

Leonardo Pereira Florêncio

Setor Privado de Planos de Assistência à Saúde:

**Identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa,
no município de Belo Horizonte**

Belo Horizonte

2006

Leonardo Pereira Florêncio

Setor Privado de Planos de Assistência à Saúde:

Identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração: Política e Planejamento).

Orientadora: Prof^ª. Dra. Eli Iola Gurgel Andrade

Co-Orientadora: Prof^ª. Dra. Mariângela Leal Cherchiglia

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da UFMG

2006

Florêncio, Leonardo Pereira

F632s Setor privado de planos de assistência à saúde: identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte/ Leonardo Pereira Florêncio. Belo Horizonte, 2006.

105f.

Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina.

Área de concentração: Saúde Pública – Política e Planejamento

Orientadora: Eli Iola Gurgel Andrade

Co-orientadora: Mariângela Leal Cherchiglia

1.Planos de pré-pagamento em saúde/organização & administração 2.Planos de pré-pagamento em saúde/economia 3.Setor privado 4.Serviços de saúde para idosos 5.Promoção da saúde 6.Políticas de saúde/tendências 7.Programas de assistência gerenciada/tendências I.Título

NLM: WA 525

CDU: 614.2 : 616-053.9

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof.^a.Ana Lúcia de Almeida Gazzola

Vice-Reitor

Prof. Marcos Borato Viana

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramires

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof.^a.Elza Machado de Melo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Sub-Coordenadora

Prof.^a Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof.^a. Ada Ávila Assunção

Prof.^a. Eli Iola Gurgel de Andrade

Prof.^a. Elizabeth França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof.^a. Maria Fernanda Furtado Lima-Costa

Prof.^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof.^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Elaine Leandro Machado

Lorenza Nogueira Campos

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa

Roberto Marine Ladeira



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640

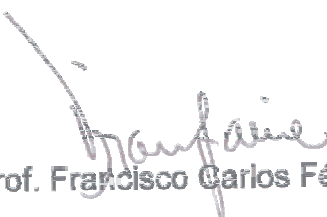


DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Eli Iola Gurgel Andrade, Francisco Carlos Félix Lana, José Márcio Ribeiro, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“INVESTIGAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO IDOSA, NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE”** apresentada pelo mestrando **LEONARDO PEREIRA FLORÊNCIO** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 15 de março de 2006.


Profa. Eli Iola Gurgel Andrade
Orientadora


Prof. José Márcio Ribeiro


Prof. Francisco Carlos Félix Lana

Dedico este trabalho à Érika, minha esposa e companheira, e aos meus pais, Jefferson e Valdez.

AGRADECIMENTOS

Agradeço àqueles que me apoiaram e incentivaram durante todo o processo de aprendizado;

À Érika sempre presente, companheira e incentivadora;

Aos meus pais, Jefferson e Walderez que, dia após dia, me surpreendem com o apoio inesgotável;

Aos meus amigos que, por um longo período, guardaram o meu lugar nos diversos almoços de sexta-feira em que estive ausente;

À Eli Iola e Mariângela, orientadoras desta fase de aprendizado, e formação profissional, pela dedicação e disponibilidade;

À Soraya que em mais de um momento contribuiu neste trabalho;

À Agência Nacional de Saúde Suplementar que prontamente disponibilizou os dados necessários para a realização desta pesquisa;

E aos colegas do mestrado pela saudável e enriquecedora convivência.

RESUMO

Florêncio, Leonardo Pereira. **Setor Privado de Planos de Assistência à Saúde: Identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte**. Belo Horizonte; 2006. [Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Social e Preventiva – Faculdade de Medicina- UFMG]

O “*timing*” do crescimento da população brasileira com 60 anos ou mais de idade clama por uma readequação das concepções do modelo de saúde, que atenda a nova realidade demográfico-epidemiológica. Neste sentido, o Ministério da Saúde, em 1999, criou a Política de Saúde do Idoso, cujo propósito é readequar o setor para o atendimento às novas necessidades, e definiu diretrizes para nortear esta readequação. O “*managed care*”, neste contexto, aparece como alternativa financeira, e seu objetivo é dar conta dos gastos elevados com a assistência, que tendem a aumentar com o envelhecimento da população. As operadoras do segmento privado de planos de assistência à saúde no Brasil, que recentemente passou a ser regulamentado pela Lei 9.656/98, iniciaram práticas assistenciais para a contenção dos gastos, e dentre estas práticas percebemos, ao longo dos últimos dois anos, ações voltadas aos idosos. Assim, este estudo objetiva identificar estas ações desenvolvendo a pesquisa em duas etapas, sendo a primeira responsável pela seleção e caracterização das operadoras quanto ao contingente de idosos, e a segunda responsável pela identificação das ações voltadas aos idosos, através do método de entrevista telefônica assistida por computador, realizado entre o período de julho a agosto de 2005, e análise das ações identificadas, à luz das diretrizes da Política de Saúde do Idoso. Ao fim encontramos, no município de Belo Horizonte, um setor de planos privados de assistência à saúde que fornece cobertura assistencial a 54% dos idosos residentes neste município, e cujo percentual de idosos entre os usuários dos planos privados alcança 15% do total e dentre estes idosos as mulheres são maioria (63%), além do expressivo percentual de usuários nas faixas de idade produtivas (60%), que tendem a incrementar ao longo do tempo, o percentual de idosos, devido ao aumento da longevidade. Foram identificadas 15 operadoras que responderam possuir política voltada aos idosos, com ações de saúde em conformidade com as diretrizes da política, Porém, foram poucas as ações de promoção do envelhecimento saudável identificadas nas operadoras entrevistadas, no período de julho a agosto de 2005.

Descritores: Planos de pré-pagamento em saúde, Setor privado, Serviços de saúde para idosos, Promoção de saúde, Políticas de saúde, Programas de assistência gerenciada.

ABSTRACT

Florêncio, Leonardo Pereira. **Private Health System: Investigation of health actions towards elderly population, in Belo Horizonte municipality.** Belo Horizonte; 2006. [Master essay – Social and Preventive Medicine Department – Medicine School - Federal University of Minas Gerais

The Brazilian elderly population's growing time push to a new health system conception, toward the new demographic-epidemiologic paradigm. Elderly people don't receive the right assessment to their needs, in the nowadays health system conception, built in a hospital logic of health care organization. As a group, the elders have more chronic disease, and spend more the health care resources. The Health Ministry, in 1999, made the Elder Health Policy, whose purpose is to adequate the health system toward the elders needs, and defined diretriz to lead this adequation. In this context, the managed care appears as an alternative, and its goal is health care expenditure reduction, because those tend to increase, as the population gets older. The Brazilian private health system, recently got a regulation by the Law 9.656/98, under the Regulator Agency (ANS) created by the Law. 9.961/00, and identified an increase in the assistance expenditure. In this way, began practices to cost contention, and between those, have started actions toward the elder people. This study looked for investigate the actions in attention of elderly population's healthy from private health companies, between the period of july and august, on the year of 2005, at the municipality of Belo Horizonte, and figure out the similarities between these actions and the diretriz of the Elder Health Policy. A computer telephone research was made on 62 selected private health plan companies. Even though the researched health plan companies in Belo Horizonte municipality have been responsible for 15% of members with 60 years old and older, and among them the women have been the majority (63%), and the population in productive age have been 60%, (these are in aging process), the study found only 15 health care companies with health actions toward elders, but little actions toward aging promotion.

Descriptors: Prepaid Health Plans, Private Sector , Health Services for the Aged, Health Promotion , Health Policy , Managed Care Programs .

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Taxa de fecundidade, Brasil e grandes regiões – ano 2004

TABELA 2 - Projeção da População Brasileira – revisão 2004

TABELA 3 - População idosa total e com cobertura por plano privado de saúde,
2005

TABELA 4 - Operadoras com abrangência geográfica no município de Belo Horizonte,
novembro de 2005

TABELA 5 - Operadoras selecionadas, no município de Belo Horizonte, 2005

TABELA 6 – Distribuição etária da população do município de Belo Horizonte, por sexo e
idade, 2005

TABELA 7 – Distribuição etária dos usuários das operadoras selecionadas, por sexo e idade,
Belo Horizonte, 2005

TABELA 8 – Distribuição dos usuários da modalidade Autogestão selecionada, por sexo e
idade, Belo Horizonte, 2005

TABELA 9 - Distribuição dos usuários da modalidade Cooperativa Médica selecionada, por
sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

TABELA 10 - Distribuição dos usuários da modalidade Filantrópica selecionada, por sexo e
idade, Belo Horizonte, 2005

TABELA 11 - Distribuição dos usuários da modalidade Medicina de Grupo selecionada, por
sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

TABELA 12 - Distribuição dos usuários da modalidade Seguradora selecionada, por
sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

TABELA 13 - Usuários com 60 anos ou mais de idade segundo modalidade jurídica, Belo
Horizonte, 2005

TABELA 14 - Usuários com plano antigo e plano novo, por modalidade de operadoras, Belo
Horizonte, 2005

TABELA 15 – Usuários com planos antigos e novos por faixa de idade, Belo Horizonte, 2005

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ETAPA 1: Fluxograma de Seleção das Operadoras

FIGURA 2a – Estrutura etária da população de Belo Horizonte, 2005

FIGURA 2 - Estrutura etária dos usuários das operadoras de saúde Selecionadas, Belo Horizonte– 2005

FIGURA 3 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Autogestão selecionadas – 2005

FIGURA 4 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Cooperativa Médica selecionadas – 2005

FIGURA 5 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Filantrópica selecionadas – 2005

FIGURA 6 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Medicina de Grupo selecionadas – 2005

FIGURA 7- Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Seguradora selecionadas – 2005

Figura 8 – Estrutura etária dos usuários das operadoras selecionadas em relação a planos novos e antigos, Belo Horizonte -2005

Figura 9 - Diagrama sintético da pesquisa ETAC - julho a agosto 2005

Figura 10 - Diagrama sintético das operadoras que responderam possuir política de voltada aos idosos –ETAC, julho a agosto de 2005

Figura 11 - Diagrama sintético das operadoras que responderam desenvolver ações de promoção do envelhecimento saudável - ETAC, julho a agosto de 2005

Figura 12 - Diagrama sintético das operadoras que responderam desenvolver ações voltadas à manutenção da capacidade funcional - ETAC, julho a agosto de 2005

Figura 13 - Diagrama sintético das operadoras que responderam desenvolver ações que visam a manutenção da capacidade funcional- ETAC, julho a agosto de 2005

Figura 14 - Diagrama sintético das operadoras que responderam desenvolver ações que visam a manutenção da capacidade funcional- ETAC, julho a agosto de 2005

Figura 15 - Diagrama sintético das ações de atenção domiciliar identificadas em 10 operadoras - ETAC, julho a agosto de 2005

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

ETAC – Entrevista Telefônica Assistida por Computador

FAS – Fundo de Amparo Social

FENASEG - Federação Nacional das Empresas de Seguro Privados e de Capitalização

IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IN – Instrução Normativa

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPA - Plano de Ação

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

RN – Resolução Normativa

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 A DINÂMICA POPULACIONAL BRASILEIRA E O IMPACTO NO SISTEMA DE SAÚDE	17
2.2 A POLITICA DE SAÚDE DO IDOSO	21
2.3 A ATENÇÃO GERENCIADA	26
2.4 A FORMAÇÃO DO SETOR PRIVADO NO BRASIL	31
2.5 SITUAÇÃO ATUAL DA REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO	42
3 OBJETIVOS	44
3.1 OBJETIVO GERAL	44
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
4 METODOLOGIA	45
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	51
6 CONCLUSÃO.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	96
QUESTIONÁRIO-ETAC	96
MÁSCARA-ETAC	98
TEXTO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA ETAC	103
ANEXOS	104
FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	104
CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO	105

1. INTRODUÇÃO

O “*timing*” do envelhecimento populacional brasileiro pressiona por uma readequação das concepções do modelo de saúde, que atenda a nova realidade demográfico-epidemiológica (CARVALHO, 1998). O Brasil passará da 16^a para a 6^a nação com o maior contingente de idosos, e para tanto deve se preparar para a recepção deste contingente com necessidades específicas de saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

As modificações sociais como a redução do tamanho da família, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a emigração dos jovens para longe dos seus pais em busca de oportunidades de trabalho, interferem na principal unidade cuidadora, a família, (RAMOS, 2002). Neste sentido, as instituições deverão se reorganizar para fornecer o suporte aos idosos dependentes.

O idoso não recebe a abordagem necessária para o atendimento às suas necessidades, na atual concepção do sistema de saúde, estruturada em uma lógica hospitalar (BRASIL, 1999; SILVESTRE, 2002). Todo o processo assistencial está centrado na figura do médico, que em seu micro-espço produtivo desempenha sua atividade aparte de uma equipe multiprofissional. Porém, os idosos possuem múltiplas necessidades que precisam ser identificadas e dimensionadas para o planejamento do cuidado integral, e resolutivo, realizado por uma equipe multiprofissional, dentro de uma proposição de modelo cuidador.

Como um grupo, os idosos possuem mais adoecimento crônico (LIMA-COSTA, 2003), além de necessitarem mais dos serviços de saúde (RIBEIRO, 2003), responsabilizando-se pelo maior percentual dos gastos assistenciais. Desta forma, há que se pensar em um modelo resolutivo, que melhor aplique os recursos do sistema, obtendo o máximo de resultados satisfatórios.

Para tanto, o Ministério da Saúde, em 1999, criou a Política de Saúde do Idoso, cujo propósito é readequar o setor saúde para o atendimento das necessidades do idoso, e definiu diretrizes para nortear esta readequação. A política preconiza um modelo humanizado de assistência, e contempla desde a promoção do envelhecimento saudável, passando pela manutenção e reabilitação da capacidade funcional, até o cuidado com os doentes portadores de seqüelas de um adoecimento crônico. Incentiva a implementação

de novas modalidades assistenciais, efetivas na redução dos índices de hospitalização e permanência hospitalar, permitindo a manutenção segura do idoso dependente em seu ambiente familiar.

O projeto da promoção de saúde, neste sentido, surge como estratégia para a readequação do modelo assistencial, fomentado pela própria agência reguladora do setor privado de saúde.

O *managed care*, ao contrário, aparece como alternativa financeira, e seu objetivo é dar conta dos gastos elevados com a assistência à saúde, que tendem a aumentar mais, com o envelhecimento da população. Porém, segundo Iriart, (1999), sua perspectiva de atuação é a racionalização dos recursos para se alcançar a redução dos gastos, ao contrário do modelo cuidador preconizado pela Política de Saúde do Idoso e Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O segmento privado de planos de assistência à saúde no Brasil, que recentemente passou a ser regulamentado pela Lei 9.656/98, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criada pela Lei. 9.961/00, diagnosticou a elevação de suas despesas com a assistência aos usuários, (CATA PRETA, 2003). Neste sentido, iniciou práticas assistenciais para a contenção de custos, na cidade de Belo Horizonte, e dentre estas práticas percebemos, ao longo dos últimos 2 anos, ações voltadas à faixa com 60 anos ou mais de idade. Assim, este estudo procurou identificar estas ações e analisá-las à luz das diretrizes da política de saúde do idoso.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A DINÂMICA POPULACIONAL BRASILEIRA E O IMPACTO NO SISTEMA DE SAÚDE

A transição de uma população jovem para uma população envelhecida nos países desenvolvidos deu-se lentamente, ao longo de mais de 100 anos. Este processo foi acompanhado pela elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, de melhores condições sanitárias, alimentares e de moradia. O impacto da transição demográfica traduz-se hoje na mudança da estrutura etária da população mundial. Enquanto a população mundial cresce 1,7% ao ano, a população com 60 anos e mais de idade cresce entre 2,5 a 3% ao ano, (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 1994). Observou-se uma diminuição gradual na mortalidade que, em longo prazo, levou a uma queda na fecundidade e, conseqüentemente, ao envelhecimento da população. O primeiro aspecto a ser considerado em relação à transição demográfica no Brasil é o momento histórico em que ele ocorre. Segundo Chaimowicz (1997), diferentemente do que observou-se na Europa, em nosso país as mudanças demográficas não se articularam com o desenvolvimento social, e sim com um processo maciço de urbanização. A urbanização terminou por proporcionar acesso a métodos contraceptivos (reversíveis e irreversíveis), impactando na redução do taxa de fecundidade, que somado ao aumento da esperança de vida ao nascer¹, foram responsáveis no Brasil, por um padrão acelerado e irreversível do envelhecimento.

Segundo Carvalho (1998), o Brasil tal como a maioria dos países latino-americanos, apresenta um rápido processo de envelhecimento. A especificidade do caso brasileiro, porém, está no “timing”.

A velocidade do envelhecimento da população brasileira é bem diferente quando comparado com a dos países desenvolvidos, devido à rapidez com que declinam as taxas de fecundidade. Segundo Chaimowicz (1997) para que a proporção de idosos duplique, passando de 7% para 14% da população total, 115 anos seriam necessários na

¹ O aumento da esperança de vida ao nascer é conseqüência direta da redução da mortalidade infantil que ocorreu após a ampliação do acesso aos serviços sanitários (vacinação, higiene pública, campanhas sanitárias) e aos serviços de saúde (atenção médica na rede pública), (CHAIMOWICZ, 1997).

França, 85 anos na Suécia, 66 anos nos Estados Unidos e, no Brasil seriam necessários cerca de 30 anos (de 7,7% de idosos em 2020 para 14,2% em 2050)².

Segundo Chaimowicz (1997), existe uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. No princípio o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população, que passam a conviver com os fatores de risco associados às doenças crônicas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, as doenças crônicas tornam-se mais frequentes.

Apesar do advento da redução rápida da mortalidade, iniciada nos anos 40 e prolongado até os anos 70, somente a partir de 1960, com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional. A taxa de fecundidade total caiu de 5,8 para 2,7 filhos por mulher, entre 1970 e 1991. Como consequência, o peso relativo dos jovens declinou de 41,9% para 34,7% no mesmo período, e a proporção de idosos cresceu de 3,1% para 4,8% (CHAIMOWICZ, 1997).

Dados atuais mostram que a esperança de vida ao nascer no Brasil alcançou 71,3 anos de idade, no ano de 2003, (IBGE, 2005) e que a taxa de fecundidade brasileira está no limite da reposição da população. A região sul do país possui taxa de fecundidade abaixo do limite de reposição, ou seja, menos de dois filhos, em média, por mulher ao ano, uma situação em que as mortes passam a exceder os nascimentos e o tamanho da população começa a diminuir, (tabela 1).

² Esta projeção já foi ultrapassada e revista em 2004. (IBGE, 2005).

TABELA 1

Taxa de fecundidade, Brasil e grandes regiões – ano 2004

Região	Tx. Fecundidade
Brasil	2,1
Região Sul	1,9
Região Sudeste	2,0
Região Centro Oeste	2,1
Região Nordeste	2,3
Região Norte	2,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, PNAD 2004.

A projeção da população brasileira divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revisão 2004, mostra que o percentual da população acima de 60 anos, mais que dobrará em 2030 e triplicará em 2050, comparado ao ano 2000, enquanto o percentual da população abaixo de 14 anos tende a diminuir neste mesmo período, (tabela 2).

TABELA 2

Projeção da População Brasileira

Grupos de Idade	2000		2030		2050	
	N	%	N	%	N	%
0 a 14	51.002.937	29,78	50.553.835	21,26	46.324.365	17,83
15 a 59	106.361.588	62,1	146.711.040	61,71	149.394.620	57,51
60 +	13.915.357	8,12	40.472.801	17,02	64.050.979	24,66
TOTAL	171.279.882	100	237.737.676	100	259.769.964	100

Fonte: Projeções IBGE. Revisão 2004

A proporção da população “mais idosa”, isto é, de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população considerada idosa também está envelhecendo, e em ritmo bastante acelerado. Em 1940 existiam 166 mil idosos com 80 anos ou mais, e em 2000 este contingente passou a 1,9 milhões (CAMARANO, 2002). Esta é a faixa de idade em que, segundo Caldas (2003), as condições de fragilidade e dependência são mais observadas. Acumulam-se certas condições causadoras de dependência, a saber, demência, fraturas, acidentes vasculares cerebrais, deficiências visuais; condições que reduzem a capacidade do indivíduo de superar os desafios ambientais.

Acompanhando as transformações demográficas, o Brasil vem apresentando um processo de transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. Em um período inferior a 40 anos, o Brasil passou a apresentar um perfil de morbimortalidade caracterizado por doenças crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas. As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no Brasil, são responsáveis hoje por menos de 10%. O oposto ocorreu com as doenças cardiovasculares: em 1950 eram responsáveis por 12% das mortes e atualmente representam mais de 40% (BRASIL, 1999).

A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento das despesas assistenciais. Estes aspectos, segundo Schramm et al. (2004), ocasionam importantes desafios e a necessidade de políticas de saúde que possam dar conta destas transições em curso.

