2) do que nos planos individuais cuja população é mais idosa (6,6 ou 27% mais consultas por beneficiário).

O pagamento médio por consulta foi de R\$ 40,20, havendo pouca diferença de valor entre planos individuais e coletivos. A modalidade que mais bem remunera são as Seguradoras com R\$ 52,22 (modalidade com maior incidência de contratos com reembolso), seguida das Cooperativas R\$ 43,49, Autogestões R\$ 38,75, Medicinas de Grupo R\$ 33,55 e Filantropia R\$ 31,39.

A taxa de internação foi de 13,2% por qualquer causa em relação ao total de expostos para internação, o que corresponde a 0,132 internações por beneficiário exposto para esse tipo de serviço. Novamente, os planos individuais tiveram uma ocorrência maior de eventos (16,3% ou 0,163 por exposto).

O pagamento médio por internação foi de R\$ 3.480,75, destaque para o gasto de R\$ 7.246,68 por internação das Seguradoras, mais do dobro do gasto das Autogestões, de R\$ 3.555,78, segundo maior custo de internação.

O gasto com internação na Filantropia foi o menor, totalizando R\$ 2.153,88 por evento.

Apesar dos esforços da ANS e sua campanha de mídia e das próprias operadoras para incentivar o parto normal, a taxa de cesáreas subiu de 81,3 para 82,3, o que mostra que a questão do parto na saúde suplementar ainda depende de alinhamento de incentivos.

#### **Lâmina 8 - Exclusões da Lei 9.656**

**Parágrafo único. São permitidas as exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, observando-se as seguintes definições:**

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso **off-label** ).

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

VIII – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**Lâmina 9 - Modelo Assistencial Eficaz:** Dado retirado de documento da ANS mostra a mudança no papel e o desempenho dos atores na saúde suplementar, após o advento da regulação do Setor:

As operadoras.....como gestoras de saúde

Os prestadores de serviços.....como produtores de cuidado em saúde

Os beneficiários.....como usuários com consciência sanitária

A ANS..... como órgão regulador qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde.

**Lâmina 10 - Atores do processo regulatório da Assistência à Saúde e seus anseios:** Sob a óptica da Unimed SJC, os clientes da Operadora estão no centro das atenções. A Cooperativa, os Cooperados, os Prestadores de Serviços, a ANS e os Órgãos de Defesa do Consumidor devem trabalhar em conjunto, para proporcionar promoção e assistência à saúde de qualidade aos clientes.

**Lâmina 11 - Políticas Assistenciais da Unimed SJC:** Política de Valorização da Remuneração do Cooperado; Política de Controle de Qualidade dos Serviços Assistenciais; Política de Avaliação de Desempenho em Saúde; Política de Priorização dos Recursos Próprios como porta de entrada para os atendimentos; Política de Gestão da Rede de Serviços Credenciados; Política de Relacionamento com o Cliente; Política de Relacionamento com o Cooperado; e, Política de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças.

**Lâmina 12 - Ações para Redução de Custos Assistenciais relacionadas a Clientes -** as principais ações foram o estímulo à adaptação dos Planos; Equipe multidisciplinar para atendimento ao cliente: médico, enfermeira e assistente social; Central de Atendimento Telefônico qualificada e resolutiva; implementação de Serviço de Ouvidoria (ombudsman); instauração de Junta Médica Desempataadora; e, a inclusão dos clientes em Programas de Promoção à Saúde (Ex.: Programa de Obesidade, Programa de Planejamento Familiar, Programa de Pé Diabético, Programa de Atendimento Domiciliar, entre outros).

**Lâmina 13 - Ações para Redução de Custos Assistenciais relacionadas a Cooperados -** Principais Ações: Revisão e aprovação do novo Estatuto; Instruções Normativas: de OPME, de Avaliação de Novas Tecnologias, de Encaminhamento para Serviços fora da área de abrangência e outros; Cadastro de Cooperados: monitora a qualificação profissional, por meio da análise e arquivo de títulos e outros documentos, com atualização periódica; Programa de Bonificação de Consultas e Cirurgias; Adoção de Diretrizes elaboradas pelas Sociedades de Especialidades; Elaboração de Protocolos pelos Comitês de Especialidades da Cooperativa; e, Avaliação de condutas médicas pelo Comitê Técnico Disciplinar.

**Lâmina 14 - Ações para Redução de Custos Assistenciais relacionadas aos Prestadores de Serviços -** Principais Ações: Formalização contratual das regras de Regulação Assistencial da Cooperativa; Qualificação da Rede de Serviços; Guias TISS com advertência para não utilização de OPME's importadas; Negociação em forma de "capitation" – Clínicas de Oncologia.

**Lâmina 15 - Ações para Redução de Custos Assistenciais relacionadas às Equipes de Regulação -** Principais Ações: Análise técnica tendo como referência a Medicina Baseada em Evidências Científicas; Cumprimento da legislação para Planos Regulamentados e do previsto em Contrato para Planos Não-Regulamentados; Auditoria Médica/Enfermagem: análise de coberturas e sinistralidade empresarial, previamente à análise técnica; Negociação com clientes empresariais para coberturas na modalidade de "Custo Operacional" quando da exclusão contratual de algum item de

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

assistência; Discussão de casos com o médico assistente (Cooperado); Equipe multidisciplinar para comunicação das negativas – atendimento presencial do cliente: Cliente, Auditoria, Serviço Social, Departamentos Jurídico e Comercial; Casos de não-cobertura: Serviço Social viabiliza soluções; e, convocação e participação em Junta Médica desempatedora;

**Lâmina 16 - Resultados** - com adoção das Políticas assistenciais a Unimed SJC obteve maior previsibilidade das ações, maior satisfação dos clientes e cooperados e, manteve a sinistralidade dentro da meta prevista, principalmente com a redução de custos com materiais, medicamentos e OPME comparado ao ano anterior. Portanto, a definição de regras claras para todos os atores do processo, principalmente Cooperados e prestadores de Serviços, influencia de forma efetiva a gestão competente de custos assistenciais.

**Lâmina 17** - Gráfico - Gastos Assistenciais da Cooperativa - comparativo com Honorários Médicos e Evolução da Sinistralidade.