O principal grupo de causas de morte no Brasil, em todas as regiões e para ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar, as causas externas, e as neoplasias em terceiro lugar. Outra análise importante refere-se aos anos de vida perdidos por morte prematura. Essa análise mostra que 57 % dos anos perdidos por morte prematura pertencem ao grupo de doenças crônicas, 27 % pertencem ao grupo de doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, condições perinatais e deficiências nutricionais, e 15 % pertencem ao grupo de causas externas (BRASIL, 2004).

De um modo geral, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas médicos coexistentes. Lima Costa (2003) demonstrou que 69,0 % dos idosos possuíam pelo menos uma doença crônica, 43,9% apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 37,5% eram portadores de artrite reumatóide, e 2% possuíam incapacidade e dependência para alimentar-se, ou tomar banho, ou ir ao banheiro.

Os idosos não encontram amparo adequado no sistema de saúde, acumulam seqüelas de doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida. Para resolver este problema precisamos compreender os fatores sociais, individuais e culturais da nossa população idosa que explicam as demandas por serviços de saúde. O conhecimento do atual padrão de utilização desses serviços se torna essencial, para que as respostas a essas demandas reflitam decisões equânimes e custo-efetivas (SAWYER et al., 2002).

Os fatores demográficos tais como idade e sexo representam imperativos biológicos que sugerem a propensão com que pessoas necessitarão dos serviços de saúde. Este imperativo biológico contribui para que pessoas busquem auxílio médico, segundo parâmetros de *necessidade avaliada*, (ANDERSEN, 1995).

Segundo Andersen (1995), a necessidade avaliada representa o julgamento profissional sobre o *status* de saúde da pessoa, e necessidade de buscar cuidado médico. Porém, a necessidade avaliada, não é simples, e sim uma medida de uma ciência biológica válida e confiável, que possui um componente social e varia com as mudanças do estado da arte e ciência médica. O estado da arte vigente mantém a assistência à saúde centrada no ato prescritivo e produtor de procedimentos, e convive com o grave problema de sua baixa resolubilidade, (ANDERSEN, 1995; RIBEIRO, 2005).

A conjugação de determinantes da dinâmica demográfica, as especificidades do perfil epidemiológico somados às características das práticas assistenciais e dos diferenciais de acesso da população aos cuidados necessários, constituem um complexo cenário, onde devem-se desenvolver as políticas de saúde. Neste sentido, em 1999 o Ministério da Saúde apresentou a Política de Saúde do Idoso com suas diretrizes norteadoras.

2.2. POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO

A formulação de uma política voltada à saúde do idoso é recente no Brasil. Em 1994 foi promulgada a Lei 8842, referente à Política Nacional do Idoso, tendo por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade; em 1997, a Lei 3.661 promulgada através do Parecer Nº 1301 /2003, conhecido como o Estatuto do Idoso, passou a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Finalmente em 1999 a Portaria 1395 cria a Política Nacional de Saúde do Idoso.

No Brasil a instituição desta política reveste-se de especial importância, sobretudo se considerarmos que a principal fonte de suporte para a população de idosos ainda é a família. A disponibilidade de suporte familiar para o idoso dependente deverá decair marcadamente frente à diminuição do tamanho da família e a crescente incorporação da mulher – principal cuidadora – à força de trabalho fora do domicílio, o suporte assistencial terá que ser deslocado para outros arranjos institucionais (RAMOS, 2002).

Caldas (2003) aponta que a impossibilidade de atender à demanda gerada pelo aumento da população idosa pode ser usada como justificativa para se repassar à família as responsabilidades e, então, as instâncias que poderiam respaldar o idoso desobrigam-se de investir nessa área.

Em outro sentido, para que este descompasso entre a realidade demográfico-epidemiológica e o sistema de saúde possa ser corrigido em médio prazo, será preciso estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco e orientar ações concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional. Ações que tenham um significado prático para os profissionais atuando no nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde, além de uma relação de custo-efetividade aceitável para os financiadores da assistência (RAMOS, 2002; GUERRA et al., 2001).

O objetivo principal das ações de saúde voltadas ao idoso deve ser a manutenção da sua capacidade funcional, entendida como capacidade de preservar as habilidades físicas e mentais para a manutenção de uma vida independente e autônoma, garantindo a sua relação com a comunidade e gozando da maior independência possível. A manutenção da capacidade funcional é, em essência, uma atividade multiprofissional, para a qual

concorrem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, e nutricionistas, dentre outros, identificando as necessidades, planejando o cuidado, vigilante aos eventos adversos.

É, portanto, preciso pensar que todo o sistema de valores das organizações de saúde terá de ser revisado para que os cuidados aos pacientes idosos e cronicamente adoecidos sejam percebidos tão recompensadores como a cura de condições agudas (LALONDE, 1970).

O Brasil possui hoje uma Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), que tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem, e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem. Para tanto, nesta política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, compreendendo a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades, que se relacione com a população idosa (BRASIL, 1999; SILVESTRE, 2002).

No entanto, segundo Caldas (2003), essa política não foi regulamentada e, portanto, não foram abordadas questões relativas ao financiamento das ações previstas na política, tampouco explicitadas as estratégias a serem utilizadas para alcançar os objetivos supracitados.

1. A promoção do envelhecimento saudável

O cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos de saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação. Tais temas serão objetos de processos educativos e informativos continuados [...] com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de filmes [...] Ênfase especial será dada às orientações dos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas e que podem comprometer a capacidade funcional destas pessoas [...].

2. A manutenção da capacidade funcional;

[...] serão promovidas ações que visem à prevenção de perdas funcionais, em dois níveis específicos: prevenção de agravos à saúde; detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos. As ações de prevenção envolvidas no primeiro nível estarão centradas na aplicação de vacinas [...]. Deverão ser aplicadas as vacinas contra tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza [...] que são preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.

No segundo nível da manutenção da capacidade funcional além do esforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis, como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, e a osteoporose [...]

3. A assistência às necessidades de saúde do idoso;

A prestação dessa assistência basear-se-á nas orientações abaixo descritas, as quais compreendem os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. [...] Já no âmbito hospitalar a assistência a esse grupo deverá considerar que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do idoso enfermo hospitalizado. Neste sentido, o estado funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Assim os pacientes classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico e que por isso, se enquadram no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificar esses pacientes, provendo-lhes uma assistência diferenciada. Essa assistência será pautada na participação de “equipe multiprofissional”[...]. Entre os

serviços alternativos à internação prolongada, deverá estar incluída, obrigatoriamente, a assistência domiciliar. A adoção de tal medida constituirá estratégia para diminuir os custos da internação hospitalar [...].

4. A reabilitação da capacidade funcional comprometida;

As ações nesse contexto terão como foco especial a reabilitação precoce, mediante a qual se buscará prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de modo a evitar-se que as limitações da capacidade funcional possam avançar e aquelas limitações já avançadas possam ser amenizadas. Esse trabalho envolverá as práticas de um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

5. A capacitação dos recursos humanos especializados;

[...] No âmbito da execução das ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, que incluirá, entre outras, a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população. [...]

6. O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;

Nesse âmbito, buscar-se á desenvolver uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria como mostram estudos e pesquisas sobre o envelhecimento em dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa pra manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo. [...] Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições, que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviço. [...] Já os sistemas informais são constituídos por pessoa da família, amigos próximos e vizinhos, frequentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do seu idoso. [...] Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônica com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito. [...] Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

7. O apoio a estudos e pesquisas.

As linhas de pesquisa deverão concentrar-se em quatro grandes tópicos de produção do conhecimento sobre o envelhecimento no Brasil [...]. O primeiro tópico refere-se a estudos de perfil do idoso [...]. No segundo tópico, deverão estar concentrados estudos visando à avaliação da capacidade funcional; prevenção de doenças, vacinações; estudos de seguimento; e de desenvolvimento de instrumentos de rastreamento. O terceiro tópico diz respeito aos estudos de modelos de cuidado, na assessoria para a implementação e no acompanhamento e na avaliação das intervenções. O quarto tópico concentrar-se-á em estudos sobre a hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, com vistas a maior eficiência e à redução dos custos no ambiente hospitalar [...]

Em uma primeira aproximação, com base em tais diretrizes, delineamos as seguintes variáveis/parâmetros para a identificação das ações de atenção à população idosa, prestadas pelo setor privado de planos de assistência à saúde, dentro dos marcos de um modelo assistencial voltado à promoção do envelhecimento saudável, manutenção e reabilitação da capacidade funcional, como preconizado pela Política Nacional do Idoso.

São as seguintes variáveis:

- a existência de política da operadora voltada para a saúde do idoso;
- o desenvolvimento de ações de promoção do envelhecimento saudável;
- o desenvolvimento de ações visando à manutenção da capacidade funcional;
- o desenvolvimento de ações domiciliares de reabilitação da capacidade funcional comprometida.

Em um extremo oposto à concepção de cuidado inspirado em um modelo de promoção à saúde, assistiu-se desde a década de 80 a ampliação do chamado modelo de atenção gerenciada – *Managed Care*.

2.3. ATENÇÃO GERENCIADA

A atenção gerenciada surgiu nos Estados Unidos como resposta ao crescimento exponencial dos gastos do setor saúde iniciado na década de 60.

Segundo Iriart (1999), a atenção gerenciada tem como objetivo central a redução dos gastos de saúde, via a contenção de custos, já que se diagnostica como causa da crise do setor o crescimento destes, dado a excessiva prescrição de procedimentos pelos profissionais e donos de instituições assistenciais. Para a redução do gasto, preconiza-se o estabelecimento de uma intermediação entre provedores e usuários, a separação entre a administração financeira e a prestação de serviços. Implica na introdução de empresas que administrem o financiamento, sob o conceito de risco compartilhado e também na imposição da racionalidade econômica sobre os critérios clínicos, através da implantação do controle administrativo da prática clínica. Assim, os médicos e outros profissionais de saúde devem desenvolver sua prática sob os protocolos estabelecidos pelos administradores do sistema, que definem para cada quadro clínico, os métodos de diagnóstico e o tratamento que aceitam financiar.

Em relação ao termo risco, este designa incerteza de perda financeira, e do ponto de vista dos usuários de planos privados de assistência à saúde há preferência por uma pequena perda financeira (mensalidade do plano) para prevenir a probabilidade de uma grande perda (custos com internações, exames de alta complexidade) além, da percepção da maior utilidade da condição de usuário, que se traduz no acesso facilitado aos recursos de saúde.

Da perspectiva das operadoras de saúde (principalmente a modalidade Seguradora), é necessária a seleção dos riscos, segundo critérios que garantam às operadoras a possibilidade de oferecer seguros sob preços que os segurados desejam pagar, assim, tendem a evitar as coberturas para os denominados grandes riscos, selecionando os riscos “ideais”. Esta seleção de riscos consiste em maximizar as áreas sobre as quais se tem controle e minimizar aquelas que não permitem estabelecer previsões seguras, (BAHIA, 2001).

Por outro lado, a percepção de uma condição de saúde mais desfavorável parece estar associada a busca de planos privados de assistência à saúde (seleção adversa). Os compradores de planos de saúde detêm frequentemente, mais informações sobre suas

próprias propensões à utilização dos serviços de saúde do que as operadoras (assimetria de informações), e tendem a utilizar os serviços de saúde mais intensamente se tiverem acesso à cobertura integral, (BAHIA, et al., 2002).

Outro problema enfrentado pelas operadoras é o risco moral – *moral hazard*, que é a propensão de alteração do comportamento do usuário por possuir cobertura por plano privado de assistência à saúde, traduzida no uso excessivo dos serviços de saúde, (BAHIA, et al., 2002).

O *managed care* financia o consumo de bens e serviços de saúde por meio de um sistema de compartilhamento de riscos individuais, o que envolve uma análise de riscos e dos gastos associados a cada indivíduo. Quando o financiamento aos provedores dos serviços de saúde ocorre através de um montante fixo, em que o provedor recebe determinada quantia por certo período de tempo (independente da quantidade de serviços prestados), ocorre um incentivo para a redução dos custos com o tratamento de cada paciente individual. Assim, o pagamento fixo e pré-determinado é eficiente no sentido de controlar os gastos com serviços de saúde. Entretanto, este tipo de pagamento está associado com problemas de micro-ineficiência, desde que para manter seus resultados financeiros os provedores têm incentivos para reduzir a qualidade e a quantidade dos serviços prestados. Malta et al. (2004), analisando as relações entre operadoras de saúde e os usuários no Brasil, atenta para o tema de seleção de risco, isto é, barreiras à entrada no sistema, excluindo os potencialmente de alto risco.

Algumas práticas adotadas no setor privado norte americano como o *cream skimming*, *dumping* e *skimp* devem ser observadas: *cream skimming* ocorre quando as operadoras classificam os pacientes entre alto e baixo risco, e como os pacientes de alto risco exigem mais cuidados (tratamentos mais caros), as operadoras procuram selecionar seus clientes entre os pacientes de mais baixo risco; *dumping* ocorre quando os provedores, para conter os custos, evitam tratar os pacientes de alto risco, encaminhando-os para especialistas; *skimp* ocorre quando os provedores, com o objetivo de gastar menos recursos, passam a oferecer um volume de serviços menor do que o necessário aos pacientes (ELLIS & McGUIRE, 1996).

A atenção gerenciada nos moldes americanos, não possui uma preocupação com a produção do cuidado, do ponto de vista do atendimento às necessidades do usuário, mas uma ação reguladora externa, visando à redução dos custos. Conforme Iriart (1999),

[...] a evidência prática que se observa nos Estados Unidos é que ante dois pacientes com o mesmo quadro clínico, a seguradora autoriza duas práticas de diagnóstico e ou tratamento diferentes dependendo do premium que cada pessoa paga ao seguro.

O sistema americano de saúde há anos exhibe um desempenho insatisfatório tanto em termos de custos como de qualidade, que segundo Porter & Teisberg (2004), é devido ao modelo equivocado de concorrência. O diagnóstico do setor saúde nos EUA é bem diferente, com os custos altos e ainda subindo, apesar dos esforços de redução – e a alta não está associada a avanços na qualidade. Ao contrário, o atendimento médico é limitado e racionado, o tratamento em muitos casos fica aquém dos procedimentos e dos padrões vigentes e o índice de erros médicos evitáveis continua elevado. Há diferenças grandes e inexplicáveis no custo e na qualidade do atendimento prestado de uma região para outra.

Os autores acreditam que a competição esteja na raiz do problema do sistema de saúde americano, e que a solução está também na competição; o que precisaria mudar é a natureza da disputa na saúde. A pesquisa realizada por Porter & Teisberg (2004) mostra que a competição nesse mercado ocorre no âmbito errado, envolve fatores errados, as regiões erradas, o momento errado, e a concorrência foi eliminada onde e quando é mais importante. Estes autores interpretam a competição na área de saúde norte-americana como uma “competição de soma zero”: os participantes do sistema dividem o valor ao invés de aumentá-lo, e chegam a corroer o valor ao criar custos desnecessários. Esta concorrência de soma zero se manifesta de diversas maneiras, quais sejam:

- a) Primeiramente, toma a forma de repasse de custos – em lugar da redução. Os custos são transferidos do pagador para o cliente, da operadora de saúde para o hospital, do hospital para o médico, do segurado para o não segurado. Transferir o custo de um ator para o outro feito uma “batata quente”, não gera valor líquido, e os ganhos para um participante se dão à custa de outros – e em geral com custos administrativos adicionais.

- b) Em segundo lugar busca-se maior poder de barganha e não melhoria no atendimento. Operadoras de saúde, grupos hospitalares e grupos de médicos se consolidam basicamente para aumentar o próprio poder de negociação, e fechar melhores negócios com os fornecedores ou clientes.
- c) Em terceiro lugar limita a escolha e o acesso a serviços, em vez de tornar o atendimento melhor e mais eficiente. Com a estrutura atual, as operadoras de saúde lucram ao se recusar a pagar por procedimentos e ao limitar as opções de conveniados e médicos. Operadoras de saúde e provedores de serviços médicos dificultam o acesso a pacientes a inovações técnicas ou reduzem o leque de serviços cobertos. Muitos planos pagam aos hospitais uma soma fixa pela internação por uma determinada causa – e não pelo tratamento completo. Isso incentiva os hospitais a usarem tratamentos mais baratos em detrimento da eficiência e da inovação – e, se em virtude disso o paciente precisar ser internado de novo, o hospital recebe novamente.
- d) Em quarto lugar as disputas são resolvidas na justiça o que agrava o problema. Uma intervenção legal aumenta os custos direta (por meios de honorários advocatícios e despesas administrativas) e indiretamente (pela prática de medicina defensiva e desnecessária) – sem gerar valor para o paciente.

No Brasil a prática da atenção gerenciada começa a inspirar iniciativas no setor privado, a exemplo do que foi identificado por Malta (2005), como o gerenciamento de casos³, e o monitoramento de doentes crônicos.

De acordo com autores como CECÍLIO & MALTA (2003), o modelo vigente no setor privado, além de oneroso, não produz o cuidado efetivo com o usuário, a organização do trabalho é fragmentada e não possibilita o cuidado continuado com o paciente.

Pela ótica das empresas-operadoras, entretanto, a situação avizinha-se a um quadro de crise generalizada no setor.

³ As definições de *gerenciamento de casos* na literatura são unânimes em apontar esta metodologia como um processo, de natureza colaborativa, multiprofissional e organizadora. Ferguson, Weinberger (2001) citado por Florêncio et al. (2004) definem o gerenciamento de casos como um programa realizado através de prestadores médicos e não-médicos para manter contato contínuo com pacientes via telefone, ou visitas domiciliares para se prevenir a exacerbação de doenças, através de acompanhamento contínuo e técnicas de educação. Mullahy (1998) o define como um processo colaborativo que avalia, estratifica, planeja, implementa, coordena, e monitora as opções e serviços necessários ao atendimento de necessidades de atenção de um indivíduo, usando ferramentas de comunicação, e recursos disponíveis para se atingirem resultados de qualidade e custo-efetivos.

A empresa *Capitolio Consulting*⁴ elaborou estudo de análise econômico-financeira do setor privado de saúde, referente ao período de 2001- 2002 e evidenciou que em 2002, 146 operadoras de saúde registraram sinistralidade⁵ superior a 84,7%, destas, 94 tinham índice acima de 90%, o que praticamente inviabilizava a operação em termos comerciais e financeiros, pois havia ainda as despesas administrativas, comerciais e financeiras. Destas 94 operadoras, 41 possuíam sinistralidade acima de 100% (CATA PRETA, 2003).

O fator sinistralidade se tornou relevante, segundo Cata Preta (2003), pelo aumento significativo da utilização dos serviços de saúde, por parte dos usuários das operadoras, e pela impossibilidade dos repasses dos aumentos dos custos aos usuários. A sinistralidade do setor, segundo o autor, está muito elevada e compromete o equilíbrio econômico-financeiro da operação de plano de saúde. O índice máximo razoável, para uma operadora eficiente, seria uma sinistralidade ao redor de 70% a 75%, pois ainda tem os custos administrativos para serem cobertos (CATA PRETA, 2003).

No Brasil o diagnóstico sobre a saúde econômico-financeira do setor de planos de assistência, assim como de seus métodos gerenciais, ainda sofrem as conseqüências do curto período da existência de mecanismos regulatórios.

As despesas assistenciais das operadoras de saúde estão aumentando ao longo dos anos, devido não somente aos fatores clássicos como a incorporação tecnológica de caráter acumulativo, e a indução por parte das indústrias de equipamentos e fármacos do consumo dessas novas tecnologias (SILVA-JUNIOR, 1998).

A continuidade das práticas assistenciais dentro dos moldes do modelo médico hegemônico, somado às especificidades da transição demográfica e epidemiológica no Brasil, devem ser consideradas como sinais de alarme para o agravamento desta crise.

⁴ Empresa especializada em consultorias para operadoras de saúde.

⁵ Sinistralidade é o percentual de despesa assistencial em relação à receita.

2.4. A FORMAÇÃO DO SETOR PRIVADO NO BRASIL

O surgimento do setor privado no Brasil, só pode ser compreendido nos marcos da estruturação do sistema previdenciário brasileiro, constituído a partir da década de 20.

No período compreendido entre 1923 e 1930, surgiram as primeiras associações previdenciárias; as Caixas de Aposentadoria e Pensões para empregados das empresas ferroviárias - CAPs, que passaram a ser regulamentadas pela Lei Eloy Chaves promulgada em 1923, e que segundo Andrade (1999), “inaugura em ato contínuo a indissociabilidade entre a montagem de uma política pública de bem estar no Brasil e a realidade das instituições previdenciárias”. As CAPs eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. Estas eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas por representantes da empresa e empregados, e cabia ao poder público apenas a resolução de conflitos. (CUNHA & CUNHA, 1998). A assistência médica era vista como atribuição fundamental do sistema, no modelo previdenciário dos anos 20, o que levava inclusive, à organização de serviços próprios de saúde.

As CAPs eram caracterizadas pela ampla cobertura e grande liberdade na concessão de benefícios aos seus associados, e ao final dos anos 20, com as despesas correspondendo a 65% das receitas arrecadadas, contra um nível de 12,5% em 1923 o sistema das CAP's torna-se vulnerável à intervenção do Estado (ANDRADE, 1999). Este foi um momento marcado pela criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), entidades organizadas não mais por empresas, mas por categorias profissionais, cuja administração era bastante dependente do governo federal. Ocorreu, assim, a ampliação da Previdência com a incorporação de novas categorias não cobertas anteriormente pelas CAPs (CUNHA & CUNHA, 1998).

A organização e a concepção da Previdência Social sofreram profundas modificações, após a revolução de 30. A Previdência foi claramente definida enquanto seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. Os serviços de saúde passaram a ser entendidos enquanto concessão, e não mais atribuição específica. Observou-se uma inflexão no comportamento das despesas do sistema das CAP's,

passando de 65% das receitas ao final do período anterior, para menos de 30% em 1938-39 (ANDRADE, 1999). O sistema passa por incrementos na massa de segurados ativos: de 22.991 segurados em 1923, para 142.464 em 1930, totalizando 2.762.822 associados em 1945 (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986 apud ANDRADE 1999).

A partir de meados dos anos 40, as instituições previdenciárias passam a funcionar também, como estrutura básica de montagem e sustentação de um estado de bem-estar na sociedade brasileira. (ANDRADE, 1999). A legislação previdenciária, a partir de 1945, foi sendo marcada por uma progressiva desmontagem das medidas de cunho contencionistas do período anterior, de modo que ora eram ampliados os planos de benefícios ou de serviços (permitindo-se a elevação de gastos para o financiamento destes), ora ampliavam-se os critérios de acesso dos segurados e seus dependentes, facilitando a concessão ou a majoração dos valores dos benefícios pecuniários pagos (ANDRADE, 1999). Ocorreu o aumento da dívida da União com a Previdência Social, que se prolongou até a década de 60 e cujos resultados passaram a ser chamados de “crise financeira” da Previdência Social. Finalmente, em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que uniformizou os direitos dos segurados (pelo teto) dos padrões dos melhores institutos e uniformizou a alíquota de contribuição em 8%.

A partir de 1960 observa-se a ampliação da assistência médica privada no Brasil, por meio da utilização do convênio empresa - setor privado de prestação de serviços médicos. As empresas ou sindicatos poderiam prestar serviços médicos a seus funcionários diretamente ou através da contratação de serviços de terceiros (convênios com empresas médicas). O convênio poderia ser voltado para cuidados ambulatoriais e ou hospitalares, estar endereçado apenas para funcionários ou abranger dependentes. O INAMPS repassava à empresa subsídios *percapita* calculados pelo tipo de serviço conveniado. O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) foi o primeiro a realizar convênios e contratos com empresas médicas. Isso ocorreu em função da necessidade deste instituto específico solucionar problemas decorrentes da massa de trabalhadores a ele vinculados e não dispor de serviços próprios suficientes para atender a demanda (ROQUETE, 2002).

Com o golpe militar de 1964, criam-se as condições políticas para unificação dos IAPs, em um único instituto: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ligado ao

Ministério do Trabalho. A criação do INPS representou a extensão da cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos autônomos que contribuíssem para a Previdência Social, o que provocou um crescimento da demanda por serviços médicos. A capacidade instalada nos hospitais e ambulatórios existentes nos antigos IAPs, segundo Médici (1992), mostrou-se insuficiente para o atendimento desta nova demanda. Formalmente para suprir tal deficiência é que se justificam, historicamente, a proliferação dos contratos do sistema público previdenciário com o setor privado prestador.

Em meados da década de 70, o INPS já dava sinais de sucumbir à complexidade do sistema previdenciário. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, ao incorporar o INPS, o Ministério da Previdência passou a garantir a assistência médica individual aos segurados, instituindo-se então o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Como resultado, amplia-se também a contratação de serviços do setor privado, por meio do PPA - Plano de Pronta Ação instituído pela Portaria MPAS-39, de 05.09.74, propiciando o estabelecimento de convênios com hospitais e clínicas, bem como empresas, para a manutenção de serviços próprios ou contratados. A política governamental passa a ser favorável à utilização da rede privada na prestação de serviços públicos, caracterizando um modelo estatal-privatista, cujo discurso defendia a contratação do setor privado para a execução de serviços de responsabilidade do Estado, (MÉDICI, 1992).

Assim dada a presença de investimentos e garantia de demanda por parte do setor público, o setor privado atrelado ao Estado expandiu-se ao longo dos anos 70. Em 1974, ainda foi promulgada a Portaria n^o 78, de 10 de outubro de 1974, que regulamentou a prática do seguro-saúde privado, articulando-a com o sistema previdenciário mediante o credenciamento de entidades médicas. Assim, as instituições de Previdência Social passariam a poder credenciar instituições de seguro saúde, sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares; cooperativas médicas e até mesmo empresas de medicina de grupo. Porém, o contexto da época em que boa parte do esforço do setor privado estava voltado para atender ao mercado criado pelo setor público, somado à boa percepção sobre a qualidade da assistência, faziam com que as formas privadas autônomas de serviços de saúde; medicina de grupo,

cooperativas médicas, seguro-saúde, autogestão, não tivessem o crescimento e a importância que lhes seriam conferidos na década seguinte (MÉDICI, 1992).

Com a crise econômica do início dos anos 80, os estabelecimentos privados sofriam constantes aumentos de custos, pela inflação e pela incorporação de tecnologia, sem que o INAMPS reajustasse o valor de suas tabelas de pagamento. Entre novembro de 1982 e novembro de 1983, o valor da unidade de serviço do INAMPS era tão baixo, que não interessava mais aos prestadores privados o seu pagamento. A continuidade da política de redução do valor das tabelas de pagamento trouxe o progressivo abandono dos convênios com o INAMPS por parte dos hospitais privados. Essa crise momentânea dos anos 1982/83 criou espaço para o crescimento do setor privado autônomo. O MPAS, em dezembro de 1986, publica a portaria MPAS nº 2.079 tornando livre a complementação de honorários e de serviços pelo uso de acomodações especiais. Os valores pagos pelo INAMPS eram irrisórios, e os valores da assistência médica subiam rapidamente, tornando-se mais vantajoso para a classe média e para as empresas o uso de modalidades privadas autônomas em detrimento da contribuição da Previdência Social, pois aquelas passavam, supostamente, a representar um seguro de menor risco (MÉDICI, 1992).

Segundo Médici (1992, p.91) “[...] a política do INAMPS tem sido a principal responsável pela falência do modelo estatal- privatista de assistência médica, nos anos 80. O novo modelo que se vem gestando tem sido, do lado do INAMPS, estatal-universalizante e, do setor privado, liberal-privatista, caracterizado pela presença de formas de organização da atenção médica, autônomas em relação ao setor público”.

Ao final da década de 80, em meio à crise do sistema previdenciário a sociedade mobilizava-se para viabilizar a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, que se propunha a garantir a universalização da assistência à população brasileira. No entanto, nesta época, o contingente da população coberta pelo setor privado de saúde já apresentava sinais de crescimento. Esse segmento privado de assistência médica cresceu de forma vertiginosa no País, a partir da década de 80, a ponto de, em 1989, cobrir 31.140.000 pessoas, (ROQUETE, 2002).

O espaço próprio para o desenvolvimento das empresas médicas teve uma dupla origem, segundo Médici (1992, p. 80):

a) do lado das famílias a insatisfação com o sistema público de saúde ou privados de assistência médica previdenciária, e a necessidade de uma atenção médica cujo atendimento fosse mais rápido, de melhor qualidade ou propiciasse sistemas de padrões de conforto diferenciado para quem pudesse pagar (quartos particulares com direito a acompanhante, em vez de enfermarias, por exemplo);

b) do lado das empresas, a necessidade de manter padrões de regularidade e satisfação da força de trabalho, tendo em vista reduzir o absenteísmo, aumentar a produtividade e a qualidade da mão de obra. Em geral, na medida em que os sistemas públicos vão tornando-se insuficientes para cobrir esses requisitos, abre-se um grande espaço para o funcionamento do setor privado autônomo, o qual surgiu sob a forma de organização das empresas médicas.

O Brasil, atualmente, possui dois segmentos de assistência à saúde, quais sejam, o Sistema Único de Saúde cujas ações e serviços são regulados pela Lei 8.080/90, e o setor privado de planos de assistência à saúde, cujas ações são reguladas pela Lei 9.656/98.

O debate sobre o tema da regulação, do setor privado é ainda muito incipiente no Brasil. A Lei 9.656/98 introduziu novas pautas no mercado, como a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS, o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas, entre outras (ANS, 2003).

Anteriormente à promulgação da Lei 9.656 em 1998, acirra-se o debate sobre a regulação do setor suplementar e confrontam-se diferentes modelos de regulação: o Ministério da Fazenda torna-se defensor de uma regulação governamental de menor intensidade através da manutenção Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), enquanto o Ministério da Saúde defendia uma regulação mais efetiva do Estado. Esse embate e a regulação bipartite (entre SUSEP e Ministério da Saúde) arrastou-se até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através da Lei 9.961/2000, definida como único órgão regulador, tornando vitoriosa a tese defendida à época pelo Ministério da Saúde (BAHIA, 1999).

A ANS, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde é um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem o setor privado de planos de assistência à saúde no Brasil. Sua natureza de autarquia especial é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de

recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Esta Agência tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público no segmento privado de saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, assim, para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2000).

A Agência é dirigida por uma diretoria colegiada, composta por até cinco diretores, sendo um deles o seu diretor presidente designado pelo Presidente da República, e investido na função por três anos, admitida uma única recondução por três anos. A administração da ANS é regida por um contrato de gestão negociado entre seu Diretor Presidente e o Ministro da Saúde, aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, que estabelece os parâmetros para a administração interna da Agência, bem como os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implica a exoneração do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Assim, como resultado do processo legislativo, que envolveu a promulgação da Lei 9.656/98, e a criação da ANS através da Lei 9.961/00, o setor passou a organizar da seguinte forma.

As empresas e entidades que operam os planos privados de assistência à saúde foram definidas como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. A resolução RDC nº 39 de 27 de outubro de 2000, conceituou “operar” como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde, e dividiu em dois tipos a atenção prestada pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, quais sejam:

Planos Médico-hospitalares: os planos oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares com ou sem odontologia;

Planos Odontológicos: os planos oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos.

As operadoras de plano médico-hospitalar foram classificadas nas seguintes modalidades jurídicas:

a) Cooperativa Médica: Classificam-se na modalidade de Cooperativa Médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764⁶, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos privados de assistência à saúde. Nessa modalidade, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo tanto pela sua produção individual, como pela divisão do superávit obtido pela Cooperativa. A organização da assistência é bastante semelhante com a Medicina de Grupo. A Unimed, a mais representativa desse segmento, organiza-se por unidades municipais (singulares), com ampla autonomia, vinculando-se a federações que, por sua vez, vincula-se a uma confederação, conseguindo dessa maneira uma ampla abrangência territorial (UNIDAS, 2005).

b) Autogestão: Classificam-se na modalidade de Autogestão as associações de pessoas físicas ou jurídicas, as fundações, sindicatos e entidades de classes profissionais que operam planos de assistência à saúde, ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim. Esta modalidade não possui fins lucrativos, e é a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública, que, em muitos casos, criam instituições privadas sem fins lucrativos para a gestão da assistência (UNIDAS, 2005).

O financiamento da Autogestão ocorre por meio de recursos da própria empresa, neste caso denominada como singular, podendo haver contribuição do empregado ou a co-participação entre empresa e empregado. O plano de assistência à saúde é gerenciado por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado. O financiamento pode congrega mais de um patrocinador, sendo neste caso denominada multipatrocinada.

c) Filantrópica: Classificam-se na modalidade Filantrópica as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica, junto ao Conselho Nacional de Assistência Social –

⁶ Disponível em < <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/LEIS/L5764.htm> > Acesso em 14 de fevereiro de 2006.

CNAS, e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça, ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal, junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais. São, por exemplo, e principalmente, os planos de saúde comercializados por Santas Casas.

d) Administradoras: O surgimento de planos próprios por iniciativa de sindicatos, associações de trabalhadores, somado à dificuldade operacional de administração e negociação com a rede credenciada viabilizaram o surgimento de empresas especializadas em: a) manter o cadastro de usuários; b) contratar e manter a rede de provedores; c) receber, processar, pagar contas, e emitir relatórios de desempenho.

As Administradoras segmentam-se em:

- **Administradoras de planos** são as empresas que administram exclusivamente planos privados de assistência à saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua operadora contratante. Estes planos são financiados por outras operadoras, através do acordo de tabela para o pagamento das ações de saúde e honorários. O pagamento para a rede credenciada ocorre posteriormente à realização dos serviços, assim, o pagamento é posterior e relacionado ao consumo efetivamente realizado, e calculado segundo as tabelas adotadas, acrescido de um percentual destinado a ressarcir o custo administrativo da administradora.
- **Administradoras de serviços** são as empresas que administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

e) Seguradoras Especializadas em Saúde: A resolução RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, não trata sobre a modalidade seguradora que passa a ser regulamentada pela ANS através da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que enquadra o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade Seguradora Especializada em

Saúde como operadora de plano de assistência à saúde, devendo o estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades de seguro. Nesta modalidade há a intermediação financeira de uma entidade seguradora, que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado, de acordo com condições contratuais. A Federação Nacional das Empresas de Seguro Privados e de Capitalização (FENASEG) é a entidade que congrega as empresas do setor de seguros (UNIDAS, 2005).

f) Medicina de Grupo: Classificam-se na modalidade de Medicina de Grupo as empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, que não preenchem os critérios de classificação nas modalidades Filantrópica, Administradora, Cooperativa Médica, Autogestão e Seguradora Especializada em Saúde. A maioria destas empresas não oferece assistência em serviços próprios, contratando serviços médicos de terceiros ou credenciando médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica. O usuário, seja ele indivíduo, família ou empresa, vincula-se ao plano, mediante pré-pagamento, e tem direito à cobertura prevista contratualmente (UNIDAS, 2005).

Além da modalidade jurídica, a vigência do plano passa a ser um critério diferenciador das diversas modalidades de operadoras em ação no setor: quanto à vigência do plano, dependendo da época em que o plano de saúde foi contratado, o contrato poderá ser considerado como antigo, novo ou adaptado.

Os planos antigos são aqueles contratados antes da Lei 9.656/98, ou seja, antes de 2/1/1999. A retroatividade da Lei foi julgada pelo Supremo Tribunal Federal em 2003, que se pronunciou quanto a inconstitucionalidade da extensão dos direitos da Lei 9.656/98 aos contratos antigos, prevalecendo, então, a cobertura assim como as exclusões exatamente como consta do contrato antigo.

Os planos novos são os planos contratados a partir de 2/1/1999, e comercializados de acordo com as regras da Lei 9.656/98, que proporcionam aos usuários a cobertura assistencial definida pela ANS relativa a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os planos adaptados são aqueles planos firmados antes de 2/1/1999 e, posteriormente, adaptados às regras da Lei 9.656/98, passando a garantir ao consumidor a mesma cobertura dos planos novos.

Quanto aos tipos de contratos de plano de saúde estes podem ser considerados como individual/familiar ou coletivo.

O contrato individual ou familiar é aquele oferecido para a livre adesão das pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. E o contrato coletivo é aquele firmado por pessoas jurídicas com as operadoras e destinados a grupos determinados de pessoas, podendo prever (ou não) a inclusão de dependentes. Além disso, têm algumas regras diferenciadas dos contratos individual-familiares, como por exemplo, a forma de aumento de mensalidade e de rescisão contratual. Há dois tipos de contratos coletivos:

- O contrato coletivo empresarial cuja característica principal é a adesão automática e obrigatória do beneficiário-empregado ao plano.
- O contrato coletivo por adesão cuja adesão ao plano é opcional e espontânea.

A Lei 9.656/98, no que se refere à assistência médico-hospitalar definiu o conceito de cobertura assistencial como o conjunto de procedimentos assistenciais a que o consumidor tem direito. Este direito está previsto no contrato firmado com a operadora e é definido em função da assistência médica prestada. Estabeleceram-se segmentos específicos com níveis de assistência médica ou níveis de procedimentos assistenciais progressivos, quais sejam: plano ambulatorial, plano hospitalar sem obstetrícia, plano hospitalar com obstetrícia, plano de referência.

Neste sentido, o usuário pode contratar um ou mais segmentos, independente do tipo de contrato do seu plano de saúde: individual/familiar ou coletivo. Porém, as operadoras são sempre obrigadas a oferecer o plano de referência. As demais segmentações, bem como suas diferentes combinações, são de oferecimento facultativo.

Para os planos novos e adaptados definem-se as seguintes coberturas assistenciais, por tipo de segmentação (BRASIL, 2005a):

O plano ambulatorial inclui em sua cobertura os atendimentos em regime ambulatorial, inclusive exames, realizados em consultório ou ambulatório. As coberturas são aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos⁷.

O plano hospitalar sem obstetrícia inclui em sua cobertura os atendimentos realizados durante a internação hospitalar, e não tem cobertura ambulatorial;

O plano hospitalar com obstetrícia inclui em sua cobertura os atendimentos realizados durante a internação hospitalar e os procedimentos obstétricos, como por exemplo, pré-natal e parto.

O plano referência é o segmento mais amplo de plano e garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território brasileiro, com padrão de acomodação enfermagem e é obrigatório seu oferecimento por todas as operadoras.

⁷ O Rol de Procedimentos é a listagem dos procedimentos em saúde cuja cobertura é garantida a todos os usuários dos planos adquiridos a partir de 2 de janeiro de 1999. Revisado periodicamente por Câmaras Técnicas designadas especificamente para este fim, que contam com a participação de representantes dos diversos segmentos da sociedade envolvidos na assistência privada à saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/roldeprocedimentos/roldeprocedimentos.asp>> . Acesso em 29 de dez. 2005

2.5. SITUAÇÃO ATUAL DA REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO

O setor privado de planos de assistência à saúde possui atualmente, uma cobertura assistencial para 41.847.911 usuários, sendo que 4.414.098 são usuários de planos, exclusivamente, odontológicos, restando 37.483.813 (20% da população brasileira) usuários de planos médico-hospitalares, objeto da nossa pesquisa.

O município de São Paulo possui 65% dos seus habitantes (10.927.965) com planos privados de assistência à saúde (7.177.701), e o município do Rio de Janeiro 56% dos seus habitantes (6.094.183) com planos de assistência à saúde (3.435.672), (BRASIL, 2005a). Comparativamente, Belo Horizonte com uma população de 2.375.330 habitantes possui 1.056.359 usuários de planos médico-hospitalar (44%).

A regulação pública praticada no setor privado de saúde desde a promulgação da Lei. 9.656/98, tem ocorrido, em geral, a partir da premissa do controle sobre a situação financeira das operadoras, ou seja, da capacidade de se estabelecer no mercado, de honrar compromissos na prestação da assistência à saúde dos usuários, conforme o que foi contratado (CECÍLIO, 2003).

A partir de 2004 a ANS expande sua atribuição para um novo papel regulatório que passa a abranger a regulação da assistência praticada pelas operadoras de planos privados de saúde (BRASIL, 2003).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, neste sentido, aposta na reversão do modelo assistencial vigente e na possibilidade de se organizar a prestação de atenção à saúde no setor privado, que se pautem pelos princípios de acesso necessário e facilitado, com atendimento qualificado, integral e resolutivo aos usuários do setor.

A Agência investe, então, na implementação de uma regulação na perspectiva de um monitoramento contínuo da qualidade da atenção prestada por operadoras e prestadores, e, para tanto, priorizou três linhas de cuidados, quais sejam; linha de cuidado materno-infantil, cardiovascular e saúde bucal, (BRASIL, 2004a).

O Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar proposto pela ANS, desdobra-se na avaliação da qualidade das operadoras a partir dos seguintes atributos: i) avaliação de

qualidade de atenção à saúde prestada ao usuário, ii) avaliação da qualidade econômico-financeira da empresa operadora, iii) avaliação da estrutura e operação, iv) avaliação da satisfação dos usuários (BRASIL, 2004a).

Objetiva-se, deste modo, instituir um *rankeamento* que permita a avaliação de impacto, através de indicadores sensíveis à identificação das condições de saúde dos usuários, e ágeis para indicar a mudança dessa realidade. Esta avaliação permitirá a ANS o monitoramento do desempenho das operadoras visando à publicação periódica dos resultados para o mercado consumidor e sociedade.

O desencadeamento desta nova etapa para a atividade de regulação do setor privado de planos de assistência à saúde requer uma transformação substantiva de todos os atores envolvidos; as operadoras de planos transformando-se em gestoras de saúde, os prestadores de serviços em produtores do cuidado, os clientes em usuários com consciência sanitária e capacidade de vocalização, além do próprio órgão regulador, o qual deverá qualificar-se para corresponder à tarefa de regular o complexo processo de produção do cuidado em saúde (BRASIL, 2004a).

É importante salientar que o Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar sintoniza-se com as iniciativas atuais da política de saúde no Brasil, frente ao objetivo de aprimoramento da qualidade de assistência prestada pelo setor privado de planos de assistência à saúde, no triênio 2004-2007, (BRASIL, 2004).

Entretanto, dentro dos objetivos pesquisados neste trabalho é indispensável assinalar a ausência no Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar, de uma linha de cuidado voltada especialmente à atenção de saúde do idoso, frente a um cenário demográfico-epidemiológico brasileiro, de tão importantes transformações.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Identificar as ações de saúde voltadas para a população com 60 ou mais anos de idade, realizadas pelo setor privado de planos de assistência à saúde, no município de Belo Horizonte, no período de julho a agosto de 2005.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o setor privado de planos de assistência à saúde, com sede no município de Belo Horizonte, quanto ao contingente de idosos.
2. Identificar as ações de saúde voltadas à população idosa, praticadas no setor privado de assistência à saúde, no município de Belo Horizonte.
3. Relacionar as ações identificadas com as diretrizes da Política de Saúde dos idosos.

4. METODOLOGIA

Este trabalho pode ser caracterizado como um estudo quali-quantitativo de caráter exploratório e descritivo, cujo objetivo é identificar as ações de atenção à saúde dos idosos no setor privado de planos de assistência à saúde, no município de Belo Horizonte, no período de julho a agosto de 2005.

É uma investigação exploratória devido à fase incipiente de estudos específicos em relação ao tema proposto. Segundo Chizzotti (1991) uma investigação é exploratória quando realizada em área na qual se tem pouco conhecimento acumulado e sistematizado.

O setor privado aqui pesquisado é constituído pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, que estão submetidas à Lei 9.656/98, e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criada pela Lei 9.961/2000. A pesquisa não aborda o setor privado de desembolso direto realizado pelos pacientes às instituições médicas, ou aos profissionais liberais, e tampouco o setor privado contratado ou conveniado pelo Sistema Único de Saúde, conforme previsto na Lei 8.080/90 (BRASIL, 2002).

Para fins deste estudo utilizamos o conceito de abrangência geográfica para a delimitação de operadoras privadas de planos de assistência atuantes no município. Neste caso, compreende-se abrangência como sendo a extensão territorial na qual o usuário tem direito ao atendimento pelo plano de assistência à saúde contratada.

Entretanto, o universo de operadoras que atuam em uma área geográfica requer maior especificação dada a forma de organização da prestação de serviços: uma operadora pode, por exemplo, estender a cobertura independente do fato de estar sediada em um mesmo território (estado ou município). Este é o caso das seguradoras que mesmo sendo sediadas em uma dada cidade, podem possuir usuários em qualquer município ou estado do Brasil.

Este fato exige, portanto, que, além do critério de abrangência, trabalhem também com o conceito de sede, assim como o conceito de usuário por local de residência.

O conceito de sede, neste trabalho é definido como o endereço da operadora registrado no cadastro de operadoras ANS/MS; e o conceito de usuários, como clientela residente no município selecionado, registrados no cadastro de beneficiários ANS/MS.

Entendendo que a implantação de práticas cuidadoras é tão mais facilitada quanto maior a proximidade e o vínculo dos gestores responsáveis pelas ações com a população assistida, optamos por pesquisar as operadoras com sede no município de Belo Horizonte. Foram então selecionadas operadoras das modalidades - Autogestão, Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, e Filantrópica.

No cadastro de operadoras da ANS/MS não há registro de operadoras da modalidade - Seguradoras Especializadas em Saúde -, com sede no município de Belo Horizonte. Neste caso foram selecionados os usuários residentes com registro no cadastro de beneficiários da ANS/MS, clientes das Seguradoras Especializadas em Saúde, que atuam no município.

Os dados relativos ao conjunto de operadoras do setor privado de planos de assistência à saúde foram obtidos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tais dados integram o cadastro nacional de operadoras e o cadastro de beneficiários organizados pela ANS, a partir da promulgação da Lei 9.656/98. Informações relacionadas a esses cadastros encontram-se disponibilizadas por meio de relatórios acessíveis ao público no portal da ANS. O último relatório disponível ao final deste trabalho, referia-se aos dados da competência de agosto de 2005. Contudo, a análise desenvolvida refere-se aos dados com competência em novembro de 2005, cedidos pela ANS.

Com estes dados tornou-se possível, em uma primeira etapa, a caracterização do universo de operadoras e beneficiários, segundo as seguintes variáveis:

Beneficiários:

- Sexo e faixa etária;

Operadoras:

- Registro na ANS
- Razão Social / Nome fantasia, endereço da sede, telefone;

- Modalidade jurídica das operadoras: Autogestão, Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Filantrópica, Seguradoras;
- Vigência de plano: refere-se aos planos contratados antes (planos antigos) / após (planos novos) a promulgação da Lei 9.656 /98;

A caracterização do setor privado de planos de assistência à saúde conforme sede, contingente de idosos e assistência prestada nas diversas modalidades no município de Belo Horizonte foi desenvolvida em duas etapas:

Etapa 1

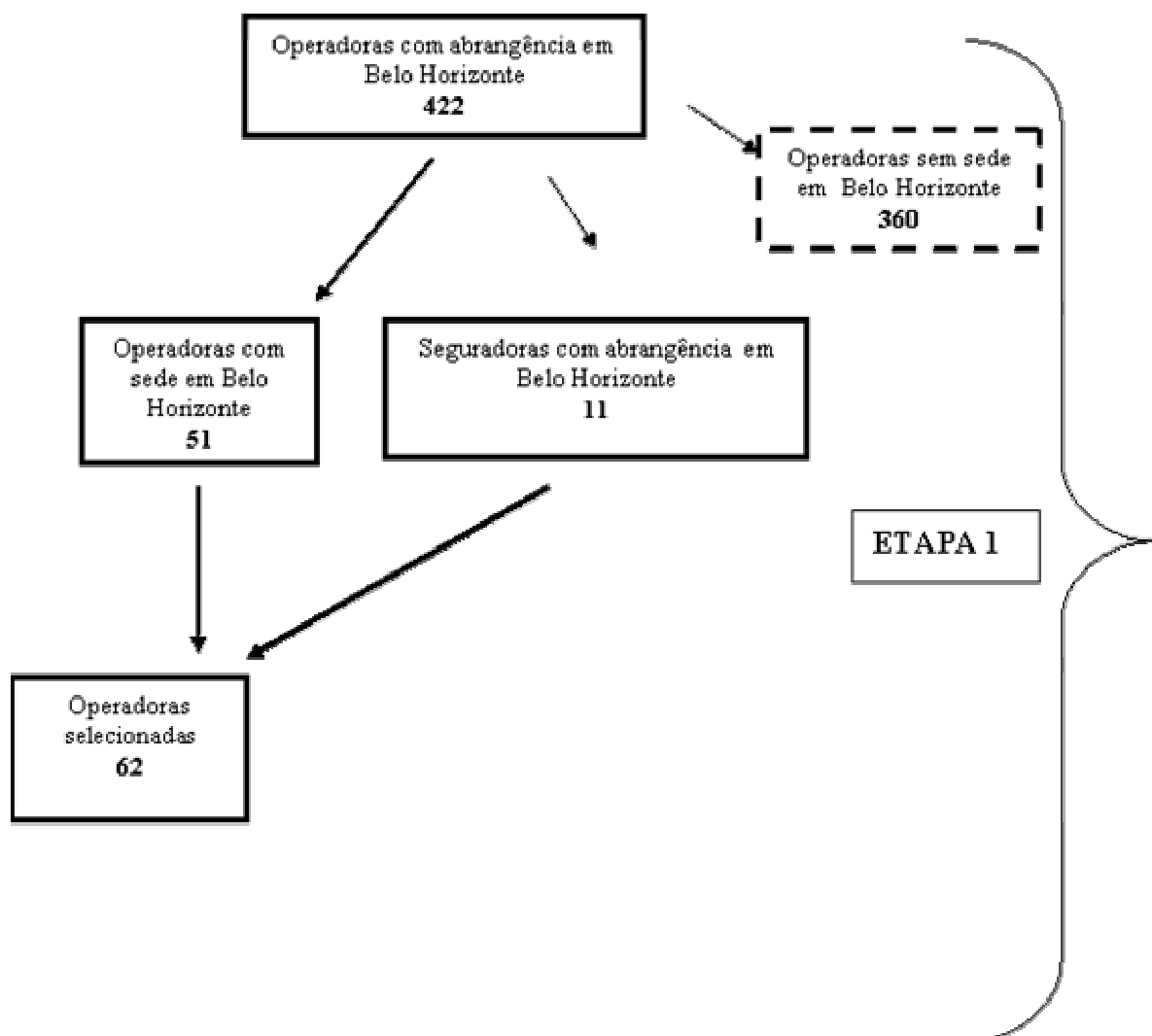
Foram selecionadas e caracterizadas as operadoras com base nas informações dos cadastros fornecidos pela ANS, segundo as seguintes variáveis:

- Distribuição dos usuários por sexo e faixas etárias⁸;
- Número de usuários com 60 anos ou mais de idade, por modalidade jurídica;
- Número de usuários com planos antigos e novos por modalidade jurídica;
- Distribuição dos usuários com planos antigos e novos por faixa de idade.

Nesta etapa foi, portanto, possível a seleção das operadoras participantes da pesquisa.

⁸ Foram utilizados intervalos etários de 10 anos.

Figura 1 - ETAPA 1: Fluxograma de Seleção das Operadoras



Etapa 2

No conjunto das operadoras selecionadas foram identificadas as ações de saúde voltadas à população com 60 anos ou mais de idade.

Para a identificação de política e ações de saúde, foi realizado *survey* por meio de entrevista telefônica assistida por computador (ETAC) junto às operadoras selecionadas, no período de julho a agosto de 2005.

O método ETAC, segundo Canabrava (2005), é um instrumento que se caracteriza pela busca de informações via telefone, com uso concomitante de computador, apresentando as vantagens de custo reduzido, por evitar deslocamento até o objeto da pesquisa, e rapidez no processo (coleta, supervisão e análise de dados ocorrendo simultaneamente).

A realização da pesquisa ETAC se desenvolveu a partir de:

- elaboração do questionário de pesquisa;
- confecção de máscara (formulário eletrônico para a realização das entrevistas e processamento dos dados) em *ACCESS*;
- aplicação do pré-teste do questionário e reformulação;
- treinamento dos operadores da pesquisa
- aplicação do ETAC;
- filtro e tabulação dos dados coletados

Para a categorização das ações de saúde voltadas para os usuários com 60 anos ou mais de idade, a base conceitual utilizada foi a Política de Saúde do Idoso, instituída em 1999. Para isso, as diretrizes constantes dessa política foram tomadas como variáveis/parâmetros de avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelas operadoras, quais sejam:

- a existência de política da operadora voltada para a saúde do idoso;
- o desenvolvimento de ações de promoção do envelhecimento saudável;
- o desenvolvimento de ações visando à manutenção da capacidade funcional;
- o desenvolvimento de ações domiciliares de reabilitação da capacidade funcional comprometida.

Para a identificação das ações de saúde voltadas aos usuários com 60 anos ou mais de idade, foi aplicado um questionário estruturado.

Deste modo, ao final das duas etapas foi possível identificar uma amostra de operadoras de planos privados de assistência à saúde, que desenvolvem algum tipo de ação voltada para a população idosa, passível de ser relacionada com a Política de Saúde do Idoso.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Carvalho (2003), o envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim às mudanças na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do processo de envelhecimento.

A população brasileira com 60 anos ou mais de idade representava 8,2% do total da população em 2000, e está projetada em 17% da população total, no ano 2030, conforme apresentado na tabela 2, p. 21, exemplificando a modificação da estrutura etária brasileira. Em relação à população idosa, Belo Horizonte possui hoje 217.075 habitantes (9,1%) com 60 anos ou mais de idade, (tabela 3).

TABELA 3

População idosa total e com cobertura por plano privado de saúde, 2005

	Pop. Total*	Pop. 60 anos ou mais de idade*	Pop. 60 anos ou mais de idade com cobertura**	Idosos (%)	Idosos com cobertura (%)
Brasil	184.184.264	16.886.719	3.687.774	9,2	22,6
Belo Horizonte	2.375.330	217.075	118.175***	9,1	54,4

Fonte*: IBGE – 2005

Fonte**: Cadastro de Beneficiários ANS/MS – novembro 2005

Fonte***: Dados da Pesquisa

O percentual de idosos na população do município de Belo Horizonte é semelhante ao percentual de idosos na população brasileira. Porém, em relação ao percentual de idosos cobertos por planos privados de assistência à saúde, em Belo Horizonte é 2,4 vezes maior (54,4%), comparado ao percentual de cobertura nacional (22,6%). LIMA (2006), em inquérito domiciliar realizado no município de Belo Horizonte, encontrou 54,3% dos idosos de sua amostra, aposentados e pensionistas do INSS, com cobertura por planos de saúde, corroborando os dados do estudo.

Pinto & Soranz (2004) encontraram nas capitais das regiões Sudeste (46%), Sul (26,3%) e Centro Oeste (46%), proporções que consideraram elevadas de coberturas por planos privados de assistência à saúde, para a população com 60 anos ou mais de idade.

Com base nos dados cadastrais (Cadastro Nacional de Operadoras e de Beneficiários) da ANS e conforme o critério de abrangência geográfica (no município de Belo Horizonte), foram identificadas 422 operadoras de planos privados de assistência à saúde responsáveis por 1.056.359 usuários,(tabela 4).

TABELA 4

Operadoras com abrangência geográfica no município de Belo Horizonte, novembro de 2005

Modalidade	Operadoras		
	N	%	Usuários
Autogestão	97	23	179.379
Cooperativa Médica	171	40,5	467.576
Filantrópica	30	7,1	68.009
Medicina de Grupo	113	26,8	257.207
Seguradora	11	2,6	84.188
TOTAL	422	100	1.056.359

Fonte: Cadastro Beneficiários e Operadoras ANS/MS – novembro 2005

Como referido na metodologia deste trabalho, o critério de abrangência geográfica é insuficiente para delimitar o território de residência dos usuários das diversas modalidades de operadoras, uma vez que sua cobertura assistencial pode ser em geral contratada abrangendo um só município, um conjunto de municípios, um estado, ou mesmo todo o território nacional (BRASIL, 2005). É o caso, por exemplo, das cooperativas médicas que se organizam municipalmente e permitem, através da vinculação às federações e confederações, fornecer ampla cobertura territorial (UNIDAS, 2005).

Nesta direção, com base nos dados cadastrais (Cadastro Nacional de Operadoras e de Beneficiários) da ANS e aplicando o conceito de sede e o conceito de usuário por local de residência, definimos 51 operadoras de saúde sediadas no município. Aplicando o conceito de usuários por local de residência às Seguradoras com abrangência no

município, definimos 11 seguradoras, e ao final foi possível selecionar um total de 62 operadoras de planos privados de assistência à saúde para o estudo, tabela 5, responsáveis por 785.811 usuários ou 74% dos 1.056.359 usuários residentes neste município.

TABELA 5
Operadoras selecionadas, no município de Belo Horizonte, 2005

Modalidade	Operadoras		
	N	%	Usuários
Autogestão	23	37,1	93.374
Cooperativa Médica	2	3,2	428.131
Filantrópica	2	3,2	58.216
Medicina de Grupo	24	38,7	121.929
Seguradora	11	17,7	84.161
TOTAL	62	100	785.811

Fonte: Cadastro Beneficiários e Operadoras ANS/MS – novembro 2005

- *Caracterização segundo a distribuição etária e por sexo*

Na maioria dos países as mulheres vivem mais do que os homens, e no Brasil a esperança de vida na mulher é cerca de 7,6 anos superior a dos homens (IBGE, 2005; LIMA, 2006). Como consequência quanto “mais velho” o contingente estudado, maior a proporção de mulheres, (CAMARANO, 2002).

TABELA 6

Distribuição da população do município de Belo Horizonte, por sexo e idade, 2005

Grupos de Idade	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0 a 9	189.856	50,6	185.220	49,4	375.076	15,8
10 a 19	216.538	49,5	220.609	50,5	437.147	18,4
20 a 29	219.714	48,2	236.505	51,8	456.219	19,2
30 a 39	181.675	47,1	204.345	52,9	386.020	16,3
40 a 49	140.925	45,7	167.274	54,3	308.199	13
50 a 59	87.627	44,8	107.967	55,2	195.594	8,2
60 a 69	52.236	42,4	71.068	57,6	123.304	5,2
70 a 79	24.536	37,4	41.062	62,6	65.598	2,8
80 +	8.768	31,1	19.405	68,9	28.173	1,2
TOTAL	1.121.875	47,2	1.253.455	52,8	2.375.330	100

Fonte: IBGE - 2005

As mulheres representam 52,8 % da população residente em Belo Horizonte, e esta proporção aumenta com o avançar da idade, sendo acentuada nas faixas com 60 anos ou mais. Entre os 217.075 idosos residentes no município de Belo Horizonte, as mulheres representam 60,5% ou 131.535. Dados da literatura mostram que aos 80 anos, a razão homem/mulher, no mundo, é igual a 0,55 (550 homens para 1000 mulheres), já em Belo Horizonte a razão é igual a 0,45 evidenciando maior feminilização. Outro dado é que no Brasil, as mulheres correspondiam a 2/3 da população com 75 anos ou mais de idade em 1995, (LIMA-COSTA et al., 2002).

Analisando a distribuição dos 785.811 usuários dos planos privados, observamos os mesmos diferenciais de esperança de vida entre homens e mulheres, encontrados na população total do município, (tabela 7).

TABELA 7

Distribuição etária dos usuários das operadoras selecionadas, por sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

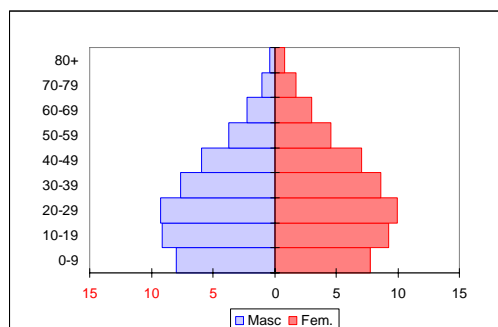
Grupos de Idade	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	n	%
0-9	48.089	50,5	47.176	49,5	95.265	12,1
10-19	45.192	49,5	46.097	50,5	91.289	11,6
20-29	64.476	45,3	77.786	54,7	142.262	18,1
30-39	57.034	44,3	71.736	55,7	128.770	16,4
40-49	53.862	44,7	66.502	55,3	120.364	15,3
50-59	37.980	42,3	51.706	57,7	89.686	11,4
60-69	23.628	41,0	33.934	59,0	57.562	7,3
70-79	14.483	36,4	25.283	63,6	39.766	5,1
80+	6.670	32,0	14.177	68,0	20.847	2,7
Total	351.414	44,7	434.397	55,3	785.811	100,0

Fonte: Cadastro de Beneficiários ANS/MS – novembro de 2005

No conjunto dos 785.811 usuários das operadoras selecionadas, as mulheres contribuem com 55,3% desta população. E entre os 118.175 usuários com 60 anos ou mais de idade, as mulheres representam 62% ou 73.394, próximo ao encontrado para a população de Belo Horizonte.

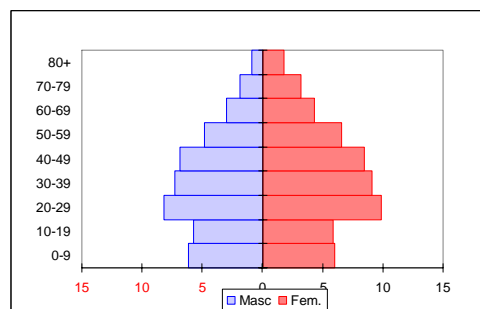
Abaixo, as pirâmides resultantes da distribuição etária da população de Belo Horizonte, e dos usuários das operadoras selecionadas, (figura 2a & 2).

FIGURA 2 a -Estrutura etária da população de Belo Horizonte, 2005



Fonte: IBGE, 2005

FIGURA 2 - Estrutura etária usuários das operadoras selecionadas, Belo Horizonte 2005



Fonte: Cadastro nacional beneficiários e operadoras ANS/MS- novembro de 2005

Comparativamente com a pirâmide etária da população de Belo Horizonte, a estrutura etária da população usuária das operadoras selecionadas é mais envelhecida, configurando uma pirâmide de base mais estreita, com 12% na faixa de 0 a 9 anos (15,8% em Belo Horizonte), 11,6% na faixa de 0 a 19 anos (18,4% em Belo Horizonte); corpo alargado nas faixas referentes às idades produtivas, destacando-se 15% na faixa de 40 a 49 anos (13% em Belo Horizonte) e 11% na faixa de 50 a 59 anos (8,2% em Belo Horizonte). O ápice apresenta-se mais largo, devido à maior proporção de idosos, quais sejam 7,3% na faixa de 60 a 69 anos (5,2% em Belo Horizonte), 5,1% na faixa de 70 a 79 anos (2,8% em Belo Horizonte), e 2,7% na faixa de 80 anos ou mais (1,2% em Belo Horizonte). Isto significa menos crianças e jovens com cobertura por planos privados de assistência à saúde do que adultos e idosos, conforme já apresentado por Ribeiro (2005).

Apresentaremos, a seguir, a distribuição etária e as respectivas pirâmides das diversas modalidades de operadoras selecionadas.

Na modalidade Autogestão reproduz-se a tendência observada nas demais operadoras, com uma maior participação feminina, em todas as faixas de idade, destacando-se que entre os usuários com 60 anos ou mais de idade o percentual de mulheres é alto comparado ao percentual de homens, (tabela 8).

TABELA 8

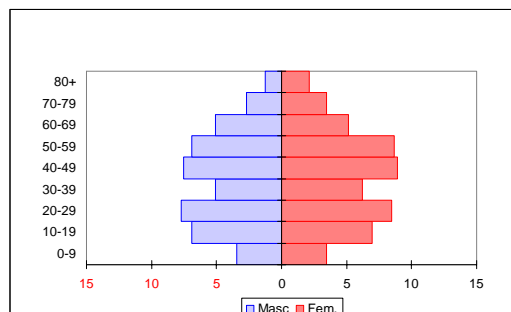
Distribuição dos usuários da modalidade Autogestão selecionada, por sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

Grupos de Idade	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 a 9	3.208	49,9	3.216	50,1	6.424	6,9
10 a 19	6.434	49,8	6.481	50,2	12.915	13,8
20 a 29	7.199	47,6	7.919	52,4	15.118	16,2
30 a 39	4.758	45	5.804	55	10.562	11,3
40 a 49	7.033	45,7	8.345	54,3	15.378	16,5
50 a 59	6.418	44,3	8.082	55,7	14.500	15,5
60 a 69	4.719	49,4	4.833	50,6	9.552	10,2
70 a 79	2.530	44	3.218	56	5.748	6,2
80 ou mais	1.198	37,7	1.979	62,3	3.177	3,4
TOTAL	43.497	46,6	49.877	53,4	93.374	100

Fonte: Cadastro de Beneficiários ANS/MS – novembro de 2005

A estrutura etária da modalidade Autogestão apresenta-se com base mais estreita, em relação à faixa de 0 a 9 anos de idade, com 6,9% de crianças (12,1% nas operadoras selecionadas), e ápice mais largo devido ao maior percentual de idosos quais sejam, 10,2% na faixa de 60 a 69 anos, (7,3% nas operadoras selecionadas), 6,2% na faixa de 70 a 79 anos, (5,1% nas operadoras selecionadas), e 3,4% na faixa de 80 anos ou mais (2,7% nas operadoras selecionadas), (figura 3).

FIGURA 3 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Autogestão selecionadas - 2005



Fonte: Cadastro nacional beneficiários e operadoras ANS/MS - novembro de 2005

No caso da modalidade Cooperativa Médica destaca-se entre os usuários a elevada proporção de mulheres idosas em relação aos homens idosos, (tabela 9).

TABELA 9

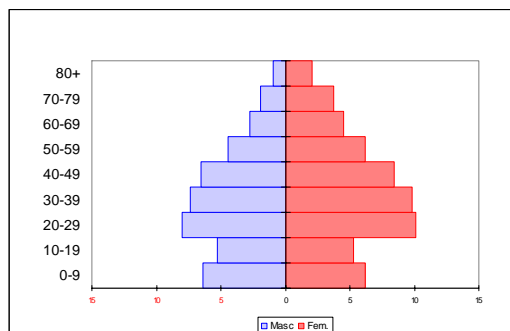
Distribuição dos usuários da modalidade Cooperativa Médica selecionada, por sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

Grupos de Idade	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	N	%	n	%
0 a 9	27.472	50,9	26.486	49,1	53.958	12,6
10 a 19	22.488	49,8	22.624	50,2	45.112	10,5
20 a 29	34.255	44,2	43.312	55,8	77.567	18,1
30 a 39	31.726	43,0	41.996	57,0	73.722	17,2
40 a 49	28.141	43,8	36.082	56,2	64.223	15,0
50 a 59	18.944	41,6	26.607	58,4	45.551	10,6
60 a 69	11.715	37,7	19.348	62,3	31.063	7,3
70 a 79	8.117	33,7	15.953	66,3	24.070	5,6
80 ou mais	3.903	30,3	8.962	69,7	12.865	3,0
TOTAL	186.761	43,6	241.370	56,4	428.131	100,0

Fonte: Cadastro de Beneficiários ANS/MS – novembro de 2005

O padrão etário da modalidade Cooperativa Médica configura uma pirâmide semelhante à pirâmide do conjunto de operadoras selecionadas, pois esta modalidade representa a maior cobertura, 428.131 usuários (57,5%) dentre as 62 modalidades pesquisadas no município de Belo Horizonte, (figura 4).

FIGURA 4 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Cooperativa Médica selecionada - 2005



Fonte: Cadastro nacional beneficiários e operadoras ANS/MS- novembro de 2005

No caso na modalidade Filantrópica observa-se o percentual de mulheres (60,9%) significativamente maior ao percentual de homens (39,1%) (tabela 10).

TABELA 10

Distribuição dos usuários da modalidade Filantrópica selecionada, por sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

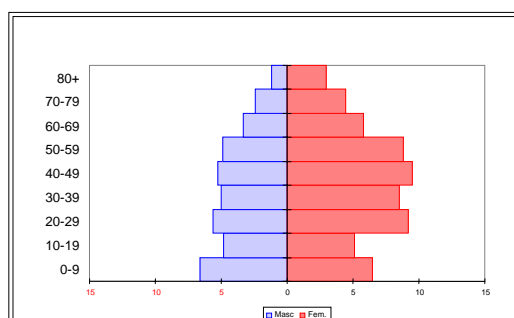
Grupos de Idade	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	N	%	n	%
0-9	3.837	50,3	3.789	49,7	7.626	13,1
10-19	2.814	48,4	2.995	51,6	5.809	10,0
20-29	3.256	37,8	5.348	62,2	8.604	14,8
30-39	2.928	37,1	4.964	62,9	7.892	13,6
40-49	3.044	35,4	5.552	64,6	8.596	14,8
50-59	2.830	35,5	5.150	64,5	7.980	13,7
60-69	1.954	36,7	3.366	63,3	5.320	9,1
70-79	1.397	35,0	2.592	65,0	3.989	6,9
80+	684	28,5	1.716	71,5	2.400	4,1
Total	22.744	39,1	35.472	60,9	58.216	100,0

Fonte: Cadastro de Beneficiários ANS/MS – novembro de 2005

Os percentuais de mulheres são maiores a partir do intervalo de 10 a 19 anos e aumentam com o avançar da idade, destacando a faixa de 80 anos ou mais com 71% de mulheres.

A distribuição etária da modalidade Filantrópica configura uma estrutura mais envelhecida de sua população, representada por um ápice mais alargado devido ao elevado percentual de usuários com 60 anos ou mais de idade, quais sejam 9,1% na faixa de 60 a 69 anos, (7,3% nas operadoras selecionadas), 6,9% na faixa de 70 a 79 anos, (5,1% nas operadoras selecionadas), e 4,1% na faixa de 80 anos ou mais (2,7% nas operadoras selecionadas). Destacam-se os elevados percentuais do sexo feminino formando uma “barriga” no gráfico da estrutura etária, a partir das faixas de 20 a 29 anos, (figura 5).

FIGURA 5 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Filantrópica selecionada - 2005



Fonte: Cadastro nacional beneficiários e operadoras ANS/MS- novembro de 2005

No caso da modalidade Medicina de Grupo, observa-se o percentual maior de mulheres em todas as faixas de idade, (tabela 11).

TABELA 11

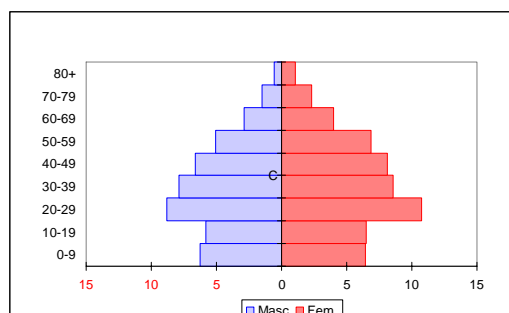
Distribuição dos usuários da modalidade Medicina de Grupo selecionada, por sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

Grupos de idade	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	N	%	n	%
0 a 9	7.649	49,4	7.841	50,6	15.490	12,7
10 a 19	7.106	47,3	7.930	52,7	15.036	12,3
20 a 29	10.727	45,0	13.106	55,0	23.833	19,5
30 a 39	9.619	47,9	10.453	52,1	20.072	16,5
40 a 49	8.073	44,9	9.924	55,1	17.997	14,8
50 a 59	6.142	42,4	8.347	57,6	14.489	11,9
60 a 69	3.523	41,9	4.881	58,1	8.404	6,9
70 a 79	1.792	38,6	2.855	61,4	4.647	3,8
80 ou mais	674	34,4	1.287	65,6	1.961	1,6
TOTAL	55.305	45,4	66.624	54,6	121.929	100,0

Fonte: Cadastro de Beneficiários ANS/MS – novembro de 2005

O padrão etário da modalidade Medicina de Grupo configura uma pirâmide mais jovem, com base pouco maior comparada à pirâmide das operadoras selecionadas, com 12,7% na faixa de 0 a 9 anos, e 12,3% na faixa de 10 a 19 anos. Corpo mais largo, comparado às operadoras selecionadas, destacando 19,5% na faixa de 20 a 29 anos (18,1% nas operadoras selecionadas), e estreitamento do ápice a partir da idade de 60 anos, devido ao menor percentual de idosos, quais sejam, 6,9% na faixa de 60 a 69 anos, (7,3% nas operadoras selecionadas), 3,2% na faixa de 70 a 79 anos, (5,1% nas operadoras selecionadas), e 1,6% na faixa de 80 anos ou mais (2,7% nas operadoras selecionadas), (figura 6).

FIGURA 6 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Medicina de Grupo selecionadas - 2005



Fonte: Cadastro nacional beneficiários e operadoras ANS/MS- novembro de 2005

Ao contrário do observado nas outras modalidades, destaca-se a modalidade seguradora por apresentar um percentual maior de homens (51%), em relação ao percentual de mulheres (48%), (tabela 12).

TABELA 12

Distribuição dos usuários da modalidade Seguradoras selecionada, por sexo e idade, Belo Horizonte, 2005

Grupos de Idade	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	N	%	N	%
0 a 9	5.923	50,3	5.844	49,7	11.767	14,0
10 a 19	6.350	51,1	6.067	48,9	12.417	14,8
20 a 29	9.039	52,7	8.101	47,3	17.140	20,4
30 a 39	8.003	48,4	8.519	51,6	16.522	19,6
40 a 49	7.571	53,4	6.599	46,6	14.170	16,8
50 a 59	3.646	50,9	3.520	49,1	7.166	8,5
60 a 69	1.717	53,3	1.506	46,7	3.223	3,8
70 a 79	647	49,3	665	50,7	1.312	1,6
80 ou mais	211	47,5	233	52,5	444	0,5
TOTAL	43.107	51,2	41.054	48,8	84.161	100,0

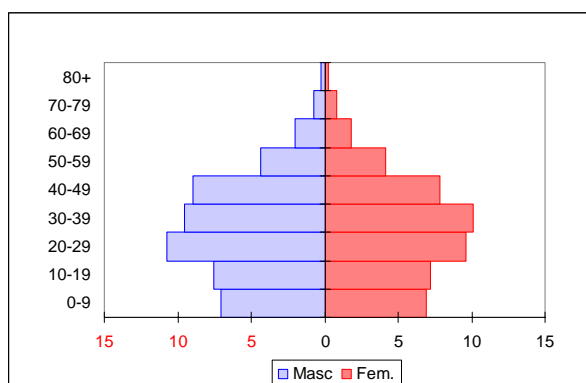
Fonte: Cadastro de Beneficiários ANS/MS – novembro de 2005

[

Destaca-se a faixa de 60 a 69 anos em que as mulheres representam 46% do total desta faixa. Nas faixas de 70 a 79 anos as mulheres representam 50%, e na faixa de 80 anos ou mais representam 52%. Esta modalidade possui os mais baixos percentuais femininos, acima dos 60 anos em todas as modalidades.

A distribuição etária da modalidade seguradora configura uma pirâmide jovem, devido a um percentual maior de jovens e menores percentuais a partir da faixa de 50 a 59 anos. O ápice apresenta-se estreitado, devido ao pequeno percentual de idosos, quais sejam, 3,8% na faixa de 60 a 69 anos, (7,3% nas operadoras selecionadas), 1,6% na faixa de 70 a 79 anos, (5,1% nas operadoras selecionadas), e 0,5% na faixa de 80 anos ou mais (2,7% nas operadoras selecionadas), (figura 7).

FIGURA 7 - Estrutura etária dos usuários das operadoras da modalidade Seguradora selecionadas - 2005



Fonte: Cadastro nacional beneficiários e operadoras ANS/MS- novembro de 2005

Através da análise dos dados fornecidos conclui-se que no setor privado de planos de assistência à saúde, do município de Belo Horizonte:

- Há um percentual significativo de usuários idosos (15%);
- Há uma predominância do sexo feminino (acima de 60%) entre os usuários idosos;
- Há “**ainda**” nas operadoras um percentual maior de crianças e jovens (acima de 20%) com cobertura assistencial, do que idosos (15%);
- Há um elevado percentual de usuários nas faixas produtivas de idade (60%).
- Há um maior percentual de mulheres entre os usuários (acima de 55%);
- O padrão etário mais jovem foi identificado na modalidade Seguradora;
- A modalidade Autogestão possui padrão etário mais envelhecido seguido da modalidade Filantrópica;
- A modalidade Seguradora possui entre seus usuários um percentual de homens (51,2%) maior que o percentual de mulheres (48,8%);
- A modalidade Seguradora possui o maior percentual (65%) de usuários nas faixas de idade produtiva.

As operadoras de saúde, no município de Belo Horizonte, possuem um expressivo contingente de idosos (15%), sendo as mulheres a maioria entre eles (60%). Em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, exigem acompanhamento multiprofissional constante, e tratamento continuado (VERAS, 2003). Implica em utilização aumentada dos serviços de saúde, no entanto, o modelo de atenção disponibilizado para o atendimento aos idosos, não cria as condições para uma adequada utilização dos recursos disponíveis (CECÍLIO, 2003; VERAS, 2003; MALTA, 2004).

Um outro aspecto da questão do envelhecimento é a feminilização da velhice. Entretanto, se as mulheres apresentam a vantagem de viver mais que os homens, por outro, elas apresentam o risco aumentado de sofrer violência e discriminação em vários

níveis, quais sejam, renda, alimentação, emprego formal, cuidados com a saúde, (LIMA-COSTA, 2002). Segundo Barata, et al. (2002), as mulheres referem estado de saúde regular ou ruim com maior probabilidade do que os homens, o consumo de consultas médicas nos 12 últimos meses foi 1,63 vezes maior entre as mulheres. As internações hospitalares excluídas as internações por parto, foram 1,39 vezes mais frequentes para as mulheres. As operadoras possuem mais mulheres, e nas faixas de 60 anos ou mais de idade, as idosas são maioria, o que implica em mais utilização dos serviços de saúde.

Por outro lado, as operadoras responsabilizam-se por contingente expressivo de adultos (60%), que alcançará os 60 anos, conduzindo ao crescimento da proporção de idosos sobre cobertura assistencial, destas operadoras.

Segundo Carvalho, (2003), do ponto de vista demográfico o processo de envelhecimento brasileiro deveu-se unicamente, ao rápido e sustentado declínio da fecundidade. Segundo o autor, caso ocorra queda significativa de mortalidade concentrada nas idades mais avançadas, haverá aceleração maior do processo de envelhecimento. Já é fato reconhecido que uma das grandes conquistas do século XX em todo o mundo foi a redução da mortalidade, que atingiu todos os grupos etários. Uma vez ultrapassado determinado limite de idade, os brasileiros passam a ter uma sobrevida bastante elevada, como exemplo, em 1998, a expectativa de vida do homem aos 60 anos de idade alcançou 13,1 anos, (CAMARANO, 2002), e em 2004, 20,7 anos.

Conforme já mencionado a população com 80 anos e mais de idade está aumentando, e tem sido o segmento populacional que mais cresce. Segundo a autora, o aumento da sobrevida desta população idosa deveu-se à redução das taxas de mortalidade desse segmento no período de 1980 a 1998. Entre os homens a taxa de mortalidade caiu de 73,6 óbitos/1000 habitantes (1980), para 57,7 óbitos/1000 habitantes (1998), redução de 27%. A queda da mortalidade por doenças do aparelho cardiovascular segundo Camarano (2002), parece ter sido a grande responsável pela redução da mortalidade entre a população idosa brasileira.

De uma maneira geral, pode-se dizer que é elevada a proporção de idosos (15%) em todas as modalidades de planos privados de assistência à saúde, conforme apresentado na tabela 13. Em amostra representativa da população da região metropolitana de Belo Horizonte, Lima-Costa (2004), também encontrou dentre os usuários de planos privados de assistência à saúde, 14% de usuários com 60 anos ou mais de idade.

TABELA 13
Usuários com 60 anos ou mais de idade segundo modalidade jurídica, Belo Horizonte, 2005

Modalidades	Total de Usuários*	Usuários com 60 anos ou mais de idade	
		60 anos ou mais de idade	(%)
Autogestão	93.374	18.477	19,79
Cooperativa Médica	428.131	67.998	15,88
Filantropia	58.216	11.709	20,11
Medicina de Grupo	121.929	15.012	12,31
Seguradora	84.161	4.979	5,92
TOTAL	785.811	118.175	15,04

Fonte: Banco de dados ANS – novembro de 2005

Nota*: Foram excluídos da análise 558 usuários sem informação de idade.

A modalidade Seguradora apresenta um percentual de 5,9% de usuários com 60 anos ou mais de idade, menos da metade em relação à modalidade Medicina de Grupo que apresenta o segundo menor percentual (12,3%), e um quarto do percentual da modalidade Filantrópica (20%), que apresenta o maior percentual. Este percentual (5,9%) apresentado pelas seguradoras remete a idéia de seleção de riscos, evitando assim, a cobertura de indivíduos com alto risco de adoecer (*cream skimming*), (BAHIA, et al., 2002).

Por outro lado, os maiores percentuais observados nas modalidades Filantrópica (20%), e Autogestão (19%), podem decorrer de características específicas de (não) seleção de clientela. Isto devido ao fato, no caso do sistema de Autogestão oferecer cobertura assistencial aos seus funcionários ativos e dependentes, aposentados e pensionistas, não orientada, supostamente, por uma classificação de riscos.

No caso da modalidade Filantrópica, esta oferece produtos mais baratos, destinados à população de baixa renda, cujos membros de um grupo familiar se reúnem para

financiar o plano privado de assistência à saúde dos idosos (pais, avós) da família, por perceberem a condição de saúde destes, mais desfavorável, caracterizando a presença da seleção adversa.

Analisando as modalidades em relação à participação na cobertura da população com 118.175 usuários com 60 anos ou mais de idade, destaca-se a concentração desta população na modalidade Cooperativa Médica que é responsável por 57,5%, ou seja, 67.998 pessoas idosas. Chama atenção a modalidade Seguradora com apenas 4.979 usuários (4,2%).

- *Caracterização segundo vigência de planos*

No que se refere à vigência dos planos, observamos que 32% dos usuários dos planos privados de assistência à saúde das operadoras selecionadas, no município de Belo Horizonte, possuem planos antigos. Estes são os planos contratados anteriormente a Lei 9.656/98, e constituem foco de tensões, principalmente em relação à cobertura assistencial, reajustes de preços e ações judiciais, (tabela 14).

TABELA 14

Usuários com plano antigo e plano novo, por modalidade de operadoras, Belo Horizonte, 2005

Modalidade	TOTAL		Plano Antigo		Plano Novo	
	N	%	n	%	n	%
Autogestão	93.374	100,0	77.254	82,7	16.120	17,3
Cooperativa Médica	428.131	100,0	101.425	23,7	326.706	76,3
Filantrópica	58.216	100,0	21.418	36,8	36.798	63,2
Medicina de Grupo	121.929	100,0	9.162	7,5	112.767	92,5
Seguradora	84.161	100,0	45.938	54,6	38.223	45,4
TOTAL	785.811	100,0	255.197	32,5	530.614	67,5

Fonte: Cadastro de Operadoras e Beneficiários ANS/ MS- novembro 2005

Destacam-se a modalidade Autogestão com o maior percentual de usuários com planos antigos (82,7%), e a modalidade Medicina de Grupo com o menor percentual de usuários com planos antigos (7,5%). No caso da modalidade Autogestão não há comercialização de planos de assistência à saúde, sua constituição tem como objetivo

propiciar a assistência à população específica (BAHIA, 1999). Segundo a autora, as coberturas dos planos próprios são, via de regra, bastante amplas, tanto no que diz respeito aos procedimentos médicos contemplados, inclusão de dependentes e aposentados, quanto aos aspectos de acomodações hospitalares, e tempo de permanência, (mesmo anteriormente a nova Lei 9.656/98). Os benefícios tendem a ser iguais a todos os níveis hierárquicos, e o seu financiamento é geralmente proporcional à remuneração do trabalhador. Além disso a modalidade Autogestão está desobrigada pela Lei. 9.656/98 a oferecer o plano referência, corroborando a informação da amplitude da cobertura ofertada. Já a modalidade Medicina de Grupo comercializa planos de assistência, e possivelmente devido à competição de mercado, sua carteira de clientes se renova periodicamente. Desde 02/01/1999, estão obrigados, pela Lei. 9.656/98 a comercializar somente os planos novos regulamentados. Este mesmo raciocínio pode ser aplicado para as demais modalidades de operadoras, que quanto maior o *turn-over de seus clientes* apartir de 02/01/1999 (empresas, associações, famílias, indivíduos), maior a proporção de planos novos.

Observa-se na tabela 15 uma diminuição do percentual de usuários com planos novos com o avançar da idade.

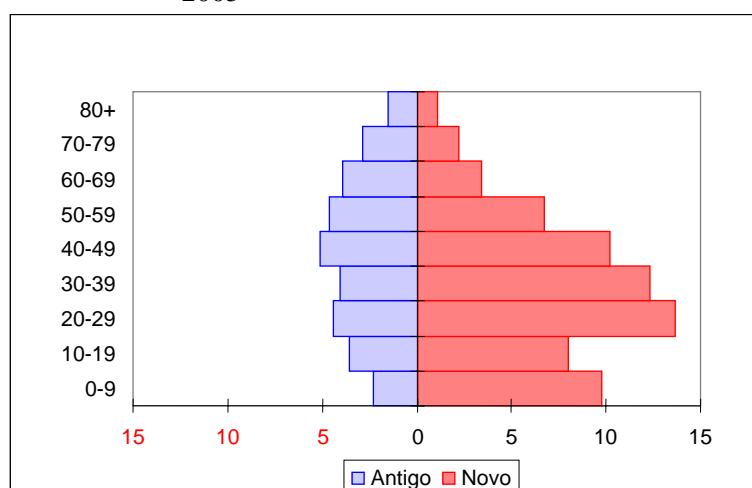
TABELA 15
Usuários com planos antigos e novos por faixa de idade, Belo Horizonte, 2005

Grupo de Idade	Total	%	Plano Antigo		Plano Novo	
	N	%	N	%	n	%
0 a 9	95.265	100,0	18.181	19,1	77.084	80,9
10 a 19	91.289	100,0	28.251	30,9	63.038	69,1
20 a 29	142.262	100,0	34.686	24,4	107.576	75,6
30 a 39	128.770	100,0	32.140	25,0	96.630	75,0
40 a 49	120.364	100,0	40.351	33,5	80.013	66,5
50 a 59	89.686	100,0	36.496	40,7	53.190	59,3
60 a 69	57.562	100,0	30.591	53,1	26.971	46,9
70 a 79	39.766	100,0	22.347	56,2	17.419	43,8
80 ou mais	20.847	100,0	12.154	58,3	8.693	41,7
TOTAL	785.811	100,0	255.197	32,5	530.614	67,5

Fonte: Cadastro de Operadoras e Beneficiários ANS/ MS- novembro 2005

De acordo com o perfil etário dos usuários com planos novos e antigos, figura 8 observamos uma maior proporção de planos novos nas faixas jovens e nas faixas de idade produtiva, e a maior proporção de planos antigos nas faixas a partir de 60 a 69 anos. Esta é a fase da vida em que o usuário, devido a questões de natureza biológica, necessita mais dos serviços de saúde, (RIBEIRO, 2005).

FIGURA 8 - Estrutura etária dos usuários das operadoras selecionadas em relação a planos novos e antigos, Belo Horizonte – 2005



Fonte: Cadastro nacional beneficiários e operadoras ANS/MS- novembro de 2005

Os planos antigos não prevêm a cobertura assistencial no moldes da nova Lei. 9.656/98. Neste sentido, a garantia de assistência plena não existe, e os conflitos acontecem no momento da necessidade de utilização dos recursos de saúde. No que se refere aos reajustes de preços, a nova lei condicionou a variação dos preços em razão da idade do usuário, com a previsão em contrato das faixas etárias e os respectivos percentuais de ajustes incidentes em cada uma delas, e vedou-se esta variação aos consumidores com 60 anos ou mais de idade. Para os contratos celebrados

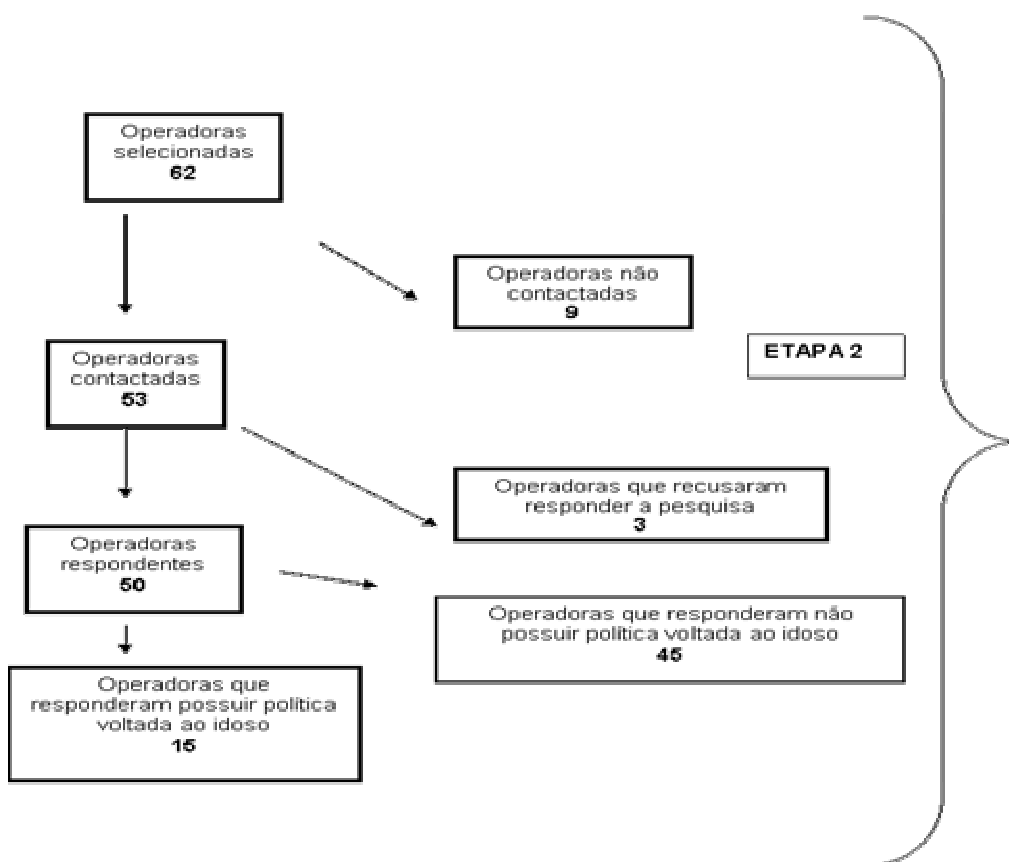
anteriormente a nova lei, a variação nos preços para os usuários com 60 anos ou mais de idade está sujeita a autorização prévia da ANS. Os reajustes de preços obrigatoriamente devem ser repactuados, através da diluição do reajuste previsto anteriormente, em reajustes parciais anuais, com a adoção de um percentual fixo aplicado a cada ano, por um intervalo de dez anos. Cada faixa de idade, para fins de reajuste, tem um intervalo de 10 anos, e não há uma faixa de idade limite, permitindo o reajuste nas faixas acima de 60 anos, (BRASIL, 1998).

A persistência de planos antigos no segmento privado de saúde, em que 15% dos seus usuários são idosos, é desvantajosa para o sistema de saúde como um todo, pois, pesa sobre o serviço público a assistência negada pelo segmento privado de assistência à saúde.

- *Identificação das ações de atenção aos idosos nas operadoras selecionadas*

O diagrama a seguir ilustra a identificação das operadoras que possuem ações de atenção a idoso.

Figura 9 – Diagrama sintético da pesquisa ETAC - julho a agosto 2005



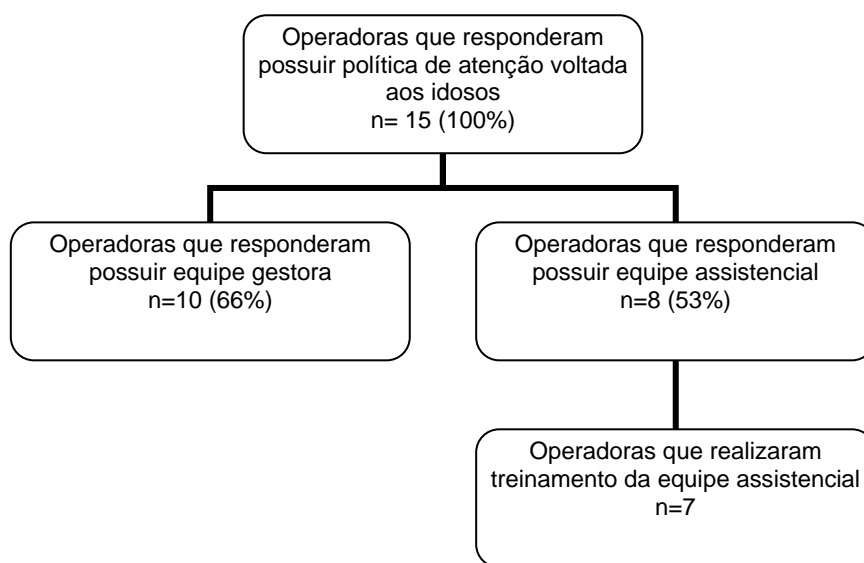
Entre as 62 operadoras selecionadas obtivemos êxito no contato com 53 (85%), pois 9 estavam com os dados cadastrais desatualizados. Destas 53, responderam á pesquisa 50 (80%) operadoras, pois 3 se recusaram a responder a pesquisa. Por fim, identificamos 15 (24%) que informaram possuir política de atenção voltada ao idoso, e a análise dos resultados daqui em diante se dá em torno destas 15 operadoras, pois as 45 demais responderam categoricamente não possuir alguma diretriz de atenção a idoso.

Era de se esperar um número maior, devido ao cenário de envelhecimento da população brasileira, e ao significativo percentual de idosos (15%), nas operadoras selecionadas, no município de Belo Horizonte.

- *Presença de equipe gestora e assistencial*

A operacionalização desta política clama por modelos gerenciais adequados, que otimizem os recursos aplicados, trazendo melhoria da produtividade e a satisfação tanto das pessoas assistidas quanto dos profissionais que atuam na prestação dos serviços, (NOGUEIRA, 1999). Neste sentido, procurou-se identificar a existência de equipe gestora com este fim específico. A presença de recurso humano assistencial voltado para operacionalizar as atividades de atenção à saúde dos idosos, possibilita a criação da relação de vínculo, acolhimento e responsabilização, além da elaboração do plano terapêutico, (MATUMOTO, et al., 2004/2005), (**figura 10**).

FIGURA 10 – Diagrama sintético das operadoras que responderam possuir equipe gestora e assistencial – ETAC, Julho a Agosto de 2005



Fonte: ETAC – julho a agosto 2005

Identificamos em 10 operadoras (66%) a presença de equipe gestora responsável pela coordenação das ações de saúde voltadas aos idosos. A presença da equipe acena para uma mudança de cultura das operadoras que ampliam sua atuação, agora também em

direção ao gerenciamento da saúde de seus usuários, não somente a gestão financeira e administrativa da operação dos planos de saúde (BRASIL, 2004a).

Identificamos 8 operadoras (53%) que responderam possuir equipe assistencial para a operacionalização das ações. Igualmente, reforça a mudança de cultura das operadoras, que ampliam o foco de atuação para a gestão da saúde de seus usuários. Destacam-se 7 operadoras (46%), que responderam sobre a realização de treinamento da equipe para a assistência à população idosa.

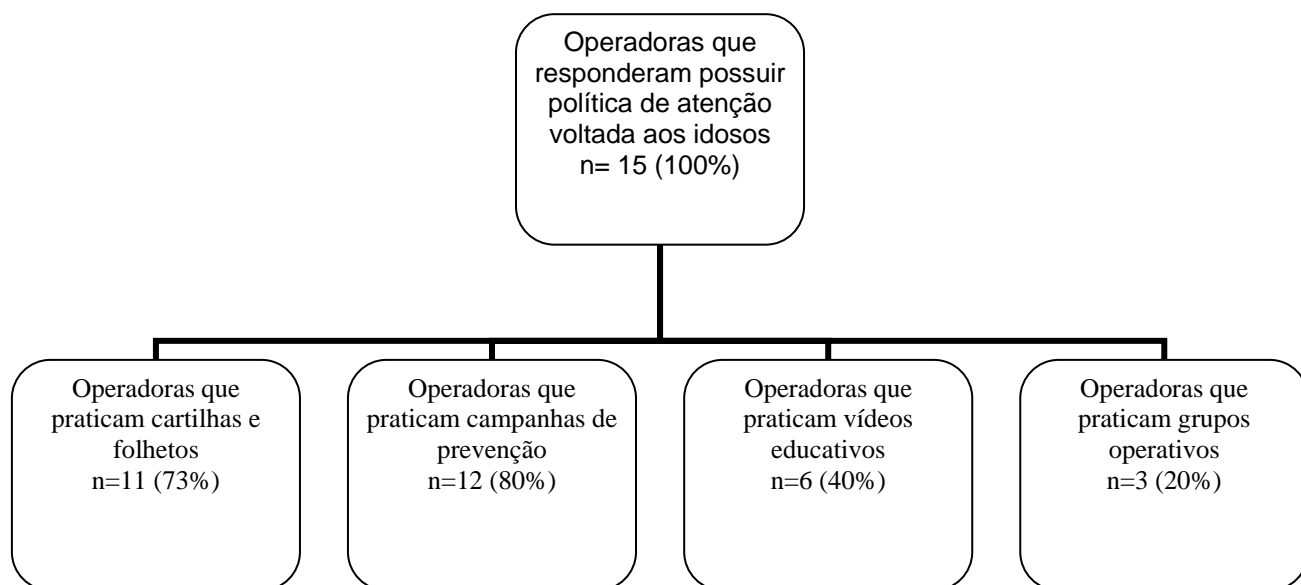
O treinamento em serviço é atualmente uma opção para a inserção do profissional nas práticas assistenciais, pois, é sabido que o país não dispõe de recursos humanos treinados e em número suficiente para o atendimento do contingente de idosos (VERAS, 2003). Segundo Jacob Filho (2000), é de fundamental importância que a equipe esteja atualizada com as peculiaridades funcionais do envelhecimento, sabendo discernir com máxima precisão os efeitos do envelhecimento normal das alterações produzidas pelas patologias do idoso.

- *Desenvolvimento de ações de promoção do envelhecimento saudável*

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se ente os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer, nos vários espaços coletivos. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações, (BUSS, 2000), e neste sentido as operadoras de planos de assistência à saúde, representando as instituições privadas de saúde, possuem a sua parcela de responsabilidade. Principalmente por fornecer cobertura a um contingente expressivo de usuários em idade produtiva (60%), que breve aumentará a proporção de usuários idosos nestas operadoras. Além do que, como propósito, a Política de Saúde do Idoso preconiza a promoção do envelhecimento saudável, buscando diminuir, ao longo prazo, a incidência de doenças crônicas e de incapacidades.

Optamos por identificar ações de educação para a saúde, tradicionalmente realizadas, como campanhas, distribuição de cartilhas e folhetos, vídeos educativos, e por fim os grupos operativos, (figura 11).

FIGURA 11 – Diagrama sintético das operadoras que responderam desenvolver ações de promoção do envelhecimento saudável. – ETAC, Julho a Agosto de 2005



Fonte: ETAC – julho a agosto de 2005

Estas ações, com exceção dos grupos operativos, não vinculam o usuário à equipe assistencial, o que auxiliaria na afirmação de compromisso de melhoria contínua dos hábitos de vida, promovendo o envelhecimento saudável, (MATUMOTO, et al., 2004/2005).

O grupo operativo tem como objetivo o estabelecimento de maior contato entre equipe e pacientes, através de reuniões periódicas que, além dos cuidados clínicos, orienta a adoção de atitudes positivas em relação às suas condições, enfatizando a manutenção da confiança e esperança, e a construção do reconhecimento de que não são os únicos a sofrer, contribuindo para a sensação da melhora (BECHELLI et al., 2004). Os grupos, segundo Bechelli et al. (2004), possuem propósito educacional de ensino da melhor maneira de cuidar de si próprio e da doença. Utiliza a estratégia de persuasão e reeducação emocional, adotando técnicas comportamentais, como o emprego de diários para a anotação de detalhes. Segundo o autor, oferece-se a oportunidade de compartilhar experiências de condições análogas, além do efeito benéfico que um paciente exercia sobre o outro quando apresentava melhora. Além do que, a Instrução Normativa nº 10, de 23 de março de 2005, da ANS, sugere o grupo operativo como ação de promoção da

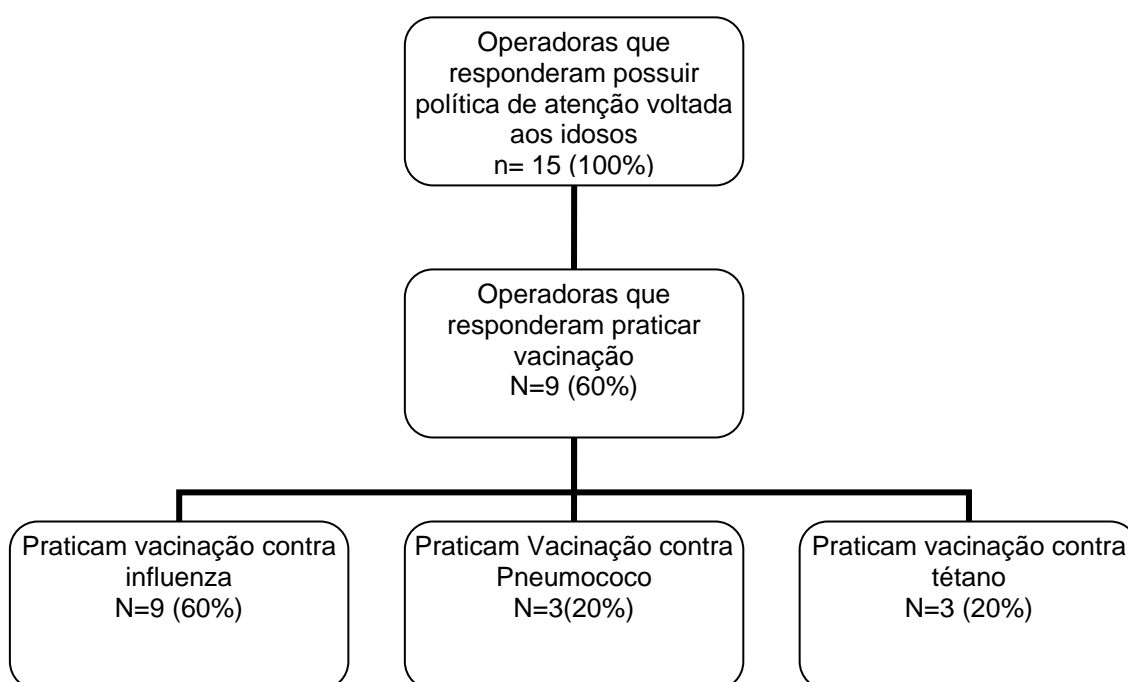
saúde, que poderia ser desenvolvida pelas operadoras de saúde. Não obstante, encontramos somente três operadoras que referiram possuir o grupo operativo.

- *Desenvolvimento de ações visando à manutenção da capacidade funcional*

A manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional do idoso têm como objetivo mantê-lo em sua comunidade, junto à sua família o maior tempo possível, (SILVESTRE, 2002). Neste sentido buscamos identificar as ações de vacinação contra os principais agravos preconizados pelo ministério ao idoso, programas específicos para o controle de patologias crônicas prevalentes nos idosos, além do benefício de farmácia e do monitoramento de doentes crônicos.

Na figura 12 estão sintetizadas as ações de vacinação:

FIGURA 12 – Diagrama sintético das operadoras que responderam desenvolver ações voltadas à manutenção da capacidade funcional – ETAC, Julho a Agosto de 2005

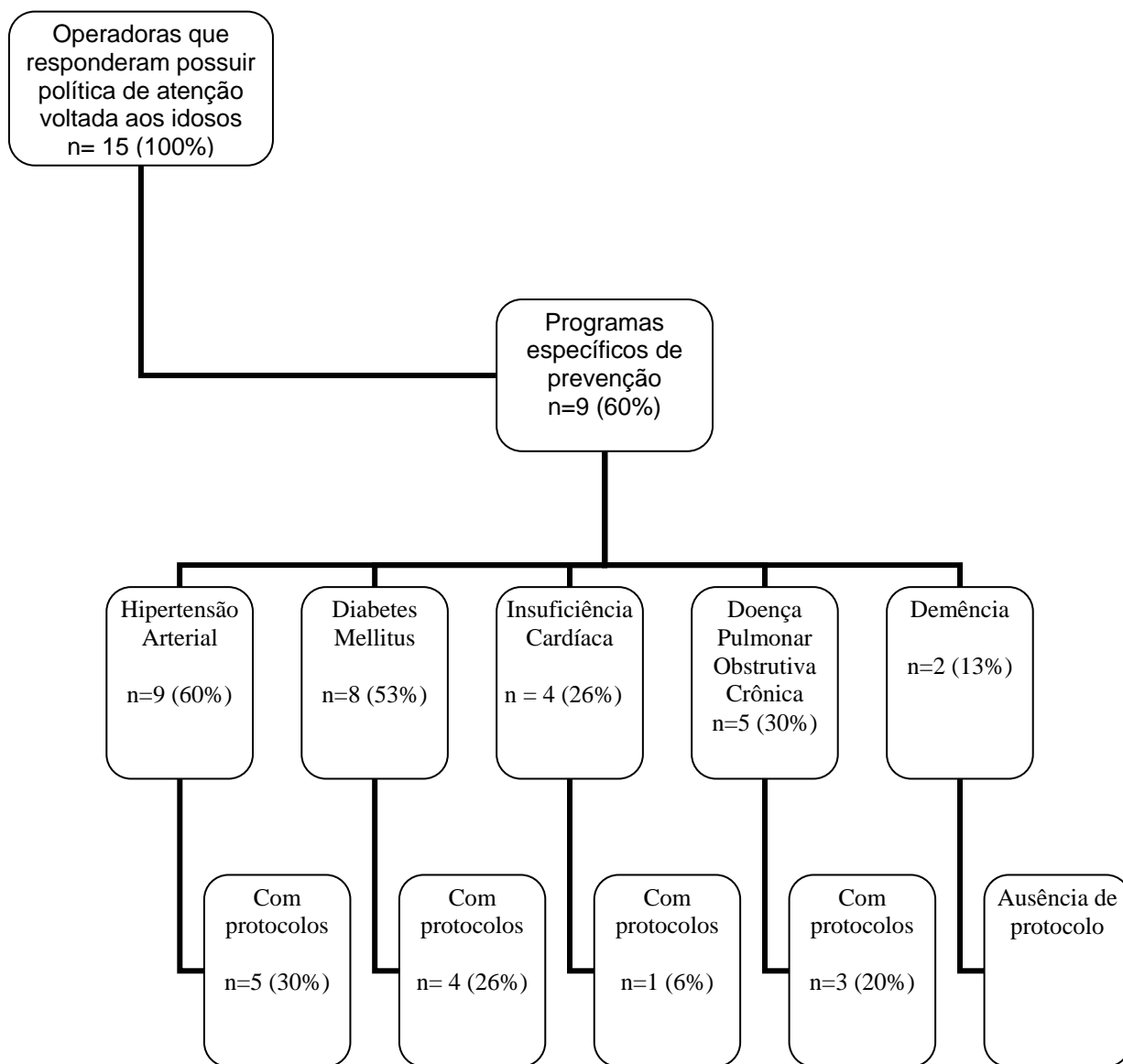


Fonte: ETAC – julho a agosto de 2005

Com base nos parâmetros para a avaliação das ações de manutenção da capacidade funcional identificamos a prática de vacinação em 9 operadoras (60%). Porém, destaca-se a vacina contra influenza - “gripe”, como o tipo de vacina mais praticado, sendo que 9 operadoras (60%) reportaram disponibilizá-la, enquanto a vacinação contra tétano foi identificada em 3 operadoras (20%), e pneumococo também em 3 operadoras (20%). Estas são ações reconhecidas como mantenedoras da capacidade funcional dos indivíduos idosos, pois, diminuem a frequência e a intensidade de morbidades como a pneumonia, que leva à descompensação de doença de base, além de diminuir a mortalidade, (BRASIL, 1999).

Ainda com base nos parâmetros para a avaliação das ações de manutenção da capacidade funcional identificamos a existência de programas específicos de prevenção de doenças em 9 operadoras (60%). Estes programas têm o objetivo de diagnosticar a patologia, iniciar o tratamento adequado, e aumentar o conhecimento do usuário para um melhor controle de sua doença, através do autocuidado. Procurou-se identificar a existência de programas de hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, e demência, com seus respectivos manuais de normas e rotinas - protocolos, que segundo a política devem envolver aspectos organizacionais, operacionais e técnicos, e devem ser atualizados de 4 em 4 anos (SILVESTRE, 2002), (figura 13).

FIGURA 13 – Diagrama sintético das operadoras que responderam desenvolver ações que visam a manutenção da capacidade funcional – ETAC, Julho a Agosto de 2005



Fonte: ETAC – julho a agosto de 2005

Destacam-se os programas para pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, que foram identificados em 9 operadoras (60%). Porém, quando questionadas sobre a existência de protocolos clínicos para nortear as ações de saúde, somente 5 operadoras (30%) afirmaram possuí-los. A hipertensão arterial sistêmica está presente em mais de 60% dos idosos, e encontra-se frequentemente associada a outras doenças, como

aterosclerose e diabetes mellitus, conferindo a essa população alto risco para a morbidade cardiovascular e, exigindo, portanto, uma correta identificação do problema e uma apropriada abordagem terapêutica (BRANDÃO, et al., 2002).

Os programas para pacientes com diabetes mellitus foram identificados em 8 operadoras (53%), e 4 (26%) afirmaram possuir protocolos clínicos definidos. No que se refere ao diabetes, sua incidência e prevalência vêm aumentando na população com 60 anos ou mais de idade, no Brasil sua prevalência na população geral é de 7,4%, entretanto na população idosa é de 17,4%, e frequentemente a diabetes é subdiagnosticada e subtratada nos idosos, (NASRI, 2002).

Identificaram-se os programas para pacientes com insuficiência cardíaca em 4 operadoras (26%), e uma somente afirmou possuir protocolo clínico definido. A insuficiência cardíaca é uma condição clínica comum que contribui para substancial morbidade e mortalidade nas faixas de 60 anos ou mais de idade, com grande impacto na saúde pública. A prevalência da insuficiência cardíaca aumenta com a idade, presente em 2% das pessoas na faixa de 40 a 59 anos de idade, em mais de 5% das pessoas na faixa de 60 a 69 anos de idade, e em 10% das pessoas com 70 ou mais anos de idade (CALLAHAN, 2001). Com o aumento da população idosa Brasileira, a incidência e a prevalência desta patologia tende a crescer.

Programas para pacientes portadores de DPOC foram encontrados em 5 operadoras (30%) e 3 (20%) afirmaram possuir protocolo clínico definido. A doença pulmonar obstrutiva crônica é a quarta causa de morte entre pessoas nas faixas de 70 a 90 anos, e significativa causa de morbidade, com um decréscimo nítido da qualidade de vida, (SENGER, 2002).

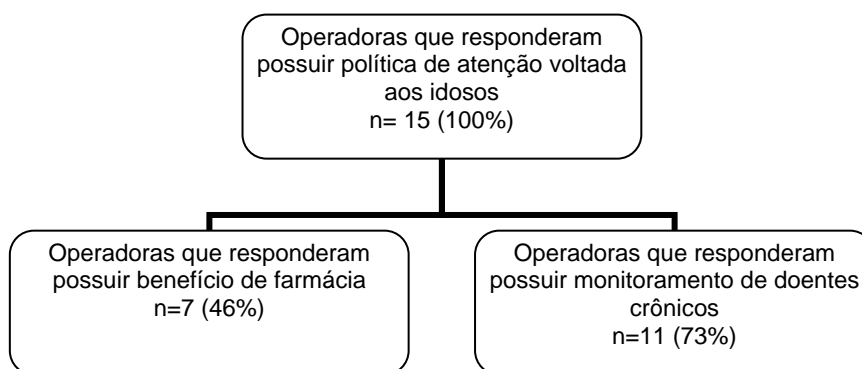
Identificamos os programas para pacientes portadores de demência em 2 operadoras (13%), porém não identificamos a existência de protocolos clínicos definidos. A demência é uma causa significativa de incapacidade entre os idosos, a prevalência da demência de Alzheimer é aproximadamente 2% na faixa de 60 a 64 anos de idade, e aumenta exponencialmente a cada 5 anos, alcançando 40% entre as pessoas com 80 ou mais anos de idade (CALLAHAN, 2001).

Estas são patologias crônicas prevalentes nas faixas de 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 1999), responsáveis por eventos adversos, como lesões em órgãos alvos e descompensações clínicas (agudizações), que culminam em busca de serviços curativos de saúde, (pronto atendimento e internações). Estes pacientes se identificados e abordados preventivamente, podem ter o histórico de morbidade alterado, melhorando a qualidade de suas vidas, (GUERRA, 2001).

Os protocolos assistenciais aumentam a qualidade da abordagem do paciente. O processo de elaboração dos protocolos é o momento em que toda a equipe se envolve no aprendizado sobre os cuidados necessários. A ausência de protocolos sugere a fragilidade dos programas, no que se refere à sua qualidade e resolubilidade, pois permite o trabalho sem uma diretriz definida.

Conforme a figura 14, foram identificadas 7 operadoras que responderam praticar o benefício de farmácia, e 11 que declararam possuir monitoramento de doentes crônicos.

FIGURA 14 – Diagrama sintético das operadoras que responderam desenvolver ações voltadas à manutenção da capacidade funcional – ETAC, Julho a Agosto de 2005



Fonte: ETAC – julho a agosto, 2005

Os programas de benefício de farmácia⁹ surgem nas operadoras como estratégia para aumento da adesão do usuário ao tratamento medicamentoso, através da facilitação da aquisição do medicamento prescrito, Esta facilitação se dá através de descontos fornecidos por drogarias credenciadas ou pelas farmácias próprias das operadoras de saúde. Este trabalho pode ser também realizado por empresas especializadas e contratadas pelas operadoras, denominadas *PBM – “Pharmacy Benefit Manager”*, que realizam a captação de farmácias em um determinado território, e estabelecem acordos comerciais para o direcionamento dos clientes da operadora, que serão fidelizados através da prática de descontos no preço final da lista de medicamentos acordada.

O monitoramento de doentes crônicos, ou “*disease management*”, é definido por Plocher (1996) como abordagem prospectiva doença-específica, realizada por profissionais não médicos, especializados na doença-alvo, que busca aumentar a efetividade e potencializar o componente da “consulta clínica” através de metodologia definida, permitindo uma abordagem mais longitudinal para o gerenciamento de uma doença, melhorando a propensão em alterar sua história natural. O objetivo é a prevenção de eventos adversos, a diminuição da frequência das agudizações relacionadas à doença de base, ou da intensidade destas agudizações, resultando na diminuição da necessidade de utilização dos serviços curativos de saúde.

Ressalta-se que o monitoramento de doentes crônicos é prática relevante do *managed care*, e poderia sinalizar para a tendência racionalizadora, visando à redução dos custos assistenciais (Plocher, 1996).

- *Desenvolvimento de ações domiciliares de reabilitação da capacidade funcional já comprometida*

O crescimento da atenção domiciliar no Brasil é recente, datando da última década do século XX, (FLORIANE & SCHRAMM, 2004) A difusão desta modalidade de prestação de serviços ocorre, segundo os autores, tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde, que pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros.

⁹ Disponível em: < http://www.centralnacionalunimed.com.br/produtos_beneficiofarmacia.asp> Acessado em 25 de fevereiro, 2006.

Guerra (2001) e Sawyer (2003) evidenciaram que as despesas assistenciais estão concentradas em um subgrupo da população, que se identificados e tratados preventivamente, podem ter um melhoria em suas condições de vida, e a frequência de internações diminuída.

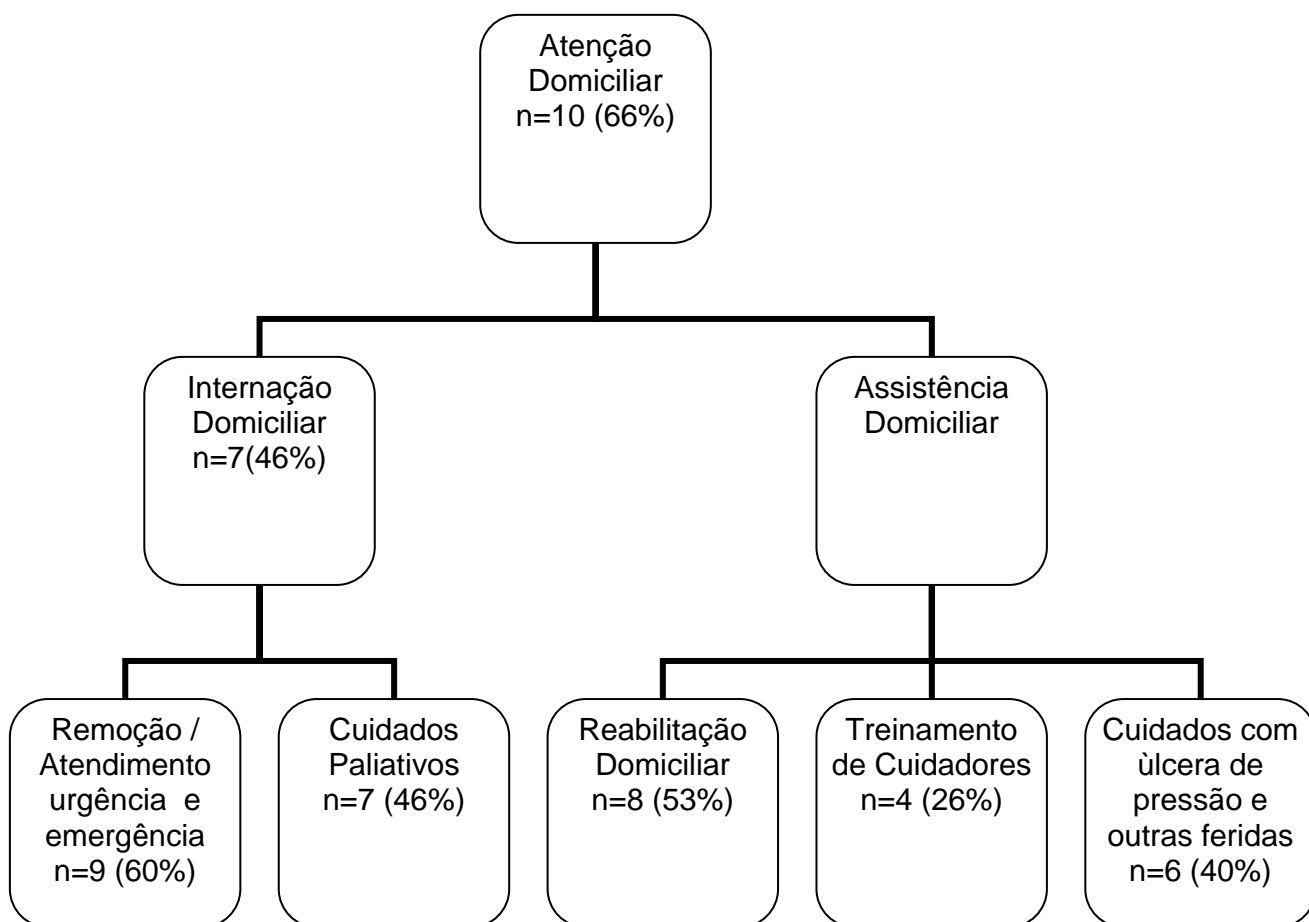
Guerra (2001) encontrou, para a população com 60 ou mais anos de idade, forte relação entre alto risco de múltiplas internações hospitalares e as seguintes variáveis: a) o fato de morar sozinho, o que infere a ausência de cuidados pelos familiares ou comunidade; b) problemas financeiros em adquirir medicamentos; c) auto percepção do estado de saúde, referida como ruim; d) mais de cinco visitas ao consultório médico nos últimos doze meses; e) uso de mais de cinco medicamentos prescritos; f) história positiva de doença coronariana; g) incapacidade de realizar alguma atividade de vida diária, devido a problema de saúde; h) incapacidade de caminhar longa distancia sem se cansar.

Neste sentido, a atenção domiciliar pode se traduzir em uma melhor atenção, melhor satisfação, contribui para a otimização dos leitos hospitalares (diminuindo as internações desnecessárias e reduzindo a média de permanência) e do atendimento ambulatorial, utilizando de forma racional os recursos de saúde, pois, reintegra o paciente idoso ao seu núcleo familiar, visando preservar ao máximo a sua autonomia, buscando a recuperação da sua independência funcional, proporcionando assistência humanizada e integral, por meio de maior aproximação da equipe de saúde com a família, maior participação do paciente e dos familiares, no tratamento proposto, e promove a educação em saúde, (MITRE COTTA, et. al., 2001).

No Brasil, a atenção domiciliar tornou-se um termo genérico que engloba ações de **assistência** e **internação** domiciliar, (ANVISA, 2006). A internação domiciliar é definida como o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral, ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada, e plantão de enfermagem, (ANVISA, 2006). A assistência domiciliar é definida como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio. Demanda dentre outros, programa de orientação, informação e assessoria de profissionais capacitados em saúde do idoso, e incentiva a participação dos familiares (BRASIL, 1999; CALDAS 2003).

Buscou-se neste sentido identificar ações de atenção domiciliar, que didaticamente estratificamos em internação e assistência, conforme a figura 15.

Figura 15 - Diagrama sintético das ações de atenção domiciliar identificadas em 10 operadoras - ETAC, julho a agosto de 2005



Fonte: ETAC – julho a agosto, 2005

Identificamos ações de internação domiciliar em 10 operadoras (66%). A internação domiciliar pode ser indicada para pacientes que necessitem de tratamento (antimicrobiano parenteral) de patologias como pneumonia, infecção do trato urinário por germes multi-resistentes, infecção de úlcera de pressão, pacientes com necessidade de hidratação venosa, tratamento inicial de trombose venosa profunda, dentre outras. Para tanto, a estabilidade clínica é condição indispensável para a elegibilidade, e a programação da alta deve ser indicada, no plano de tratamento elaborado, e comunicada aos familiares mesmo antes de se iniciar o tratamento. A modalidade de internação

domiciliar deve necessariamente possuir retaguarda hospitalar, caso ocorra indicação. Neste sentido, deveria ser somente disponibilizada aos usuários com planos com cobertura hospitalar. Assim como, por questões éticas, de segurança e legais, um atendimento e remoção de urgência e emergência precisa ser disponibilizado (ANVISA, 2006).

Já o cuidado paliativo é considerado pela Organização Mundial de Saúde como os cuidados totais ativos, prestados a pacientes com doença incurável, progressiva e irreversível, que não respondem a qualquer tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor, de outros sintomas, e de problemas psicológicos, sociais e espirituais. O enfoque terapêutico torna-se o alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando as ações médicas em conjunto com as ações de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais, de reabilitação e assistência aos familiares (BURLÁ, 2002).

Em relação á assistência domiciliar, identificamos a prática de reabilitação domiciliar em 8 operadoras (53%) , porém ações de treinamento de cuidadores em somente 4 operadoras (26%). Este achado é significativo, pois, segundo Caldas (2003) não se deve esperar que os cuidados sejam entendidos e executados corretamente sem que os responsáveis pelo paciente sejam orientados. Seria fundamental que os profissionais de saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das atividades necessárias ao cotidiano do idoso, até que a família se sentisse segura para assumi-las.

As ações de reabilitação necessariamente devem envolver os familiares e cuidadores para a continuidade do cuidado, após a alta, pela equipe de reabilitação. O modelo de reabilitação eficiente é iniciado com o levantamento das necessidades do paciente (familiares e cuidadores), objetivando a elaboração de um plano de cuidados direcionado para as incapacidades identificadas. Em seguida, executa-se o plano através da realização de atividades multiprofissionais (nutrição, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia) sempre orientando, educando, e treinando familiares e cuidadores, e autonomizando os pacientes para retomarem aquelas funcionalidades prejudicadas. O objetivo é a reabilitação da capacidade funcional comprometida, permitindo a realização ao máximo, das atividades de vida diária, como o banho, alimentação, higiene, dentre outras. Neste sentido, recupera-se a perda funcional incipiente, previne-se evolução da perda funcional, amenizam-se limitações, e evitam-se complicações, quais sejam;

úlceras de pressão, pneumonia de aspiração, formação de fecaloma, quedas, infecção urinária e desnutrição. Estes são fatores determinantes de reinternações, perda de qualidade de vida e gastos.

Identificou-se o cuidado com úlcera de pressão em 6 operadoras (40%). As úlceras de pressão são afecções de ocorrência comum, especialmente entre idosos com síndrome de imobilidade¹⁰. O impacto dessas lesões em termos de morbidade, mortalidade e custo de tratamento é bastante significativo, neste sentido é preciso preocupar-se com a prevenção e controle destas lesões (MARINI, 2002).

Conclui-se que a atenção domiciliar visa à ampliação do acesso para a população com comprometimento da capacidade funcional que dificulte o deslocamento aos serviços institucionais, (BRASIL, 1999), além de delinear um sistema de apoio às famílias no cuidado aos idosos dependentes. Percebe-se, porém, que a oferta desta modalidade de assistência ainda é pequena frente ao perfil demográfico-epidemiológico do município de Belo Horizonte.

¹⁰Complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade da mudança postural, Freitas (2002, pg. 645)

6. CONCLUSÃO

A população das operadoras de planos privados de assistência à saúde é mais envelhecida comparativamente à população geral.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde precisam se especializar tanto nos cuidados aos usuários idosos, quanto daqueles em processo de envelhecimento, não somente pelas especificidades assistenciais das pessoas idosas, mas também pela necessidade de viabilizar economicamente a operação dos planos de saúde, frente ao paradigma demográfico epidemiológico.

O que se propõe é o estabelecimento de uma nova prática assistencial, pelo estímulo à promoção, prevenção, e recuperação, referenciado no vínculo e na responsabilização pelo acompanhamento sistemático do paciente.

O cenário de despesas assistenciais elevadas pode conduzir os gestores a decidirem por ações, cujo objetivo é a redução dos custos assistenciais, em conformidade com o *managed care* norte americano, em desacordo com um projeto de promoção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Acces to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, California, v. 36, p. 1-10, march, 1995.

ANDRADE, Eli Iola Gurgel. (*Dês*) *Equilíbrio da Previdência Social Brasileira 1945-1997*. 1999. 232 f. (Doutorado em Demografia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

BAHIA, Ligia. *Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil*. 1999. 265 f. (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L. Risco, Seguro e Assistência Suplementar no Brasil: Fórum de Saúde Suplementar. 2001. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/forum_bibliografias_control_precos.asp>
Acesso em 01 de març de 2006.

BAHIA, L.; et. al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.7, n.4, p. 671-686, 2002.

BARATA, R.B.; et al. Desigualdades em saúde segundo gênero e etnia em maiores de 14 anos de idade, Brasil. LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E.; BARRETO, S. M. *I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*. Ouro Preto: Ministério da Saúde. p. 37-42, 2002.

BEHELLI, L. P.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. v. 12, n.2, p. 242-249. març-abr. 2004.

BRANDÃO, A.P. et al. Hipertensão Arterial no Idoso. In FREITAS, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 30, p. 249-262, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição brasileira, 1988*. Textos constitucionais de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais n. 1/92 a 38 de 2002, e pelas emendas constitucionais de revisão n. 1 a 6, de 1994. Brasília: [Senado Federal], 2002. 427 p.

BRASIL. Congresso Nacional. *Política Nacional do Idoso*. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/3idade/lei8842.html> > Acesso em 05 de agosto. 2005.

BRASIL. Senado Federal. *Estatuto do Idoso*. Projeto de lei nº 3561, de 1997. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057rf.pdf> > Acesso em: 05 de agosto. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Saúde do Idoso*. Portaria 1395, 10 de dezembro de 1999. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html> >. Acesso em: 05 agosto. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_lei_criacao.asp > Acesso em 30 de out. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=412_idoriginal=455 Acesso em 30 de out. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução – RDC no 39, de 27 de outubro de 2000. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=159&id_original=0 >. Acesso em 29 de dez. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Lei* - Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=472>. Acesso em: 29 de dez. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução – RDC nº 77, de 17 de julho de 2001*. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=128&id_original=0>. Acesso em: 8 de agos. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Qualificação da Saúde Suplementar: nova perspectiva no processo de regulação*. dez. 2004a. 50 p. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/portal/site/qualificacao/pdf/texto_base.pdf>. Acesso em: 08 de agos. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde*. Diário Oficial da União Nº 238, 13 de dezembro de 2004. Disponível em:

<
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNS.pdf>>. Acesso 5 de agost. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação do Gestor de Saúde*. Competência agosto de 2005a. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_gestores/Caderno_gest.asp> acesso em 29 de dez. de 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Informações Sobre Usuários Operadoras e Planos*. Edição Junho de 2005. Competência Março de 2005. Disponível em: <
<http://www.ans.gov.br/portal/upload/consultas/Dados%20do%20setor%20-%20Março.pdf>>. Acesso em 5 de agos. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa – RN nº 94, de 23 de março de 2005*. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=664&id_original=0>. Acesso em: 08 de agos. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa – IN nº 10, de 23 de março de 2005. Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=663&id_original=0> . Acesso em: 08 de agos. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Cobertura Assistencial: contratos, tipos de planos, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados* Disponível em: <
http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/guia_cobertura_assistencial.pdf>.
Acesso em: 29 de dez. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada – RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006. Disponível em: <
http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2006/rdc/11_06.pdf> Acesso em 18 de fev. de 2006

BURLA, C. Palição: cuidados ao fim da vida. In: FREITAS, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 87, p. 732-739.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5. n. 1, p. 163-177. 2000

CALLAHAN, C. M. Glass Houses and the Glory of the Climb. *Annals of Internal Medicine*. v. 135, n. 5, p.613-615, Oct. 2001.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição da demografia. In: FREITAS, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 6, p. 58 -71.

CAMARANO, A. A. *Brazilian population ageing, well-being and social policies*. In: LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E.; BARRETO, S. M. *I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*. Ouro Preto: Ministério da Saúde, 2002b. p. 27-35.

CANABRAVA, Claudia. Marques. *SUS e o "Terceiro Setor"*: Caracterização de entidades sem fins lucrativos, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde, no município de Belo Horizonte. 2005. 183 f. (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

CARVALHO, J. A. M. Demographic Dynamics in Brazil recent trends and perspectives. *Brazilian Journal of Population Studies*. Brasília, V.1. p. 5-23. 1997/98.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. A lógica demográfica do processo de envelhecimento populacional. In: LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E.; BARRETO, S. M. (org.). *I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*. Ouro Preto: Ministério da Saúde, 2002. p. 23-26

CASTRO, M.; TRAVASSO, C.; CARVALHO, M. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(4), 795-811, 2002.

CATA PRETA, H. L. N.; Análise da política de reajuste para planos de saúde individuais e coletivos, implementados pela ANS. In: MONTONE, J. (org.); *Regulação e Saúde: Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003. Tomo 1. v. 3, cap. 10, p. 359-389

CECÍLIO, L.C.O.(org.); Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, DIRPO/ GGTAP, 2003. 126 p. Relatório. CD-ROM.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 31, n. 2, p.184-200, 1997.

CHIZZOTTI, *A Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez. 1991

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema único de saúde – princípios. *Cadernos de Saúde*, Belo Horizonte, p. 11-26. 1998.

ELLIS, R., McGUIRE, T. Hospital response to prospective payment; moral hazard, selection and practice style effects. *Journal of Health Economics*. V.9 p. 167-92, 1996

FERGUNSON, J. A., WEINBERGER, M.; Case Management Programs in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 17, p.123-126, 2001. apud FLORENCIO, L. P. *et al.* Gerenciamento de casos: impacto em internações e permanência hospitalar de uma população de alto risco de Belo Horizonte. *Arquivos de Medicina*, Porto, v.18, n.4, jul-agost, 2004.

FLORENCIO, L. P. *et al.* Gerenciamento de casos: impacto em internações e permanência hospitalar de uma população de alto risco de Belo Horizonte. *Arquivos de Medicina*, Porto, 18 (4), jul-agost, 2004.

FLORIANI, C.A.; SCHARANN, F.R. Atendimento domiciliary ao idoso: problema ou solução? *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v.20, n.4, p. 986-994. jul-ago, 2004.

GUERRA, H. L. *et al.* Projeto Bambuí: fatores associados a internações hospitalares entre idosos na comunidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(6), 1345-1356, nov-dez, 2001.

IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050, Revisão 2004 Disponível em :
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf> Acesso em 16 jan 2006.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 01 fev 2006.

IRIART, C. B. Atenção Gerenciada: Instituinte da Reforma Neoliberal. 228 f. (Doutorado em Medicina) – Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e Atendimento Domiciliário. In: OLIVEIRA DUARTE, Y.; DIOGO, M. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. Belo Horizonte: Atheneu, 2000. cap. 2, p. 19-26.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: 1974: Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf>. Acesso em: 15 out. 2005.

LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E.; BARRETO, S. M. *I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*. Ouro Preto: Ministério da Saúde, 2002. 161 p.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde, gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 735-743, maio-jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F. Lifestyle and preventive health care utilization among adults covered or not by private health plan: the Belo Horizonte health survey. *Ciênc.Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, v.9, n.4, p. 857-864. oct-dec. 2004

LIMA, Marina Guimarães. *Gastos com Medicamentos Utilizados por Aposentados e Pensionistas do INSS, com Idade Igual ou Superior a 60 anos, em Belo Horizonte/MG*. 2006. 229 f. (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MALTA, D.C. Modelos Assistenciais na Saúde Complementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. In: MONTONE, J. (org.); *Regulação e Saúde: Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003. Tomo 2. v. 3, cap. 1, p. 7-52.

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

MALTA, D.C. et. al. Os Modelos assistenciais praticados nas operadoras investigadas. In: ANS, (org); *Regulação e Saúde: Duas Faces da Mesma Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, ANS, 2005. v. 4 cap. 6, p. 161-199

MARINI, M.F. Úlcera de Pressão. In: FREITAS, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 77, p. 654-664.

MATUMOTO, S.; et al. Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidado. *Interface- comunicação, saúde e educação*. Ribeirão Preto. V. 9, n.16, p. 9-24. set. 2004

MEDICI, A. C. Incentivos Governamentais ao Setor Privado de Saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p 79-115, 1992.

MITRE COTTA, R.M.; et. at. La Hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectives. *Rev. Panam Salud Publica*. Espanha. v. 10, n. 1. p. 45-55, 2001.

MULLAHY, C. M.; Case Management and Managed Care. In: KONGSTVEDT, P. R.; *The Managed: Health Care Handbook*. Gaithersburg: Aspen , 1996. cap. 18, p. 274-300.

NASRI, F. Diabetes Mellitus no Idoso. In FREITAS, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 58, p. 496-501

NOGUEIRA, L. C. Gerenciamento pela qualidade total na saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial. 1999. 118 p.

OMRAN, A.R. The epidemiologic Transition: The theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 49 (4), p.509-538. 1971.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS, 1994

OTTAWA; Achieving Health For All: A frame work for health promotion.1986.
Disponível em:<http://www.frcentre.net/library/AchievingHealthForAll.pdf>. Acesso em: 15 out. 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 1, p. 2-12.

PINHEIRO, R. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(4), 687-707, 2002.

PINTO, L. F.;SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. v.9, n.1, p.85-98. 2004

PLOCHER, D. W.; Disease Management. In: KONGSTVEDT, P. R.; *The Managed: Health Care Handbook*. Gaithersburg: Aspen , 1996. cap. 20, p 318-329.

RAMOS, R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 7, p. 72-78.

RIBEIRO, Mirian Martins. *Utilização de Serviços de Saúde no Brasil: uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde*. 2005. 87 f. (Mestrado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROQUETE, Fátima Ferreira. *Impactos da Regulação Estatal na Gestão Organizacional*. 2002. 226 f. (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, 7(4), 757-776, 2002.

SENGER, J. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. In FREITAS, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 41, p. 344-352

SCHRAMM, J.M.; et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, 9 (4), 897-908, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G.; *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 143 p.

SILVESTRE, J. Operacionalização da política nacional de saúde do idoso. In: LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E.; BARRETO, S. M. *I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*. Ouro Preto: Ministério da Saúde, 2002. p. 71-84.

SOUZA, R.G.; BODSTEIN, R.C.A.; Inovação na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 481-492, 2002.

UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. *Autogestão de Saúde no Brasil: 1980 – 2005*. História da organização e consolidação do setor. São Paulo: 2005.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 705-715, maio-jun. 2003.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO – ETAC

1. Existe alguma política de atenção voltada à população idosa?
2. Existe uma equipe gestora responsável internamente por estas ações?
3. Existe equipe assistencial para a operacionalização destas ações?
4. A equipe assistencial recebe ou recebeu treinamento específico para o atendimento à população crônica/idosa?
5. Dentre as opções a seguir, quais os tipos de ações de Educação em Saúde que vocês promovem?
 - a. Divulgação de cartilhas e folhetos
 - b. Realização de campanhas de prevenção
 - c. Divulgação de vídeos educativos para a manutenção da saúde
 - d. Realização de Grupos Operativos
6. Dentre as opções a seguir, quais os tipos de ações de Prevenção de Doenças que vocês promovem?
 - a. Campanhas de Vacinação
 - i. Tétano
 - ii. Pneumonia Pneumococcica
 - iii. Influenza
 - b. Vocês possuem programas específicos de prevenção de doenças?
 - i. Hipertensão Arterial Sistêmica
 1. Existem protocolos assistenciais para a execução?
 - ii. Diabetes Mellitus
 1. Existem protocolos assistenciais para a execução?
 - iii. Insuficiência Cardíaca Congestiva
 1. Existem protocolos assistenciais para a execução?
 - iv. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
 1. Existem protocolos assistenciais para a execução?
 - v. Demência

7. Dentre as opções a seguir, quais os serviços (produtos) ofertados pela operadora?

- a. Benefício de Farmácia
- b. Monitoramento de Doentes Crônicos
- c. Assistência Domiciliar
 - i. Internação Domiciliar
 - ii. Reabilitação Domiciliar
 - iii. Treinamento de Cuidadores
 - iv. Cuidado com Úlcera de Pressão / outras feridas cutâneas
 - v. Cuidado paliativo a pacientes em fina de vida ou sem possibilidade de cura
 - vi. Transporte de urgência e Emergência

MÁSCARA - ETAC

Pesquisa Operadoras - [Formulário1 : Formulário]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda

PESQUISA TELEFÔNICA INVESTIGAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA E PREMISSAS DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA A IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELO HORIZONTE

Identificação Operadora 1 Operadora 2 Diretriz das Ações Organização das Ações 1 Organização das Ações 2 Organização das Ações 3

Tentativa 1 2 3 4 5 Operador: Giuseppe

Início: _____ Duração: 0 Data: _____ Situação da Pesquisa: 1-Pesquisa Completa

Agendado para: _____

Identificação / Dados Cadastrais

Razão Social: COOPERATIVA DE USU. ASSIST.MED-HOSP. SICOOB LTDA - USIMED

Nome Fantasia: COOPERATIVA DE USU. ASSIST. MED-HOSP. SICOOB LTDA CNPJ: 00152753000112

Natureza Jurídica: 09-Cooperativa Modalidade: Medicina de Grupo

Inscrição na ANS: 314170

Logradouro: AV. AMAZONAS Bairro: CENTRO

CEP: 30180904 Telefone: 32717100 FAX: 32714522

Nome do Respondente: Marcia Vasconcelos

Cargo do Respondente: Assist. Adm

estaçãodepesquisaNESCON Código: 11

Pesquisa Operadoras - [Formulário1 : Formulário]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

PESQUISA TELEFÔNICA INVESTIGAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA E PREMISSAS DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA A IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELO HORIZONTE

Identificação Operadora 1 Operadora 2 Diretriz das Ações Organização das Ações 1 Organização das Ações 2 Organização das Ações 3

Diretriz das Ações

08- Existe alguma Política de Atenção voltada à população idosa? Não

09- Existe alguma Política de Atenção voltada à população de doentes crônicos? Não

10- Existe uma equipe gestora responsável internamente por estas ações?

11- Existe equipe assistencial para a operacionalização destas ações?

12- A equipe assistencial é própria ou contratada?

13- Caso a equipe assistencial seja própria qual a carga horária de trabalho?

14- A equipe assistencial recebe ou recebeu treinamento específico para o atendimento da população crônica/idosos?
Não sabe

estaçãodepesquisaNESCON Código: 11

Registro: 1 de 67

Modo formulário

start Microsoft Offi... Resultados 06 jul 2005 (D:) 06 jul 2005 (D:) Pesquisa Operad... 16:18

Pesquisa Operadoras - [Formulário1 : Formulário]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

PESQUISA TELEFÔNICA INVESTIGAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA E PREMISSAS DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA A IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELO HORIZONTE

Identificação Operadora 1 Operadora 2 Diretriz das Ações Organização das Ações 1 Organização das Ações 2 Organização das Ações 3

Organização das Ações

15- Dentre as opções a seguir, quais os tipos de ações de Educação em Saúde que vocês promovem?

- a- Divulgação de Cartilhas e folhetos
- b- Realização de Campanhas de prevenção
- c- Disponibilização de videos educativos para manutenção da saúde
- d- Realização de Grupos Operativos (Reuniões de pacientes portadores de condições crônicas)

16- Dentre as opções a seguir, quais os tipos de ações de Prevenção de Doenças que vocês promovem?

a- Campanhas de Vacinação? Não

- i- Tétano
- ii- Pneumonia Pneumocócica
- iii- Influenza

estaçãodepesquisaNESCON Código: 11

Registro: 1 de 67

Modo formulário

start Microsoft Offi... Resultados 06 jul 2005 (D:) 06 jul 2005 (D:) Pesquisa Operad... 16:19

Pesquisa Operadoras - [Formulário1 : Formulário]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

PESQUISA TELEFÔNICA INVESTIGAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA E PREMISSAS DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA A IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELO HORIZONTE

Identificação Operadora 1 Operadora 2 Diretriz das Ações Organização das Ações 1 Organização das Ações 2 Organização das Ações 3

b- Você possui Programas específicos de prevenção de doenças? Não

i- Hipertensão Arterial Sistêmica
 ii- Diabetes Mellitus
 iii- Insuficiência Cardíaca Congestiva
 iv-DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)
 v- Demência)
 vi- Outros

Existem protocolos assistenciais para a condução
 Existem protocolos assistenciais para a condução
 Existem protocolos assistenciais para a condução
 Existem protocolos assistenciais para a condução
 Existem protocolos assistenciais para a condução

vi- Quais: _____

17- Dentre as opções a seguir, quais os Serviços (produtos) ofertados pela operadora?

a- Benefício de Farmácia (ex: disponibilização de medicamentos desconto/gratuitos): Não

b- Monitoramento de Doentes Crônicos: Não

estaçãodepesquisaNESCON Código: 11

Registro: 1 de 67

Modo formulário

start Microsoft Offi... Resultados 06 jul 2005 (D:) 06 jul 2005 (D:) Pesquisa Operad... 16:19

Pesquisa Operadoras - [Formulário1 : Formulário]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

PESQUISA TELEFÔNICA INVESTIGAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA E PREMISSAS DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA A IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELO HORIZONTE

Identificação Operadora 1 Operadora 2 Diretriz das Ações Organização das Ações 1 Organização das Ações 2 Organização das Ações 3

c- Assistência Domiciliar:

- i- Internação Domiciliar
- ii- Reabilitação Domiciliar (atendimento prestado por equipe multiprofissional fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional)
- iii- Treinamento de Cuidadores
- iv- Cuidado com Úlcera de Pressão / Outras Feridas Cutâneas
- v- Cuidados Palliativos à Paciente Fim de Vida ou Sem possibilidade de cura
- vi- Transporte de Urgência e Emergência

estaçãodepesquisaNESCON Código: 11

Registro: 1 de 67

Modo formulário

start Microsoft Offi... Resultados 06 jul 2005 (D:) 06 jul 2005 (D:) Pesquisa Operad... 16:19

TEXTO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA ETAC



Departamento de Medicina Preventiva e Social

Universidade Federal de Minas Gerais

Circular nº 01

Belo Horizonte, 20 de Junho de 2005

Prezado(a) Sr(a),

A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCON da Faculdade de Medicina da UFMG, está realizando uma pesquisa sobre a “Existência de Ações de Saúde Voltada à População Idosa no Setor de Saúde Suplementar da Região Metropolitana de Belo Horizonte”.

O objetivo desse estudo é conhecer as ações de saúde voltadas à população idosa, implementadas pelas operadoras de planos de saúde na região. Neste contexto, vimos solicitar a cooperação de Vossa Senhoria para o desenvolvimento do estudo.

A pesquisa será desenvolvida *por meio telefônico*, entre os meses de julho e agosto, e muito lhe agradeceríamos a indicação de pessoa de sua equipe para o atendimento a nossos pesquisadores.

Desde já agradecemos sua colaboração, e nos colocamos à sua inteira disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Eli Iola Gurgel Andrade

Professora Adjunta da FM/UFMG

Pesquisadora NESCON/UFMG

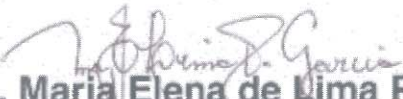
Parecer nº. ETIC 575/04

Interessada: Profa. Eli Iola Gurgel Andrade
Depto. de Medicina Preventiva e Social - Fac. de Medicina UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 09 de março de 2005, após cumprimento das solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Investigação sobre a existência a premissas dos programas de assistência a idosos na saúde suplementar em Belo Horizonte** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Seminários em *Política de Saúde e Planejamento III*



Certificado

Certifico que **Leonardo Pereira Florêncio** participou do *Seminários de Política de Saúde e Planejamento III* promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, **Setor Privado de Planos de Saúde: Identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte**, perante banca examinadora.

Belo Horizonte, 12 de novembro de 2004

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Sub-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública