



**UNIVERSIDADE CEUMA**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM**  
**GESTÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

**BRUNA FEITOSA SERRA DE ARAÚJO**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR:**

uma análise do modelo do cuidado a partir do marco regulatório

**São Luís**

**2015**

**BRUNA FEITOSA SERRA DE ARAÚJO**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR:**

uma análise do modelo do cuidado a partir do marco regulatório

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco

**São Luís**

**2015**

**BRUNA FEITOSA SERRA DE ARAÚJO**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR:**

uma análise do modelo do cuidado a partir do marco regulatório

Dissertação aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela Banca Examinadora constituída dos seguintes membros:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco  
Doutor em Políticas Públicas (Orientador)  
Universidade Ceuma - UNICEUMA

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos  
Doutor em Direito (1º Membro)  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

Profa. Dra. Priscila Soares Sabbadini  
Doutora em Microbiologia Médica Humana (2º Membro)  
Universidade Ceuma - UNICEUMA

---

Prof. Dr. Dagolberto Calazans Araújo Pereira  
Doutor em Saúde Coletiva (Suplente)  
Universidade Ceuma - UNICEUMA

Ao eixo da minha vida, meu oxigênio, minha mãe, Catia da Silva Feitosa e aos meus inesquecíveis avós, portos seguros de minha vida, Aracy Ferreira da Silva e Kleber Loureiro do Nascimento Feitosa, meus exemplos, meus heróis.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sopro da vida, pelas oportunidades, pela coragem e sabedoria que me concedeu na conclusão de mais uma etapa da vida acadêmica. Sinto-me privilegiada. Sua presença me permite ter força para caminhar, sonhar e conquistar os meus ideais e objetivos de vida.

À minha mãe, página principal e mais linda da minha vida, amiga, conselheira, companheira de todos os momentos, principal incentivadora de todas as minhas realizações, Catia da Silva Feitosa, todo o meu sincero amor, carinho, respeito e gratidão por todos esses anos a mim dedicados, aproveito a oportunidade para dedicá-la este mestrado.

À minha avó Aracy Ferreira da Silva (*in memoriam*), todos os meus melhores sorrisos, todo o meu amor, carinho, admiração e respeito por tantos anos também a mim dedicados, pelos aprendizados contínuos, por ter sempre me ajudado com seus ensinamentos a ser uma pessoa melhor, pautada em princípios éticos e morais, dedico também esta pós-graduação.

Ao meu avô Kleber Loureiro do Nascimento Feitosa (*in memoriam*), meu exemplo e modelo de filosofia de vida, meu eterno herói, amigo, companheiro, todo o meu mais sincero e puro amor, carinho e respeito.

Aos meus irmãos, Nathália Feitosa Serra de Araújo e Moizés Serra de Araújo Filho, que sempre me incentivaram na concretização desse grande objetivo, o meu carinho, respeito e admiração.

Ao meu pai Moizés Serra de Araújo, pela amizade, apoio e constante incentivo demonstrado em mais uma etapa conclusiva da vida acadêmica, meus sinceros agradecimentos.

Palavras são poucas para expressar tudo o que sinto por todas essas pessoas acima mencionadas. Sinto-me privilegiada por ser uma Feitosa. Meus sinceros agradecimentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco, pelas horas dedicadas a compartilhar seus ensinamentos para que a elaboração deste trabalho fosse pautada em princípios éticos e morais, assim como por colaborar progressivamente durante todos esses meses com o desenvolvimento da minha capacidade acadêmica e profissional.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) pela bolsa de estudos concedida.

À todos aqueles que direta ou indiretamente passaram por minha vida e contribuíram na medida de suas limitações com suas experiências para a elaboração desse trabalho.

*“Vivemos um momento importante de mudança de paradigma: o objetivo do sistema de saúde deve ser promover a saúde e, não somente, tratar doenças.”*

*Mauricio Ceschin*

**LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS**

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Art.	Artigo
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IN	Instrução Normativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROMOPREV	Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar
RN	Resolução Normativa
UNICEUMA	Universidade Ceuma

**LISTA DE TABELAS**

TABELA 01	Norma/Dispositivo – Ementa/Conteúdo .....	35
TABELA 02	Programa de Assistência ao Idoso - PAI .....	44
TABELA 03	Exemplos de Resultados Econômicos no Ano de 2013 da Intermédica Sistema de Saúde S/A .....	47
TABELA 04	Penalidades na Forma de Multa às Operadoras de Planos de Saúde em Caso de Descumprimento .....	50

**LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 01	Cenário da Mudança da Estrutura Etária Brasileira 1990 / 2010 / 2030	21
GRÁFICO 02	Resultado de Internação desde a Implementação do Programa de Assistência ao Idoso .....	46

**LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 01	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - Faixas de Notas de Avaliação .....	38
-----------	--	----

## RESUMO

O presente trabalho analisa a assistência à saúde do idoso no setor da saúde suplementar, no que tange a análise do modelo do cuidado a partir do marco regulatório. O marco regulatório da saúde suplementar iniciou-se com a previsão da garantia à saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988, e a previsão de que a assistência à saúde também é livre à iniciativa privada, de forma complementar, além da publicação da Lei nº 9.656, em 03 de junho de 1998, que regulamentou os planos privados de saúde no país e, posteriormente, com a publicação da Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. A ANS tem realizado estratégias para a indução de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças levando em consideração as especificidades do setor suplementar e, ao mesmo tempo, as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde. As estratégias adotadas têm a finalidade de inserir a promoção da saúde e a prevenção de doenças no contexto de um plano de cuidado integrado às demais ações e complexidades dos serviços, promovendo a qualificação da gestão em saúde a fim melhorar a qualidade de vida da população beneficiária de planos privados de saúde. Nesse sentido, foram publicadas as Resoluções Normativas nº 264 e nº 265, de 19 de agosto de 2011, as quais regulamentam a matéria e dispõe sobre o acompanhamento dos programas desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Analisa-se a implementação dessas resoluções normativas da ANS tendo como referência empírica o caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A, operadora de plano de saúde, que possui Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças voltado para a terceira idade e aprovado e acompanhado pela ANS, o PAI – Programa de Assistência ao Idoso. Como questão norteadora, a presente dissertação analisa se o marco regulatório da saúde suplementar está conseguindo promover remodelações na assistência à saúde do idoso.

**Palavras-chave:** Marco. Regulatório. Assistência. Saúde. Idoso. Suplementar

## ABSTRACT

This paper analyzes the health care of the elderly in the health insurance sector, regarding the analysis of the care model from the regulatory framework. The regulatory framework in the health insurance began with the prediction of health security as a social right in the Federal Constitution of 1988 and the prediction that health care is also open to private enterprise, in a complementary way, in addition to the publication of law n° 9,656, on June 3, 1998, which regulated the private health plans in the country, and later with the publication of Law n° 9961 on 28 January 2000, which created the National health Agency (ANS), autarchy linked to the Ministry of health with the institutional purpose is to promote the public interest in private health insurance, regular sectoral operators and contribute to the development of health programs in the country. The NSA has made strategies for induction Programs for Health Promotion and Risk and Prevention taking into account the specificities of supplementary sector and at the same time, the policies undertaken by the Ministry of Health. The strategies adopted are intended to enter health promotion and disease prevention in the context of an integrated care plan to the other shares and complexity of services, furthering the ability of health management in order to improve the quality of life of the beneficiary population of private health plans. In this sense, the Normative Resolutions were published n° 264 and n° 265, of August 19, 2011, which regulate the matter and provides for the monitoring of the programs developed by the operators of private plans for health care. Analyzes the implementation of these normative resolutions of ANS as its empirical reference the case of Intermédica Health System S / A, health care provider, having Promotion Program Health and Risk and Prevention facing the elderly and approved and monitored by the NSA, PAI - Elderly assistance Program. The guiding question, this thesis analyzes the regulatory framework in the health insurance is getting promote remodeling in health care for the elderly.

**Keywords:** Mark. Regulatory. Assistance. Health. Elderly. Supplemental

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Envelhecimento ativo: uma análise multidimensional .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Preocupações econômicas na área da saúde suplementar decorrentes do envelhecimento populacional .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2</b>	<b>O MARCO REGULATÓRIO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E SUAS ESPECIFICIDADES EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO IDOSA .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.1</b>	<b>As Resoluções Normativas nº 264 e 265 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o aprimoramento de modelo assistencial .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES Nº 264 E 265 DA ANS: O CASO DA INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A .....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>52</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
<b>5.1</b>	<b>Artigo .....</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda o tema da assistência à saúde do idoso no setor da saúde suplementar, no que tange a análise do modelo do cuidado a partir do marco regulatório. Nesse sentido, como problematização deste estudo, analisa-se: o marco regulatório da saúde suplementar está conseguindo promover remodelações na assistência à saúde do idoso?

A presente pesquisa está inserida na linha de pesquisa em Serviços e Programas de Saúde (Assistência) - Controle, Avaliação e Regulação em Saúde, e através de pesquisa documental por meio de análise normativa, tem por objetivo geral analisar o modelo assistencial à saúde do idoso pelo sistema suplementar à luz do seu marco regulatório, bem como objetivos específicos discutir o processo de envelhecimento populacional e o sistema de saúde suplementar; discorrer sobre o marco regulatório do sistema de saúde suplementar no Brasil e suas especificidades em relação à população idosa; assim como examinar as Resoluções nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, analisando em que medida contribuem para o aprimoramento do modelo assistencial.

O marco regulatório da saúde suplementar, isto é, o conjunto de normas, leis e diretrizes do sistema de saúde suplementar, iniciou-se com a previsão da garantia à saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988, nos ditames do artigo 196. Nesse contexto, afirma a Carta Magna ser a assistência à saúde, segundo o artigo 199, também livre à iniciativa privada, de forma complementar, situando-se assim o denominado setor da saúde suplementar.

Em 1998, com a publicação da Lei nº 9.656, em 03 de junho de 1998, que regulamentou os planos privados de saúde no país e, posteriormente, com a publicação da Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país, houve a ampliação do marco regulatório.

Nesse contexto, a ANS tem realizado estratégias para a indução de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças levando em consideração as especificidades do setor suplementar e, ao mesmo tempo, as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde. As estratégias adotadas têm a finalidade de inserir a promoção da saúde e a prevenção de doenças no contexto de um plano de cuidado integrado às demais ações e complexidades dos serviços, promovendo a qualificação da gestão em saúde a fim de melhorar a qualidade de vida da população beneficiária de planos privados de saúde. Nesse sentido, foram publicadas as Resoluções Normativas nº 264 e nº 265, de 19 de agosto de 2011, as quais regulamentam a matéria e dispõe sobre o acompanhamento dos programas desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Foram publicadas igualmente pela ANS no ano de 2011, a Cartilha para Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças; o Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar; o Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos; bem como no ano de 2012, o Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar e o Relatório de Gestão 2010-2012, os quais serão analisados durante o transcorrer da pesquisa.

O desenvolvimento deste trabalho será realizado em três capítulos. No capítulo inicial, busca-se a análise do processo de envelhecimento populacional e o sistema de saúde suplementar, bem como a análise multidimensional do termo ‘envelhecimento ativo’, termo este adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90, que significa o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Analisa-se, igualmente, as preocupações econômicas na área da saúde suplementar decorrentes do envelhecimento populacional, tendo em vista o aumento da longevidade das carteiras de operadoras de planos de saúde. Esse envelhecimento é ainda pressionado pela presença de seleção adversa no mercado, a qual ocorre quando há maior procura de planos de saúde por indivíduos com maior risco de utilização - normalmente os idosos. Assim, os maiores gastos gerados pelo aumento da quantidade de tratamentos mais caros despendidos com a população idosa, gerando com isso possíveis impactos financeiros negativos, podem ocorrer futuramente devido ao envelhecimento das carteiras de operadoras de planos de saúde.

No capítulo subsequente, analisa-se o marco regulatório, o conjunto de normas, leis e diretrizes do sistema de saúde suplementar no Brasil e suas especificidades em relação à população idosa. Examina-se, igualmente, as Resoluções nº 264 e 265 de 19 de agosto de 2011 e as Instruções Normativas nº 35 e 36, de 19 de agosto de 2011, (as quais regulamentam as respectivas resoluções) da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o aprimoramento do modelo assistencial, isto é, o aprimoramento da organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, dentre as quais se destaca a articulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos demandados para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade.

No último capítulo, analisa-se a implementação das resoluções normativas da ANS e o caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A, operadora de plano de saúde, que possui Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças voltado para a terceira idade e aprovado e acompanhado pela ANS, cujos dados foram coletados no sítio eletrônico da ANS, no Relatório de Gestão 2010-2012 publicado pela ANS e no sítio eletrônico do Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar, ferramenta de gestão do conhecimento desenvolvida pela OPAS/OMS Brasil em parceria com o Ministério da Saúde e conta com colaboradores como ANS, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Quanto a este último, tais dados foram disponibilizados pela Intermédica Sistema de Saúde S/A em apresentação no 2º Workshop Regional sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (PROMOPREV) realizado em Campinas no dia 02 de setembro de 2014.

Trata-se do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), cadastrado na ANS sob o nº 25901, o qual tem por objetivo proporcionar envelhecimento saudável aos idosos, com mais de 60 anos e perda funcional (dificuldade para realização das atividades de vida diária), através de atendimento integral aos idosos, por meio de equipes multidisciplinares, chefiadas por médicos geriatras e compostas por fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogas.

Assim sendo, opta-se por análise de conteúdo de resultados de referência empírica mais recente de programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar que será apresentado no corpo da pesquisa que é o caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A..

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o modelo assistencial à saúde do idoso pelo sistema suplementar à luz do seu marco regulatório.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Discutir o processo de envelhecimento populacional e o sistema de saúde suplementar;
- b) Discorrer sobre o marco regulatório do sistema de saúde suplementar no Brasil e suas especificidades em relação à população idosa;
- c) Examinar as Resoluções nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, analisando em que medida contribuem para o aprimoramento do modelo assistencial.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

*“Quando quis tirar a máscara, estava pregada à cara. Quando a tirei e me vi ao espelho, já tinha envelhecido.”*

*Fernando Pessoa*

O conceito de saúde e o direito a ela pertinente perfazem uma análise histórica, cuja construção ajuda a elucidar o contexto em que nos encontramos atualmente. Essa análise pretérita eclode com a Segunda Guerra Mundial, visto que, face ao cenário terrível engendrado, foi possível a criação de organizações como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) cuja definição de saúde é descrita como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças<sup>1</sup>, de forma a privilegiar a relação do ser humano com o ambiente exterior.

A saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais.<sup>2</sup>

Assim, o processo histórico ocidental propiciou o surgimento do conceito de saúde, cuja inserção jurídica se revela como direito humano a ser efetivado em cada Estado.<sup>3</sup> Em relação ao Brasil, somente se passou a tratar a saúde como direito na Constituição Federal de 1988, pois, nas anteriores, não havia tal previsão.<sup>4</sup>

Nesse contexto, a garantia à saúde está prevista como um direito social. Nos ditames do artigo 196 da Carta Magna, a saúde é um direito fundamental de todos os

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

<sup>2</sup> ORDACGY, André da Silva. **A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão**. Disponível em <[http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo\\_saude\\_andre.pdf](http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf)>. Acesso em: abr. 2015.

<sup>3</sup> TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de saúde na visão do STJ e do STF**. São Paulo: Verbatim, 2010, p. 55.

<sup>4</sup> FERREIRA, Marcius da Costa. **Saúde suplementar e o consumidor idoso: judicialização e conflito de leis**. Série Aperfeiçoamento de Magistrado 6. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011, p. 314.

cidadãos, constituindo-se dever do Estado, resguardado por meio de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Neste sentido, a assistência à saúde, segundo o artigo 199, também é livre à iniciativa privada, de forma complementar. Neste contexto, situa-se o denominado setor da saúde suplementar.<sup>5</sup>

Assim em que pese a proteção constitucional, existe uma grande distância entre a letra da lei e sua eficácia social, pois a crescente procura pela saúde suplementar, principalmente a partir da década de 80, acarretou o crescimento desse setor, devido principalmente em razão da ineficiência do Estado em sua função de promoção, proteção e efetivação da saúde no Brasil.<sup>6</sup>

A assistência privada a saúde, atualmente, é ofertada por meio dos planos privados de assistência à saúde, definidos segundo o artigo 1º da Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998<sup>7</sup>), como a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente, às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Nesse contexto, para a regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de saúde suplementar, foi criada em 2000 por meio da Lei nº 9.961<sup>8</sup>, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, de forma a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Ocorre que, nosso país atravessa um processo de rápido envelhecimento da população. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso todo o indivíduo de 60 anos ou mais, se ele residir em países em desenvolvimento; para os países desenvolvidos, esse

---

<sup>5</sup> CRUZ, Joana. **Planos de saúde e direitos do consumidor**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, ano XVI, n. 362, 2012.

<sup>6</sup> FERREIRA, Marcius da Costa. **Saúde suplementar e o consumidor idoso: judicialização e conflito de leis**. Série Aperfeiçoamento de Magistrado 6. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011.

<sup>7</sup> BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 jun. 1998.

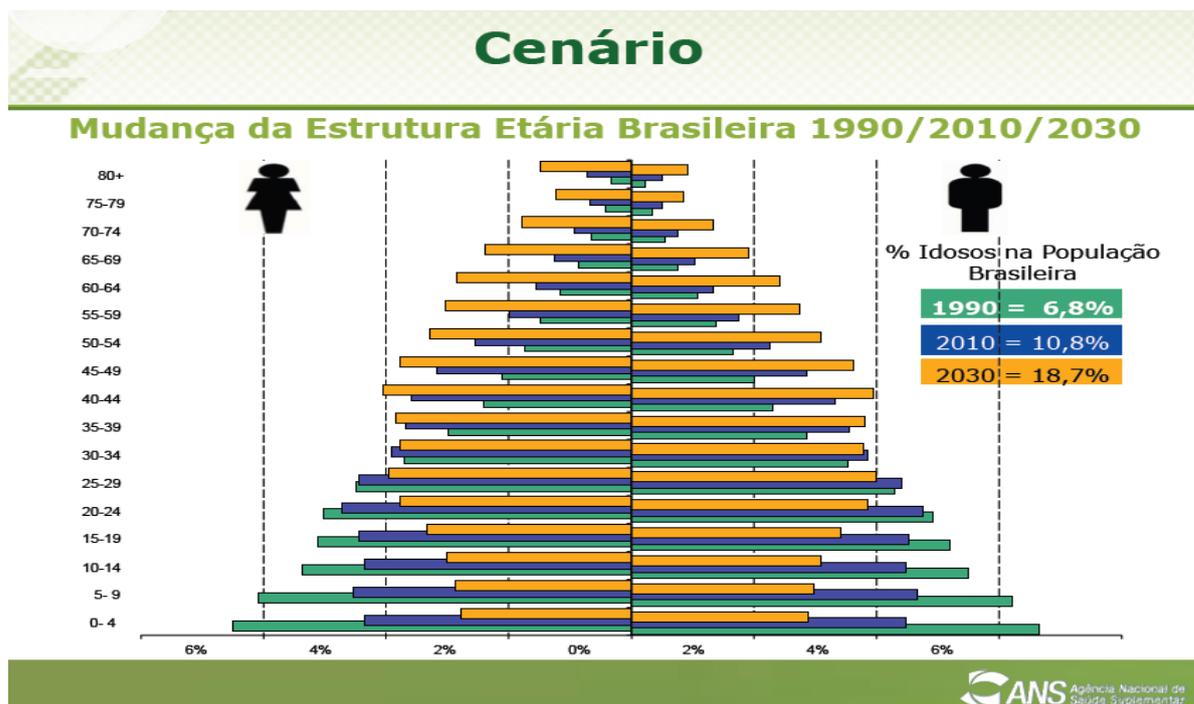
<sup>8</sup> BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

limite é de 65 anos. Seguindo o mesmo critério de idade cronológica, o Estatuto do Idoso no Brasil define a população idosa como aquela com 60 anos ou mais.<sup>9</sup>

Considerando a epidemiologia do envelhecimento no Brasil, em 1960 o número de idosos era cerca de 3 milhões, passando para 7 milhões em 1975.<sup>10</sup> Atualmente, são 26,1 milhões de idosos, que representam 13% do total da população, de acordo com o PNAD 2013 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013)<sup>11</sup>. Estima-se que em 2020, o Brasil ocupe a sexta colocação entre os países com maior número de idosos, segundo a OMS.<sup>12</sup> A mudança na estrutura etária decorrente desse processo implica a necessidade de se repensar as políticas sociais, especialmente as da área da saúde.<sup>13</sup>

No gráfico abaixo, o qual retrata o cenário da mudança da estrutura etária brasileira em um comparativo dos anos de 1990, 2010 e uma projeção para o ano de 2030, observa-se essa mudança no percentual de idosos na população brasileira.

GRÁFICO 01 – CENÁRIO DA MUDANÇA DA ESTRUTURA ETÁRIA BRASILEIRA 1990 / 2010 / 2030



<sup>9</sup> CRUZ, Danielle; CAETANO, Vanusa; LEITE, Isabel. **Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso**. Caderno Saúde Coletiva, 2010, Rio de Janeiro, p. 501.

<sup>10</sup> Id., 2010.

<sup>11</sup> PNAD 2013. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: abr. 2015.

<sup>12</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005.

<sup>13</sup> CESCHIN, Mauricio. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

Fonte: [http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/files/2014/10/apresentac%CC%A7a%CC%83o\\_3\\_workshop\\_regional\\_saude-suplementar1.pdf](http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/files/2014/10/apresentac%CC%A7a%CC%83o_3_workshop_regional_saude-suplementar1.pdf)

Ressalta-se, ainda, que as últimas décadas apresentaram importantes avanços na qualidade de vida dos idosos. Não apenas o contingente idoso aumentou, como também os idosos estão vivendo por períodos mais longos.

O crescimento da população idosa é um fenômeno observado mundialmente e, no caso do Brasil, as mudanças ocorrem de forma acelerada, o que acaba por configurar esse crescimento como um dos grandes desafios da Saúde Suplementar contemporânea. Anualmente são adicionados 650 mil idosos à população brasileira, sendo que grande parte destes apresentam doenças crônicas e algumas limitações funcionais. Assim, verifica-se no Brasil um cenário típico de países longevos, caracterizado por um número elevado de enfermidades crônicas, complexas e onerosas, no qual as doenças podem ser múltiplas e perdurar por anos, demandando cuidados de saúde constantes.<sup>14</sup>

As principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo são: doenças cardiovasculares (tais como doença coronariana), hipertensão, derrame, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose), doenças mentais (principalmente demência e depressão), cegueira e diminuição da visão.

Nesse sentido, a questão norteadora dessa pesquisa pauta-se na seguinte indagação: considerando este perfil epidemiológico, questiona-se: o marco regulatório da saúde suplementar está conseguindo promover remodelações na assistência à saúde do idoso?

### **3.1.1 Envelhecimento ativo: uma análise multidimensional**

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> CRUZ, Danielle; CAETANO, Vanusa; LEITE, Isabel. **Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso**. Caderno Saúde Coletiva, 2010, Rio de Janeiro, p. 501.

<sup>15</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.<sup>16</sup>

A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão. E o que é envelhecimento ativo? Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.<sup>17</sup>

Para a OMS, o conceito de envelhecimento ativo inclui uma análise multidimensional, com ações voltadas para: a) prevenção de doenças crônicas - dado que a maior parte das incapacidades associadas à idade avançada são consequências de doenças crônicas preveníveis e não do processo de envelhecimento propriamente dito, tornando a promoção da saúde ao longo do curso da vida o elemento chave para o envelhecimento saudável; b) acesso a cuidados primários de saúde voltados para a detecção precoce e melhor gerenciamento das doenças crônicas como forma de minimizar seu impacto na capacidade funcional; e c) criação de um entorno favorável ao processo de envelhecimento, capaz de sobrepor-se as políticas e atitudes etaristas (tais como a extinção da aposentadoria compulsória, ambientes físicos que permitam a participação de pessoas com incapacidades, maior integração e cooperação intergeracional e participação social dos idosos).

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.<sup>18</sup> O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer,

---

<sup>16</sup> Id., 2006.

<sup>17</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília, 2005.

<sup>18</sup> Id., 2005.

além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

A perspectiva de curso de vida para o envelhecimento ativo reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade.

### **3.1.2 Preocupações econômicas na área da saúde suplementar decorrentes do envelhecimento populacional**

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. E este fenômeno impacta, diretamente, os custos com a saúde. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o custo com saúde aumenta na proporção em que as pessoas vão envelhecendo. Com o aumento da expectativa de vida da população e do grupo de idosos, os custos com a saúde tornaram-se um problema que deve ser analisado por todos: pessoas, operadoras de planos de saúde e governo.<sup>19</sup>

Nesse contexto, José Alberto Carvalho explica que a transição demográfica tem como consequência a mudança do perfil etário da população, com aumento da proporção de idosos sobre a população total<sup>20</sup>. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1980 as pessoas acima de 60 anos representavam 6,1% do total da população brasileira e, em 2000, já eram 8,6%. Conforme Censo Demográfico de 2010, já são 10,8% acima de 60 anos e 2,9% acima de 75 anos e estimativas mostram que em 2050 o Brasil terá 20% de sua população acima de 65 anos, uma situação mais alarmante do que a detectada em 2000 na Europa<sup>21</sup>.

Cássio Maldonado Turra explica que no Brasil, os mercados de previdência e saúde funcionam com base no sistema de transferência intergeracional, no qual os recursos dos mais jovens (população economicamente ativa) financiam os gastos dos mais idosos<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> O CUSTO DA SAÚDE E O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.iesssaladeimprensa>>. Acesso em: abr. 2015.

<sup>20</sup> CARVALHO, José Alberto Magno. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil**. Seminário sobre crescimento populacional e estrutura demográfica. Ministério das Relações Exteriores. Rio de Janeiro, 27-28 de Maio de 1993.

<sup>21</sup> CARVALHO, Regiane; WONG, Laura. **Algumas evidências sobre a evolução da saúde em diversas coortes de idosos (1998-2003)**. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, 18-22 de Setembro de 2006.

<sup>22</sup> TURRA, Cássio Maldonado. **Contabilidade intergeracional e as consequências econômicas do envelhecimento no Brasil**. Anais da Conferência Geral de População, IUSSP. Salvador, Brasil, 2001.

Desse modo, o aumento da proporção de idosos gera uma pressão orçamentária forte, ocasionando desequilíbrio financeiro.

Paralelamente à transição demográfica, observa-se a transição epidemiológica que determina maior peso para as doenças crônico-degenerativas em detrimento das doenças infecto-parasitárias<sup>23</sup>. Esses dois processos estão intimamente associados – o aumento da população de idosos traz impactos diretos no perfil epidemiológico da população.

Entre os grupos populacionais, a população idosa é um dos grupos que produz maiores despesas tanto pela maior demanda de recursos especializados em decorrência da maior enfermidade e perda de capacidade funcional e biológica<sup>24</sup>, como devido à maior frequência de utilização e maior duração do tratamento<sup>25</sup>.

No mercado de saúde suplementar os processos de envelhecimento e aumento da longevidade das carteiras de beneficiários também tem sido observados, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse envelhecimento das carteiras das operadoras de plano de saúde é ainda pressionado pela presença de seleção adversa no mercado, a qual ocorre quando há maior procura de planos de saúde por indivíduos com maior risco de utilização - normalmente os idosos<sup>26</sup>.

Em relação ao sistema de “precificação” e financiamento dos planos e seguros de saúde, o envelhecimento das carteiras de plano de saúde também traz impactos importantes. No Brasil, as operadoras de plano de saúde operam de acordo com o Regime Financeiro de Repartição Simples, no qual as mensalidades de todos os beneficiários são destinadas ao pagamento das despesas despendidas por aqueles que utilizaram o plano no mesmo período, havendo o mutualismo entre todos. Não ocorre uma poupança individual, como no Regime Financeiro de Capitalização, na qual as mensalidades individuais são destinadas aos gastos individuais do período ou aos gastos futuros com a constituição de reserva técnica.<sup>27</sup>

---

<sup>23</sup> OMRAN, Abdel R. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiologic of population change.** The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 49, n. 4, Parte 1, October, 1971.

<sup>24</sup> SAAD, Paulo. **O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde.** Anais do VII Encontro de Estudos Populacionais. vol. 3. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1990.

<sup>25</sup> NUNES, André. **O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde.** In: Os novos idosos brasileiros - muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004.

<sup>26</sup> COSTA, Nilson; CASTRO, Antônio. **Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar.** In: Documentos Técnicos de Apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, vol. 3, 2004.

<sup>27</sup> DA MATA, Beatriz Resende. **Impacto financeiro de 2010 a 2030 do envelhecimento dos beneficiários em operadoras de plano de saúde de Minas Gerais: um estudo de caso.** 2011. 1v. 164 f. Dissertação (Mestrado em Demografia). Faculdade de Ciências Econômicas, Belo Horizonte, 2011.

Tendo em vista os maiores gastos gerados pelo aumento da quantidade de tratamentos mais caros despendidos com a população idosa e, principalmente, pelas regras as quais as operadoras estão submetidas, que nem sempre lhes possibilita a recuperação financeira, existe um alerta do mercado sobre possíveis impactos financeiros negativos que podem ocorrer futuramente devido ao envelhecimento das carteiras, principalmente em carteiras individuais.<sup>28</sup>

Essa preocupação com o mercado de saúde suplementar é relevante, pois este mercado abrange quase 25% da população brasileira e, dessa população com planos de saúde, em relação ao perfil etário, cerca de 11% dos beneficiários de plano de saúde estão acima de 60 anos. No caso da carteira de planos individuais, a população de beneficiários idosos já atinge 18%, segundo dados divulgados pela ANS em 2011<sup>29</sup>.

Nesse contexto, o sistema de saúde brasileiro não está estruturado para atender à demanda crescente desse segmento etário. É sabido que os idosos consomem mais dos serviços de saúde, suas taxas de internação são bem mais elevadas e o tempo médio de ocupação do leito é muito maior quando comparados a qualquer outro grupo etário.<sup>30</sup> A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, no hospital, aumentando os custos e diminuindo as chances de prognóstico favorável. Em outras palavras, consomem-se mais recursos do que seria preciso, elevam-se os custos sem que, necessariamente, se obtenham os resultados esperados em termos de recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida.<sup>31</sup>

Cumprе ressaltar, que um aumento nos gastos das operadoras de saúde suplementar é esperado como consequência do envelhecimento da população brasileira. A previsão é do estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o qual afirma que os gastos podem subir 35% em 2030, dos R\$ 59 bilhões de 2010 para R\$ 80 bilhões, devido a maior presença de idosos entre os beneficiários de planos de saúde.<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> Id., 2011.

<sup>29</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Rio de Janeiro. Junho de 2011.

<sup>30</sup> GORDILHO, A., SILVESTRE, J., RAMOS, L. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

<sup>31</sup> LOURENÇO, Roberto Alves; MARTINS, Cláudia de Souza; SANCHEZ, Maria Angélica; VERAS, Renato Peixoto. **Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda.** Revista Saúde Pública, v. 39, n. 2, 2005.

<sup>32</sup> SINDICATO DAS SEGURADORAS, PREVIDÊNCIA E CAPITALIZAÇÃO. **Operadoras vão ter salto com gastos em virtude do envelhecimento, prevê IESS.** Disponível em: <<http://www.sindsegsc.org.br>>. Acesso em: abr. 2015.

Ressalte-se ainda, como parte da crise global do sistema de saúde, a assistência ao idoso apresenta um importante estrangulamento, que é a demanda altamente reprimida por atendimentos ambulatoriais especializados, criando uma dificuldade crescente na correta identificação de idosos com risco de adoecer e morrer precocemente. Acresce-se a esse fato o pequeno número de profissionais de saúde habilitados a tratar de idosos, o que tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem adequada desse paciente.

### 3.2 O MARCO REGULATÓRIO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E SUAS ESPECIFICIDADES EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO IDOSA

*“Objetivo supremo da medicina, desgraçadamente nem sequer projetado: tornar contagiosa a saúde.”*

*Walter Benevides*

A preocupação com a questão do idoso na pauta das políticas públicas no Brasil teve início com a promulgação da Constituição de 1988, tendo sido fortemente influenciada pelo avanço do debate internacional sobre a questão do envelhecimento<sup>33</sup>. Isso resultou na aprovação, em 1994, da Política Nacional do Idoso (PNI)<sup>34</sup>. A PNI estabeleceu como competência específica do setor saúde, entre outros: prover o acesso dos idosos aos serviços e as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com isso, foi criada no âmbito do Ministério da Saúde, em 1999, a Política Nacional de Saúde dos Idosos. Dentre suas principais diretrizes constam: a) promoção do envelhecimento saudável – através do desenvolvimento de ações que orientem os idosos e a população em geral para a importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde; b) manutenção da capacidade funcional – a se dar tanto com base na prevenção como, por exemplo, as campanhas de vacinação, quanto na detecção precoce das doenças crônico degenerativas; e c) assistência às necessidades de saúde do idoso – incentivar e promover a adoção de protocolos médicos mais atentos para as necessidades dos idosos.

Em outubro de 2006 é reeditada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>35</sup> (Portaria nº 2528/2006). Esta estabeleceu como sua finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS”.

<sup>33</sup> Em 1982 foi realizada a 1ª Assembleia da ONU voltada para a questão do Envelhecimento Populacional.

<sup>34</sup> BRASIL. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 jan. 1994.

<sup>35</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** – PNSI

O setor de saúde suplementar também se depara atualmente com o desafio de reorganizar um modelo de atenção à saúde mais voltado para o cuidado integrado das condições crônicas, racionalização dos recursos e produção da saúde. De acordo com Lebrão, Louvison e Duarte (2008), na saúde suplementar, também, a gestão do cuidado integrado em rede para condições crônicas, como preconizado pela OMS vem sendo alvo de discussões.<sup>36</sup>

Considerando este cenário e em consonância com as políticas públicas que vem sendo implementadas no país pelo Ministério da Saúde - que focalizam ações de promoção e prevenção voltadas para o envelhecimento ativo da população – fez-se necessário introduzir o tema na agenda das políticas regulatórias da ANS. A preocupação do ente regulador é incentivar, como preconizado pela Política Nacional de Saúde do Idoso, a criação de ambientes físicos, sociais e comportamentais com vistas à promoção de melhorias na condição de saúde dos indivíduos, especialmente os idosos, bem como ampliar a participação social dos mesmos. Essa, porém, não é uma questão fácil, pois envolve mudanças culturais e comportamentais dos vários segmentos sociais que atuam na saúde suplementar – beneficiários, operadoras e prestadores. A dificuldade de adesão desses vários segmentos pode ser ilustrada, por exemplo, pela potencial baixa adesão dos beneficiários na ausência de medidas de incentivo – quer financeiros ou não. No entanto, em uma conjuntura de acelerado envelhecimento populacional, como é o caso brasileiro, oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis torna-se um imperativo.<sup>37</sup>

Para tanto, a ANS entendeu por bem incentivar a criação de mecanismos de bonificação para a adesão da população beneficiária, com foco no envelhecimento ativo, em programas de promoção da saúde porventura desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de saúde.<sup>38</sup>

As especificidades da assistência à saúde dos idosos representam ao mesmo tempo um desafio e uma oportunidade para a organização e estruturação dos sistemas de saúde. Em sua grande maioria, os sistemas foram estruturados para atender às condições agudas de saúde. Dessa forma, historicamente foram privilegiados os serviços de atendimento em urgências e emergências, voltados para os eventos agudos, isto é, a maioria dos cuidados de saúde ainda hoje, no entanto, ainda se estrutura em torno de episódios agudos e restritos ao

---

<sup>36</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>37</sup> Id., 2012.

<sup>38</sup> Id., 2012.

complexo hospitalar.<sup>39</sup> Entretanto, o envelhecimento populacional engendra o desafio de mudar a organização do sistema de saúde suplementar para que o mesmo possa atender com qualidade e de forma integral.

Com as mudanças demográfica e epidemiológica (maior peso para as doenças crônico-degenerativas em detrimento das doenças infecto-parasitárias), a alteração do modelo assistencial se tornou um imperativo para a sustentabilidade do setor de saúde suplementar. Dessa forma, faz-se necessário todos os envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde dos idosos a repensar o modelo com o propósito de contribuir para a construção de um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da qualidade de vida dos idosos na saúde suplementar.<sup>40</sup>

Dessa forma, com os idosos representando uma proporção cada vez maior da população brasileira, entender as relações entre os fatores que afetam a saúde dos idosos se tornou uma questão crucial para os formuladores e gestores dos sistemas de saúde. Assim, as demandas na área de saúde dos idosos requerem uma análise especial, já que seus padrões de morbi-mortalidade diferem dos observados para a população jovem e se caracterizam primordialmente por enfermidades crônicas, cujos custos diretos e indiretos são mais elevados.<sup>41</sup>

É necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que consigam englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional que respeitem suas especificidades e peculiaridades. Nesse sentido, a atenção aos idosos requer significativas alterações nos clássicos modelos, de forma a priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes.<sup>42</sup>

A Lei nº 9.961/2000<sup>43</sup>, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estabeleceu, em seu artigo 4º, como uma das competências da ANS, fixar as normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de saúde, incluindo os conteúdos e modelos assistenciais.

<sup>39</sup> MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS/MS, 2012.

<sup>40</sup> CESCHIN, Mauricio. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>41</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>42</sup> LOURENÇO, Roberto Alves; MARTINS, Cláudia de Souza; SANCHEZ, Maria Angélica; VERAS, Renato Peixoto. **Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda**. Revista Saúde Pública, v. 39, n. 2, 2005.

<sup>43</sup> BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

Por modelo assistencial, compreende-se a organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, dentre as quais se destaca a articulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos demandados para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Com isso, podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção. Há ainda modelos cujos serviços simplesmente atendam às demandas, sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.<sup>44</sup>

No modelo assistencial vigente no setor da saúde suplementar, os indivíduos são atendidos a partir da demanda espontânea, suscitada pela presença de sintomas ou doenças. Há uma concentração crescente de consultas médicas especializadas, exames, diagnósticos, terapias, internações e cirurgias que nem sempre se traduzem em maior resolutividade e recuperação da saúde.

Nesse contexto, a ANS começou a estruturar programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças em meados da década de 2000. O desenvolvimento desses programas teve o propósito de contribuir para a mudança do modelo assistencial vigente no setor privado de saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.

Os objetivos da ANS, ao estabelecer diretrizes de incentivo à adoção, implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde, foram: contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar; contribuir para a qualificação da gestão das operadoras, incentivando-as a conhecer o perfil de saúde e doença da sua população de beneficiários; estimular a adoção de equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado; contribuir para a qualificação da assistência prestada; e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde.<sup>45</sup>

O problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes reside na excessiva focalização da doença. Existe uma grande distância entre o desejo de aplicar novas ações de saúde e sua prática efetiva. Além disso, verifica-se a carência de conhecimento teórico e de informação sobre modelos preventivos que sejam eficientes e adequados. Apesar de os

---

<sup>44</sup> AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>45</sup> Id., 2012.

conceitos preventivos já estarem bem estruturados e aceitos pelos gestores e profissionais de saúde, sua operacionalização ainda é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, que tem como característica básica a multiplicidade de doenças crônicas, e ao fato de que estas, após sua instalação, não mais regridem. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido do que o atual. A ênfase, portanto, foi conferida aos grupos populacionais mais jovens.<sup>46</sup>

Para os idosos, os programas devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com o protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe. Portanto, não se trata do gerenciamento de doença crônica, mas sim do gerenciamento do perfil de saúde do doente.

A constituição do modelo vigente no sistema de saúde brasileiro – no qual o conjunto de recursos tecnológicos é alocado em ações desarticuladas, muitas vezes médico-centradas –, é histórica e socialmente determinada, com importantes implicações sobre os custos e eficácia dos sistemas de saúde brasileiros, quer públicos ou privados. Dessa forma, aspectos associados à organização e funcionamento dos serviços de saúde dão a tônica nas discussões que têm marcado o campo de formulação para a questão dos modelos assistenciais.<sup>47</sup>

Somado a esse contexto, a Agenda Regulatória/ANS, instrumento de planejamento que agrega conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor, proposta para o período 2011-2012, reconheceu a importância desse contingente populacional para a saúde suplementar ao estabelecer a saúde dos idosos como um dos eixos estratégicos para a atuação da ANS. As especificidades da assistência à saúde dos idosos representam ao mesmo tempo um desafio e uma oportunidade para a organização e estruturação dos sistemas de saúde.

As redes assistenciais no Brasil atuam hegemonicamente em situações agudas, oferecendo ações reativas, pontuais e fragmentadas no enfrentamento de situações crônicas. Considerando que o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção a saúde para essa população.<sup>48</sup>

<sup>46</sup> AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>47</sup> PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **A centralidade do usuário na avaliação em saúde**: outras abordagens. In: PINHEIRO, Roseni, MARTINS, Paulo Henrique (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

<sup>48</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

Segundo a Carta de Ottawa<sup>49</sup>, elaborada em novembro de 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a definição de promoção da saúde é o processo de capacitação das pessoas e da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Dessa forma, aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais investem-se de uma relevância para a saúde, tão quanto, os aspectos biológicos.

A ideia principal que permeia essa definição é que a promoção da saúde é uma responsabilidade múltipla, envolvendo ações governamentais, a capacitação e o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, e parcerias intersetoriais na definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias para promover a saúde e o bem estar.

As ações preventivas, por sua vez, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e agravos específicos. São intervenções orientadas por uma ação oportuna, com vistas a detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco e vulnerabilidades, reduzindo a incidência e prevalência das doenças nas populações<sup>50</sup>.

O marco regulatório da saúde suplementar, iniciou-se com a previsão da garantia à saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988<sup>51</sup>, nos ditames do artigo 196, bem como no artigo 199 o qual dispõe que a assistência à saúde também é livre à iniciativa privada, de forma complementar, situando-se assim o denominado setor da saúde suplementar.<sup>52</sup> Igualmente compõe o marco regulatório da saúde suplementar, a Lei de Planos de Saúde, Lei nº 9.656/1998<sup>53</sup>, que versa sobre a assistência privada a saúde ofertada por meio dos planos privados, regulamentando assim os planos de saúde no país.

Nesse contexto, para a regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de saúde suplementar, foi criada em 2000 por meio da Lei nº 9.961<sup>54</sup>, outra norma componente do marco regulatório, a qual criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com a finalidade de

<sup>49</sup> **CARTA DE OTTAWA.** 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. 17-21 de novembro de 1986.

<sup>50</sup> BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

<sup>51</sup> BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out. 1988.

<sup>52</sup> CRUZ, Joana. **Planos de saúde e direitos do consumidor.** Revista Jurídica Consulex, Brasília, ano XVI, n. 362, 2012.

<sup>53</sup> BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 jun. 1998.

<sup>54</sup> BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, de forma a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país<sup>55</sup>.

A missão da ANS consiste em buscar o equilíbrio do mercado, conciliando os interesses das operadoras, dos prestadores e dos beneficiários, conduzindo o processo regulatório segundo as diretrizes da política nacional de saúde empreendida pelo Ministério da Saúde.

Com base nesse novo paradigma na saúde suplementar, no contexto da regulação por incentivos, a ANS publicou dois outros marcos regulatórios, a Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011<sup>56</sup>, a qual dispõe sobre promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, definindo conceitos e estabelecendo as modelagens dos programas e a Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011<sup>57</sup>, a qual dispõe sobre a concessão de incentivos aos beneficiários de planos privados pela participação em programas para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, mediante a oferta de bonificação e premiação. Ambas as resoluções possuem aplicação imediata e se aplicam a todas as modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Cumprido ressaltar, que é facultativo às operadoras de planos de saúde o oferecimento de programas. No entanto, a ANS acompanhará esse processo com o objetivo de avaliar o impacto da aplicação das normas e aprimorar a qualidade do cuidado prestado.

Nesse sentido, o intuito das normas é ampliar o esforço que a ANS vem fazendo no sentido de inverter a lógica existente hoje no setor, pautado pelo tratamento da doença e não pelo cuidado da saúde.

A nova proposta de regulação indutora trouxe à tona a necessidade de repensar o modelo de gestão em saúde até então promovido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.<sup>58</sup> Nesse sentido, também foi publicado de forma complementar a

---

<sup>55</sup> CURCI, Kátia Audi; OLIVEIRA, Martha Regina de; RANGEL, Michelle Mello de Souza; MENDES, Simone. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar**: um breve histórico. O Mundo da Saúde. São Paulo. jun 2013, p. 230-240.

<sup>56</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011**. Dispõe sobre promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e doenças e seus programas na saúde suplementar.

<sup>57</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e de premiação pela participação em programas para população-alvo específica e programas para gerenciamento crônicos.

<sup>58</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Laboratório de inovação na saúde suplementar**. Brasília: ANS/OPAS, 2012.

Instrução Normativa nº 35, de 19 de agosto de 2011<sup>59</sup>, a qual regulamenta a Resolução Normativa nº 264/11 e a Instrução Normativa nº 36, de 19 de agosto de 2011<sup>60</sup>, a qual dispõe sobre os procedimentos para cumprimento da Resolução Normativa nº 265/11.

Em síntese, a tabela abaixo relaciona a norma/dispositivo, bem como a ementa/conteúdo de forma elucidativa:

TABELA 01 – NORMA/DISPOSITIVO – EMENTA/CONTEÚDO

NORMA / DISPOSITIVO	EMENTA / CONTEÚDO
<b>Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988</b>	Constituição da República Federativa do Brasil – artigo 196 / artigo 199
<b>Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998</b>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde
<b>Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000</b>	Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providencias
<b>Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar</b>	Dispõe sobre promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e doenças e seus programas na saúde suplementar
<b>Instrução Normativa nº 35, de 19 de agosto de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar</b>	Regulamenta a Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011, dispondo sobre o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde
<b>Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar</b>	Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e de premiação pela participação em programas para população-alvo específica e programas para gerenciamento crônicos
<b>Instrução Normativa nº 36, de 19 de agosto de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar</b>	Dispõe sobre os procedimentos para cumprimento da Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre a concessão de bonificação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação dos beneficiários de

<sup>59</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Instrução Normativa nº 35, de 19 de agosto de 2011.** Regulamenta a RN nº 264, de 19 de agosto de 2011, dispondo sobre o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

<sup>60</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Instrução Normativa nº 36, de 19 de agosto de 2011.** Dispondo sobre os procedimentos para cumprimento da Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre a concessão de bonificação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas voltados para a População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.

	planos privados de assistência a saúde em programas voltados para a População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos
--	--

Fonte: <http://www2.planalto.gov.br/acervo/legislacao> / <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>

Nesse contexto, cumpre ressaltar, que a implementação de políticas públicas e regulatórias para idosos é uma necessidade apontada pela mudança na estrutura etária da população brasileira. O setor de saúde suplementar também se depara com o desafio de reorganizar um modelo de assistência voltado para o cuidado integrado das condições crônicas e melhoria da saúde, neste momento de acelerado envelhecimento populacional.<sup>61</sup>

### **3.2.1 As Resoluções Normativas nº 264 e 265 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o aprimoramento de modelo assistencial**

Para a elaboração da minuta de Resolução Normativa, foi criado um Grupo Técnico para discutir programas voltados para o envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, que envolvem ações de prevenção e de acesso a cuidados primários de saúde, que visam detectar e gerenciar precocemente as doenças crônicas. Essas doenças, associadas à idade avançada, são responsáveis pela maior parte das perdas da capacidade funcional dos indivíduos. Do Grupo Técnico participaram representantes de operadoras de planos de saúde, de órgãos de defesa do consumidor, de instituições de ensino e pesquisa, além de representações de sociedades de geriatria e gerontologia, e de entidades representativas do setor.<sup>62</sup>

Do trabalho resultou a minuta de Resolução Normativa, que ficou em Consulta Pública de nº 42, de maio de 2011 no período de 16/05/2011 a 21/06/2011. A Consulta demonstrou a importância desse tema para a sociedade. Durante as primeiras sete horas de sua divulgação, no portal da ANS, um questionário voltado para o consumidor recebeu cerca de três mil contribuições, ou seja, quase 1.000% superior à média das consultas públicas anteriores, durante o mesmo espaço de tempo. No total (questionário e Consulta Pública), foram mais de 14 mil contribuições, sendo 70% encaminhadas por beneficiários de planos de saúde. Essa foi a maior participação de consumidores em uma Consulta Pública da ANS, demonstrando a importância que as pessoas atribuem à questão.

<sup>61</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>62</sup> Id., 2012.

Da Consulta Pública resultou a publicação da RN nº 265, de agosto de 2011, que estabeleceu a criação de incentivos para a participação dos beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo. Em conjunto com a Resolução Normativa nº 264, de 2011, a seguir, as normas trouxeram uma mudança importante de concepção: o objetivo de um sistema de saúde não deve ser somente o tratamento de doenças, mas também a prevenção de doenças e a promoção da saúde.<sup>63</sup>

Cumprе ressaltar, que a grande participação na Consulta Pública demonstrou o grande interesse pelo tema. No total, foram 14.367 contribuições, das quais 70% foram enviadas por usuários de planos de saúde. As sugestões recebidas possibilitaram o aprimoramento da regulamentação com a introdução de conceitos e orientações para a estrutura dos programas.

Pela primeira vez, buscou-se alinhar incentivos econômicos com o objetivo de promoção de saúde. Com as novas regras, o beneficiário que aderir aos programas poderá ter uma bonificação da mensalidade, sem discriminação por idade ou doença preexistente, e sem vinculação a resultados alcançados. O programa é extensivo aos planos de saúde individuais (ou familiares) e coletivos, empresariais ou por adesão. A formatação é individualizada para cada plano, para que atenda às especificidades de seu público, considerando até mesmo a região de residência do beneficiário.

A finalidade da ANS foi, assim, normatizar a criação de mecanismos, com o intuito de incentivar os beneficiários a participar do cuidado de sua saúde, e as operadoras a mudar sua forma de organização, em busca de um modelo de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, ao contrário da simples produção de procedimentos.

As resoluções possuem como objetivo geral normatizar a criação de mecanismos com o intuito de incentivar a elaboração por parte das operadoras e a adesão por parte dos beneficiários à programas de promoção da saúde para uma população que envelhece de forma acelerada e a adesão aos mesmos e como objetivos específicos: a) criar regras para a viabilizar a introdução de bônus, como forma de incentivar que as operadoras de planos de assistência suplementar à saúde desenvolvam programas de promoção do envelhecimento ativo de sua população de beneficiários; b) regulamentar a premiação em programas voltados para a promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças; c) estimular o envolvimento dos gestores das operadoras de planos de saúde e da população de beneficiários da saúde suplementar com os desafios e oportunidades resultantes do processo de envelhecimento da

---

<sup>63</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

população brasileira; e, d) sinalizar para o mercado da saúde suplementar as potencialidades para a redução dos custos assistenciais com uma população que envelhece, de programas voltados para o envelhecimento ativo e para a promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças.<sup>64</sup>

No que concerne a importância dos programas, para as operadoras de planos privados, observa-se o aprimoramento das práticas de gestão em saúde para oferecer assistência de melhor qualidade, além da racionalização dos custos assistenciais e o aproveitamento das despesas com os programas como fator redutor da exigência mensal de margem de solvência, bem como o recebimento de pontuação bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – IDSS.

Cumprе ressaltar, que a avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela própria ANS. Esses indicadores são agregados em quatro dimensões, sendo que cada uma possui um peso diferente na formação do IDSS:

- 40% para a dimensão Atenção à Saúde
- 20% para a dimensão Econômico-financeira
- 20% para a dimensão Estrutura e Operação
- 20% para a dimensão Satisfação do Beneficiário

O IDSS varia de zero a um (0 a 1) e cada operadora recebe uma nota que a enquadrará em uma faixa de avaliação:

FIGURA 01 – ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR - FAIXAS DE NOTAS DE AVALIAÇÃO



Fonte: <http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/programa-de-qualificacao-de-operadoras>

No que tange a importância dos programas para o sistema de saúde, estes promovem a qualificação da gestão em saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida da população beneficiária de planos privados de saúde.

<sup>64</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

Para os usuários, proporciona o aumento da expectativa de vida com menor carga de doença e um curso de vida mais saudável, além da concessão de bonificação e premiação (exemplificação: redução no percentual de coparticipação, benefício farmacêutico, bem como outros produtos acessórios aos planos de saúde, como por exemplo, serviço de resgate aéreo, além de outros prêmios - bens materiais não relacionados diretamente aos planos de saúde).

Ressalta-se que quanto as regras para aplicação do bônus, o percentual de desconto deverá ser o mesmo para todas as faixas etárias, bem como a bonificação concedida pela operadora não poderá ultrapassar o percentual máximo de 30% (trinta) por cento sobre o valor da mensalidade. Quanto à concessão do bônus, a operadora não pode exigir qualquer outro critério que não sejam a adesão e a participação do beneficiário no programa, bem como não pode exigir do beneficiário o cumprimento de resultados em saúde como critério para obtenção do bônus. Quanto às condições da adesão do beneficiário aos programas, as regras devem ser claras, conforme o padrão de informações mínimas estabelecido pela ANS.<sup>65</sup>

Assim, busca-se estratégias para a indução de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças levando em consideração as especificidades do setor suplementar e, ao mesmo tempo, as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde. As estratégias adotadas têm a finalidade de inserir a promoção da saúde e a prevenção de doenças no contexto de um plano de cuidado integrado às demais ações e complexidades dos serviços, promovendo a qualificação da gestão em saúde a fim de melhorar a qualidade de vida da população beneficiária de planos privados de saúde.<sup>66</sup>

A implementação de programas que coadunem estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de riscos, vulnerabilidades e doenças tem por objetivo, entre outros, qualificar a gestão em saúde, através de um modo de produção do cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos e, ao mesmo tempo, racionalizar os custos assistenciais.<sup>67</sup>

Nesse sentido, um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pode ser definido como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e

---

<sup>65</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>66</sup> CURCI, Kátia; OLIVEIRA, Martha; RANGEL, Michelle; MENDES, Simone. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: um breve histórico. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2013, p. 230-240.

<sup>67</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011.** Artigo 2º.

### **3.3 IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES NORMATIVAS Nº 264 E 265 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: O CASO DA INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A**

O número de usuários de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil, segundo pesquisa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), é de 50,7 milhões de beneficiários, dados do terceiro trimestre de 2014.<sup>69</sup>

Conforme o Relatório de Gestão 2010-2012 da ANS, o qual realizou o acompanhamento durante os 12 meses de implementação (de agosto de 2011 à agosto de 2012) das RN's nº 264 e 265, de agosto de 2011 - Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças e de Envelhecimento Ativo ao longo do Curso da Vida, divulgado em outubro de 2012, um ano após o lançamento dos programas para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças, cerca de 1,2 milhão de usuários de planos de saúde já haviam aderido.<sup>70</sup>

Antes da vigência das citadas Resoluções Normativas, 127 programas foram informados à ANS, com a estimativa de participação de 198 mil beneficiários. Após 12 meses de implementação, foram 760 programas, com a participação de 1,2 milhão de beneficiários.<sup>71</sup>

Os programas implementados pelas operadoras de planos de saúde a partir do incentivo da ANS, além de estimular hábitos saudáveis, podem oferecer prêmios e descontos nas mensalidades dos planos. Os programas possuem enfoque nas atividades voltadas para os seguintes temas: estímulo à atividade física, alimentação saudável, prevenção do câncer, das doenças sexualmente transmissíveis, da osteoporose, da hipertensão, da diabetes, do tabagismo e da obesidade.

Outros incentivos às operadoras para a realização desses programas são: recebimento de pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora (IDSS); divulgação, no portal da ANS, das operadoras que têm programas aprovados pela ANS; declaração de Aprovação do Programa; inexistência de custos administrativos para inclusão dos programas aos planos; e bonificação no Monitoramento Assistencial realizado pela ANS.

---

<sup>69</sup> IESS. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.iess.org.br>>. Acesso em: abr. 2015.

<sup>70</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>71</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Beneficiários e operadoras de planos de saúde apostam em programas de qualidade de vida**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: abr. 2015.

Nesse contexto, foi analisado a implementação das resoluções normativas supracitadas da ANS no caso específico de operadora de plano de saúde, que possui Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças voltado para a terceira idade e aprovado e acompanhado pela ANS, a Intermédica Sistema de Saúde S/A, cujos dados foram coletados no sítio eletrônico da ANS, no Relatório de Gestão 2010-2012<sup>72</sup> publicado pela ANS e no sítio eletrônico do Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar, ferramenta de gestão do conhecimento desenvolvida pela OPAS/OMS Brasil em parceria com o Ministério da Saúde e conta com colaboradores como ANS, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Quanto a este último, tais dados foram disponibilizados pela Intermédica Sistema de Saúde S/A em apresentação no 2º Workshop Regional sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (PROMOPREV) realizado em Campinas no dia 02 de setembro de 2014.

Assim sendo, optou-se por análise de conteúdo de resultados de referência empírica mais recente de programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.

Trata-se do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), cadastrado na ANS sob o nº 25901, o qual tem por objetivo proporcionar envelhecimento saudável aos idosos, com mais de 60 anos e perda funcional (dificuldade para realização das atividades de vida diária: banhar-se, vestir-se, subir e descer escadas, controlar a própria medicação, dentre outras atividades), através de atendimento integral aos idosos, por meio de equipes multidisciplinares, chefiadas por médicos geriatras e compostas por fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogas. Nesse sentido, tem por finalidade proporcionar um tratamento abrangente, multidisciplinar e especializado do paciente idoso que já apresenta dificuldade para realizar várias atividades de sua rotina diária.

A abrangência da Intermédica Sistema de Saúde S/A é em São Paulo, ABC Paulista (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul), Osasco, Santos, Jundiaí, Sorocaba, Campinas, Rio de Janeiro e Minas Gerais e possui rede própria de atendimento, composta de 58 Centros Clínicos (sendo 10 unidades de prevenção), 10 Prontos Socorros e 08 Hospitais (Exemplos: Hospital Frei Galvão – Santos/SP; Hospital Modelo –

---

<sup>72</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

Sorocaba/SP; Hospital Paulo Sacramento – Jundiaí/SP; Hospital Renascença – Campinas/SP; Hospital Santa Cecília – São Paulo/SP; Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Rosário – São Paulo/SP; Hospital e Maternidade Renascença – Osasco/SP; Pronto Socorro ABC – São Bernardo do Campo/SP; e Pronto Socorro Barueri – Barueri/SP), além da rede credenciada.

Como parte do acompanhamento no PAI, os idosos têm, a cada consulta com o médico geriatra, pré-consulta com um auxiliar de enfermagem, que colhe vários dados sobre o estado nutricional, capacidade funcional, fatores de risco cardiovascular, memória, e sintomas depressivos. Estes dados são avaliados pelo médico durante a consulta. Em casos de consulta de retorno, a pré-consulta avalia também a adesão do paciente ao tratamento proposto. No dia da consulta é necessário chegar com 20 minutos de antecedência para ser realizada a pré-consulta.

Todos os pacientes do PAI podem, a critério do médico geriatra, ser encaminhados para acompanhamento com a fisioterapeuta e nutricionista. Todos os pacientes tem um plano de tratamento multidisciplinar, adequado para cada caso. O paciente tem um número de sessões pré-determinadas com cada profissional, podendo ser sessões individuais ou em grupo, a depender do perfil de cada paciente.

Uma central telefônica permite que o paciente mantenha contato permanente com a equipe técnica do PAI, podendo ser orientado pelo médico se necessário. Em casos determinados, o médico pode solicitar a realização de um contato telefônico com o paciente para avaliar a evolução do caso e propor novo retorno ao PAI. Sempre, às vésperas de uma consulta agendada, o paciente é contatado pela central PAI, para confirmação do agendamento.

Em síntese, o PAI funciona com a seguinte metodologia:

- a) Passo 01: Recepção - O paciente é recebido e encaminhado para pré-consulta com enfermeiro e consulta com o médico geriatra. Ele é quem coordena o atendimento e direciona para equipe multidisciplinar de suporte (fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo) e outros especialistas;
- b) Passo 02: Pré-consulta - Antes da consulta com o médico geriatra, o paciente passa pela pré-consulta com o auxiliar de enfermagem. Nesta fase, são checados os sinais vitais e aplicados testes de memória, depressão, *screening* para disfagia, entre outros;
- c) Passo 03: Atendimento Nutrição - Os pacientes são encaminhados e avaliados de acordo com o IMC (Índice de Massa Corporal) e os diagnósticos de HAS (Hipertensão Arterial

Sistêmica), DM (Diabetes Melitus), obesidade, desnutrição, dislipidemias e doenças do trato gastrointestinal;

- d) Passo 04: Avaliação / Tratamento Fisioterapia - O atendimento da fisioterapia é voltado para reabilitação gerontológica, visando avaliar e intervir nos diferentes aspectos funcionais do envelhecimento, através de tratamento individual ou em grupo;
- e) Passo 05: Monitoramento Telefônico - Os auxiliares de enfermagem contatam os pacientes por telefone com o objetivo de verificar se estão seguindo as orientações dadas pelo médico geriatra e equipe multidisciplinar.

Como resultados do PAI, após a implementação das Resoluções Normativas nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS, no que concerne a utilização dos serviços de Consultas no Pronto Socorro, de Consultas Ambulatoriais, do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e de Internação Hospitalar, foram obtidos os seguintes dados, após o período de 06 e 12 meses, respectivamente, considerando a participação de 5.045 idosos no Programa:

TABELA 02 – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO

<b>PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO</b>					
<b>MENOR UTILIZAÇÃO DEVIDO A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA</b>					
UTILIZAÇÃO	NÃO PAI	PAI 6 MESES*	RESULTADO	PAI 12 MESES**	RESULTADO
CONSULTAS PS	1,92	1,28	-33%	1,12	-5,4%
CONSULTAS AMB.	6,07	6,73	+11%	5,15	-23,4%
SADT	28,93	17,46	-40%	18,04	+33%
INTERNAÇÃO	0,55	0,15	-73%	0,15	0%

\*Utilização avaliada no período de 6 meses

\*\*\*Utilização avaliada no 2º período de 6 meses

Legenda: CONSULTAS PS – Pronto Socorro; CONSULTAS AMB. – Consultas Ambulatoriais; PAI – Programa de Assistência ao Idoso; SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

Fonte: <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2014/09/05/grupo-intermedica-sistema-de-saude-sa/>

Nesse sentido, conforme a tabela acima, houve significativa redução na utilização dos serviços supracitados (paciente/dia/mil), considerando o período após 06 meses e após 12 meses de implementação das Resoluções Normativas.

Assim, no que concerne a utilização de consultas no pronto socorro, que são aquelas consultas destinadas aos pacientes que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes, disponíveis 24 horas por dia, não havendo consultas de retorno, houve redução de 1,92 para 1,28, resultando em -33% do quantitativo desse tipo de consulta na avaliação no período de 06 meses. Após avaliação no 2º período de 06 meses, diminuiu ainda mais a utilização das consultas no pronto socorro, diminuindo para 1,12, o que representa diminuição de -5,4% quando comparado com o resultado anterior.

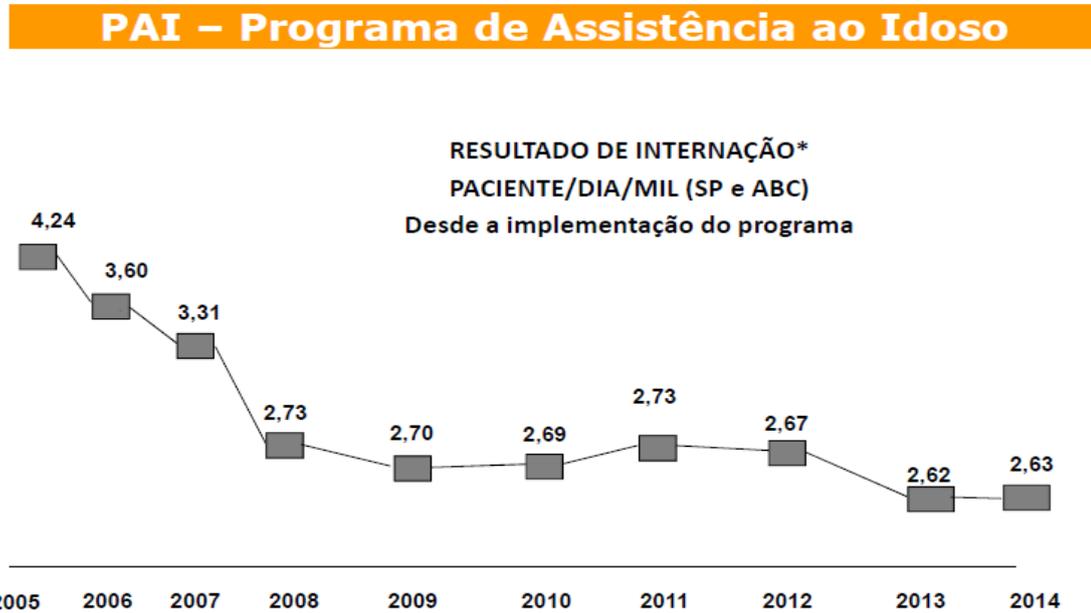
Quanto à utilização de consultas ambulatoriais, que são aquelas consultas médicas para diagnóstico através da anamnese, exame físico, exame psíquico, verificação de dados vitais, e se necessário, solicitação de exames complementares para diagnosticar e complementar a consulta elaborando o tratamento, houve aumento de 6,07 para 6,73, resultando em +11% do quantitativo desse tipo de consulta na avaliação no período de 06 meses. Porém, após avaliação no 2º período de 06 meses, houve redução significativa para 5,15, o que representa diminuição de -23,4% quando comparado com o resultado anterior.

Já quanto a utilização do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, que trata-se de modalidade de prestação de serviços que utiliza recursos físicos, como por exemplo raio x, ultrassonografia e ressonância magnética, com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes de um serviço de saúde, houve diminuição expressiva de 28,93 para 17,46, resultando em -40% do quantitativo desse tipo de serviço (SADT) na avaliação no período de 06 meses. Após avaliação no 2º período de 06 meses, houve pequena variação no resultado do quantitativo para 18,04.

No que concerne a utilização do serviço de internação hospitalar, que trata-se de pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior que 24 horas, houve redução expressiva de 0,55 para 0,15, resultando em -73% do quantitativo desse tipo serviço na avaliação no período de 06 meses. Após avaliação no 2º período de 06 meses, se manteve estável o resultado em 0,15.

No gráfico abaixo, observa-se os dados obtidos no que concerne ao resultado de internações em São Paulo e no ABC Paulista (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul). Cumpre ressaltar, que a Intermédica Sistema de Saúde S/A, já possuía o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), antes das Resoluções nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS. Entretanto, após a implementação das RN's, verifica-se que o número de internações de idosos foi reduzido ainda mais:

GRÁFICO 02 - RESULTADO DE INTERNAÇÃO DESDE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO



Fonte: <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2014/09/05/grupo-intermedica-sistema-de-saude-sa/>

Nesse sentido, conforme gráfico acima, houve significativa redução no quantitativo de internação de pacientes idosos (paciente/dia/mil), na região de São Paulo e ABC Paulista (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul).

Assim, no que concerne a utilização do serviço de internação hospitalar na região supracitada, observa-se a variação do resultado do ano de 2005 à 2014, sendo no primeiro ano em 2005 quando a Intermédica Sistema de Saúde S/A implementou o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), isto é, antes das Resoluções nº 264 e 265/2011 da ANS, o resultado de 4,24, diminuindo em 2006 para 3,60, em 2007 para 3,31, em 2008 para 2,73, em 2009 para 2,70, em 2010 para 2,69, tendo uma pequena variação em 2011 para 2,73, diminuindo novamente em 2012 para 2,67, em 2013 para 2,62 e mantendo-se estável com pequena variação em 2014 para 2,63. Nesse sentido, observa-se que após a implementação das RN's no ano de 2011, verifica-se que o número de internações de idosos foi reduzido ainda mais.

Na tabela abaixo, verifica-se os resultados econômicos consolidados obtidos no ano de 2013 pela Intermédica Sistema de Saúde S/A, isto é, após a implementação das Resoluções nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS, por região analisada, levando-se em consideração o número de participantes, mecanismos de redução, custo por paciente por

mês e economia total mensal, resultados estes consolidados por programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que a supracitada operadora de plano de saúde possui (PAI – Programa de Assistência ao Idoso; PGS – Programa Gestação Segura; PAP I – Programa de Apoio ao Paciente Crônico de Baixo/Moderado Risco; PAP II – Programa de Apoio ao Paciente Crônico de Alto Risco; Case Home Care – Casos de Alta Complexidade; Case Clínico), bem como Oncologia e Quimioterapia:

TABELA 03 – EXEMPLOS DE RESULTADOS ECONÔMICOS NO ANO DE 2013 DA INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A

<b>EXEMPLOS DE RESULTADOS ECON�MICOS ( 2013)</b>					
<b>Programa</b>	<b>Regi�o analisada para o resultado</b>	<b>N�mero de participantes</b>	<b>Mecanismo de Redu�o</b>	<b>Custo por paciente por m�s</b>	<b>Economia total por m�s</b>
PAI (Idoso alto risco)	S�o Paulo, ABC	5.045	redu�o de Internat�o- 12 meses antes e d12 meses depois do Programa	R\$ 15,45	R\$ 693.132,55
PGS (Programa Gesta�o Segura)	S�o Paulo, ABC	6.790	Redu�o dos dias de internat�o em UTI neonatal	R\$ 11,94	R\$ 608.809,00
PAP 2 Coluna	S�o Paulo, ABC	1450	Redu�o de 26 cirurgias/m�s, grupo dor	R\$ 27,00	R\$ 650.000,00
PAP I (cr�nico de baixo /moderado risco)	S�o Paulo	16.249	Redu�o de internat�o (1,54 paciente dia / mil antes x 0,58paciente dia / mil )	R\$ 3,78	R\$ 348.044,22
PAP 2(Paciente com doen�a cr�nica de alto risco)	S�o Paulo, ABC	6.368	Redu�o de internat�o (3,38 paciente dia / mil antes x 1,22paciente dia / mil) Redu�o de 39 cirurgias bari�tricas /m�s	R\$ 11,28	•R\$ 306.897,50 •R\$ 390.000,00
Case Home Care EV	S�o Paulo, ABC	31	Redu�o de di�rias internat�o	R\$ 1300,00	R\$ 210.000,00
Case Cl�nico		3066	Redu�o de internat�o (21 para 12 pac dia mil)	R\$64,50	R\$615.674,57
Oncologia Quimioterapia	S�o Paulo, ABC	320	Redu�o no custo per capita (R \$ 1,26 antes para R \$ 0,56 ap�s) 870.000 membros	R\$ 140,00	R\$ 609.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 614.277,11</b>	<b>R\$ 4.431.548,84</b>

Fonte: <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2014/09/05/grupo-intermedica-sistema-de-saude-sa/>

Nesse sentido, conforme tabela acima, considerando o programa específico analisado nesta pesquisa, o PAI – Programa de Assistência ao Idoso, houve significativa redu o no custo econ mico de pacientes idosos por mês, ao considerar a redu o de internat o 12 meses antes do Programa e 12 meses após o Programa, bem como o custo de paciente por mês no valor de R\$ 15,45 (quinze reais e quarenta e cinco centavos), o qual totalizou no ano de 2013, a economia total mensal expressiva de R\$ 693.132,55 (seiscentos e noventa e três mil cento e trinta e dois reais e cinquenta e cinco centavos), considerando o número de 5.045 idosos participantes na região de São Paulo e ABC Paulista.

Assim, a Intermédica Sistema de Saúde S/A, ao desenvolver esse programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças voltado para a terceira idade, com base na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de envelhecimento ativo, consiste em buscar melhorias na qualidade de vida dos beneficiários à medida que os mesmos envelhecem.

A Intermédica priorizou em seu programa a manutenção da capacidade funcional dos indivíduos. Por capacidade funcional entende-se capacidade demandada pelos indivíduos para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, tais como: alimentar-se sozinho, caminhar, vestir-se, entre outras. Observa-se que a capacidade funcional aumenta ao longo da infância e juventude, alcança seu ápice na idade adulta quando também começa a declinar. A idade avançada – velhice – caracteriza-se por uma etapa de maiores perdas da capacidade funcional, muito embora essa perda varie de indivíduo para indivíduo e a ocorrência de incapacidades, possa ser postergada com a adoção de medidas assistenciais com vistas a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças.<sup>73</sup> É nesse sentido, que a Intermédica vem tentando maximizar a capacidade funcional dos idosos e minimizar a utilização dos serviços de consulta ambulatorial, consultas no Pronto Socorro, número de internações, entre outros serviços, conforme tabelas e gráfico acima.

Assim, investir na promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças é o principal pilar para inserção e participação dos indivíduos na sociedade, pois ao mesmo tempo engloba ações de incentivo a adoção de hábitos saudáveis de vida e ações voltadas para assegurar proteção aos indivíduos em condição de maior vulnerabilidade, decorrentes de sua condição de saúde ou de suas limitações físicas e/ ou cognitivas.<sup>74</sup>

Paralelamente, observa-se para o mercado da saúde complementar as potencialidades para a redução dos custos assistenciais com uma população que envelhece, de programas voltados para o envelhecimento ativo e para a promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças, como exemplo dos resultados econômicos obtidos pela Intermédica Sistema de Saúde S/A.

Nesse contexto, as Resoluções Normativas nº 264 e 265/2011 representam avanço significativo para a mudança de orientação do sistema no setor complementar, que tem sido pautado pelo ciclo de tratamento da doença e não da saúde.

---

<sup>73</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica - RN Incentivos à participação em programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças.** Rio de Janeiro: ANS, 2011.

<sup>74</sup> Id. 2011.

No caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A, esta aderiu a um Programa de Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida, o PAI, no qual pode haver a concessão de bonificação, isto é, vantagem pecuniária, representada pela aplicação de desconto no pagamento da contraprestação pecuniária, concedida pela operadora ao beneficiário do plano privado como incentivo à sua participação no Programa. Entretanto, faz-se necessário destacar que é facultativa a oferta de concessão de bonificação como incentivo, assim como a adesão dos beneficiários ao programa igualmente é facultativa.<sup>75</sup>

Ressalte-se que o prazo mínimo de vigência da concessão de bonificação é de 12 meses, contado da data da assinatura do termo aditivo contratual, e renovável automaticamente por igual período, bem como o valor da bonificação deve ser o resultado da aplicação de um percentual sobre o valor da contraprestação pecuniária. Além do que para a concessão de bonificação ou sua manutenção, a operadora não pode exigir qualquer outro critério que não seja a adesão e a participação do beneficiário no programa, sendo expressamente proibido que a operadora impeça, limite ou dificulte a adesão ou a manutenção do beneficiário, em especial por condição de saúde ou doença, por faixa etária, por sexo, por condição de alcance de determinada meta ou resultado em saúde, por condição de diminuição de sinistralidade ou utilização de procedimentos ou por tempo de permanência do beneficiário na operadora.<sup>76</sup>

Entretanto, cumpre ressaltar que a não participação injustificada do beneficiário nas atividades propostas pelo programa ensejará sua exclusão e a consequente perda do direito ao recebimento de bonificação.<sup>77</sup>

Destaca-se, que para assegurar o cumprimento fiel das garantias dispostas nas Resoluções Normativas nº 264 e 265/2011, no que concerne a participação dos consumidores/beneficiários dos planos de saúde nos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, foi acrescentada à Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006<sup>78</sup>, os seguintes dispositivos, contendo penalidades na forma de multa às operadoras de planos de saúde, em caso de descumprimento:

---

<sup>75</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011.** Artigos 2º, 3º e 4º.

<sup>76</sup> Id. 2011, Artigos 6º, 7º e 12º.

<sup>77</sup> Id., 2011. Artigo 13º.

<sup>78</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006.** Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

TABELA 04 - PENALIDADES NA FORMA DE MULTA ÀS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE EM CASO DE DESCUMPRIMENTO

<b>Penalidades na forma de multa às operadoras de planos de saúde em caso de descumprimento</b>	
<b>Art. 63-A.</b> Descumprir as regras previstas na regulamentação em vigor que dispõem sobre programas para a promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.	Sanção – multa de R\$ 20.000,00.
<b>Art. 63-B.</b> Deixar de garantir ao consumidor bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.	Sanção – multa de R\$ 15.000,00.
<b>Art. 63-C.</b> Exigir ou tentar impor prazo mínimo de participação sem direito à bonificação ou premiação, ou qualquer valor para o consumidor que optar em participar dos programas que garantem bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.	Sanção – multa de R\$ 35.000,00.
<b>Art. 63-D.</b> Exigir ou tentar impor ao consumidor participante dos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças o alcance de determinada meta ou resultado em saúde para a obtenção da bonificação ou premiação.	Sanção - multa de R\$ 25.000,00.
<b>Art. 63-E.</b> Impedir, limitar ou dificultar, por qualquer meio, a adesão ou a efetiva participação do consumidor aos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças que garantem bonificação e premiação.	Sanção – multa de R\$ 25.000,00.
<b>Art. 63-F.</b> Excluir o consumidor participante dos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças que garantem bonificação e premiação, salvo nos casos previstos na regulamentação em vigor.	Sanção – multa de R\$ 25.000,00.
<b>Art. 63-G.</b> Descumprir as regras previstas na regulamentação em vigor que dispõem sobre bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.	Sanção – multa de R\$ 20.000,00.

Fonte: Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011 / Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011 / Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006

Assim sendo, as Resoluções Normativas nº 264 e 265/2011, além de dispor sobre o acompanhamento dos programas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e

doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como dispor sobre a concessão de bonificação e de premiação aos beneficiários dos programas, ainda assegura o cumprimento fiel das garantias dispostas nas resoluções, para a participação dos consumidores/beneficiários, através da imposição de penalidades na forma de multa às operadoras de planos de saúde, em caso de infrações.

#### 4 MATERIAL / MÉTODOS

O presente trabalho está inserido na Linha de Pesquisa em Serviços e Programas de Saúde (Assistência), especificamente no âmbito do Controle, Avaliação e Regulação em Saúde, tratando-se de pesquisa documental, de análise normativa, na qual foram analisados os seguintes documentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como procedimento metodológico inicial para a elaboração do trabalho:

- a) Cartilha para Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (2011);
- b) Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (2011);
- c) Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos (2011);
- d) Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar (2012);
- e) Relatório de Gestão 2010-2012 (2012).

Nesse contexto, após a análise dos supracitados documentos, o desenvolvimento deste trabalho foi realizado em três capítulos. No capítulo inicial, buscou-se a análise do processo de envelhecimento populacional e o sistema de saúde suplementar, bem como a análise multidimensional do termo ‘envelhecimento ativo’, termo este adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90, que significa o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Analisou-se, igualmente, as preocupações econômicas na área da saúde suplementar decorrentes do envelhecimento populacional, tendo em vista o aumento da longevidade das carteiras de operadoras de planos de saúde. Esse envelhecimento é ainda pressionado pela presença de seleção adversa no mercado, a qual ocorre quando há maior procura de planos de saúde por indivíduos com maior risco de utilização - normalmente os idosos. Assim, os maiores gastos gerados pelo aumento da quantidade de tratamentos mais caros despendidos com a população idosa, gerando com isso possíveis impactos financeiros negativos, podem ocorrer futuramente devido ao envelhecimento das carteiras de operadoras de planos de saúde.

No capítulo subsequente, analisou-se o marco regulatório, isto é, o conjunto de normas, leis e diretrizes do sistema de saúde suplementar no Brasil e suas especificidades em relação à população idosa. Examinou-se, igualmente, as Resoluções nº 264 e 265 de 19 de agosto de 2011 e as Instruções Normativas nº 35 e 36, de 19 de agosto de 2011, (as quais regulamentam as respectivas resoluções) da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o aprimoramento do modelo assistencial, ou seja, o aprimoramento da organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, dentre as quais se destaca a articulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos demandados para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade.

No último capítulo, analisou-se a implementação das resoluções normativas da ANS e o caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A, operadora de plano de saúde, que possui Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças voltado para a terceira idade e aprovado e acompanhado pela ANS, cujos dados foram coletados no sítio eletrônico da ANS, no Relatório de Gestão 2010-2012 publicado pela ANS e no sítio eletrônico do Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar, ferramenta de gestão do conhecimento desenvolvida pela OPAS/OMS Brasil em parceria com o Ministério da Saúde e conta com colaboradores como ANS, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Quanto a este último, tais dados foram disponibilizados pela Intermédica Sistema de Saúde S/A em apresentação no 2º Workshop Regional sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (PROMOPREV) realizado em Campinas no dia 02 de setembro de 2014.

Trata-se do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), cadastrado na ANS sob o nº 25901, o qual tem por objetivo proporcionar envelhecimento saudável aos idosos, com mais de 60 anos e perda funcional (dificuldade para realização das atividades de vida diária), através de atendimento integral aos idosos, por meio de equipes multidisciplinares, chefiadas por médicos geriatras e compostas por fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogas. Assim sendo, optou-se por análise de conteúdo de resultados de referência empírica mais recente de programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar o qual foi apresentado no corpo da pesquisa que é o caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Artigo

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR:  
uma análise do modelo do cuidado a partir do marco regulatório**

**ELDERLY CARE HEALTH INDUSTRY OF SUPPLEMENTAL HEALTH:  
an analysis care model from the regulatory framework**  
(submetido à Revista Estudos Avançados (USP) - Qualis B3 – Área: Saúde Coletiva - ISSN  
0103-4014)

Bruna Feitosa Serra de Araújo<sup>1</sup>, Marcos Antônio Barbosa Pacheco<sup>2</sup>

#### Resumo

O artigo objetivou analisar a assistência à saúde do idoso no setor da saúde suplementar, no que tange a análise do modelo do cuidado a partir do marco regulatório. Visando alcançar tal finalidade, discutiu o processo de envelhecimento populacional e o sistema de saúde suplementar, discorreu sobre o marco regulatório do sistema de saúde suplementar no Brasil e suas especificidades em relação à população idosa e examinou as Resoluções nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, analisando em que medida contribuem para o aprimoramento do modelo assistencial. Optou-se por análise de conteúdo de resultados de referência empírica mais recente de programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), cadastrado na ANS sob o nº 25901, da operadora de plano de saúde Intermédica Sistema de Saúde S/A.

**Palavras-chave:** Marco. Regulatório. Assistência. Saúde. Idoso. Suplementar

#### Abstract

The article aimed to analyze the health care for the elderly in the health insurance sector, regarding the analysis of the care model from the regulatory framework. In order to achieve this purpose, discussed the process of population aging and the private health system, discussed the regulatory framework for the private health care system in Brazil and its particularities in relation to the elderly and examined the Resolutions nº. 264 and 265 of 19 August 2011 of the National Health Agency - ANS, analyzing to what extent contribute to the improvement of the care model. We chose to empirical reference results of content analysis latest in health promotion and prevention program risks and diseases in the health insurance: the Assistance Program for the Elderly (PAI), registered in ANS under nº 25901, the operator health plan Intermédica health System S/A.

**Keywords:** Mark. Regulatory. Assistance. Health. Elderly. Supplemental

<sup>1</sup> Mestranda em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma (UNICEUMA); Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA). E-mail: brunafeitosa@bol.com.br

<sup>2</sup> Professor do Mestrado de Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma (UNICEUMA). Doutor em Políticas Públicas. E-mail: mmmarco@terra.com.br

## **Introdução**

O marco regulatório da saúde suplementar iniciou-se com a previsão da garantia à saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988, e a previsão de que a assistência à saúde também é livre à iniciativa privada, de forma complementar, além da publicação da Lei nº 9.656/1998, que regulamentou os planos privados de saúde no país e, posteriormente, com a publicação da Lei nº 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nesse sentido, foram publicadas as Resoluções Normativas nº 264 e nº 265/2011, as quais dispõem sobre o acompanhamento dos programas desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

## **Referencial Teórico**

O Brasil atravessa um processo de rápido envelhecimento da população. Considerando a epidemiologia do envelhecimento no Brasil, em 1960 o número de idosos era cerca de 3 milhões, passando para 7 milhões em 1975 (CRUZ, 2010). Atualmente, são 26,1 milhões de idosos, que representam 13% do total da população, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013 (PNAD, 2013). Estima-se que em 2020, o Brasil ocupe a 6ª colocação entre os países com maior número de idosos (OPAS, 2005).

O crescimento da população idosa é um fenômeno observado mundialmente e, no caso do Brasil, as mudanças ocorrem de forma acelerada, o que acaba por configurar esse crescimento como um dos grandes desafios da Saúde Suplementar contemporânea. Anualmente são adicionados 650 mil idosos à população brasileira, sendo que grande parte destes apresentam doenças crônicas e algumas limitações funcionais. Assim, verifica-se no Brasil um cenário típico de países longevos, caracterizado por um número elevado de enfermidades crônicas, complexas e onerosas, no qual as doenças podem ser múltiplas e perdurar por anos, demandando cuidados de saúde constantes (CRUZ, 2010).

As especificidades da assistência à saúde dos idosos representam ao mesmo tempo um desafio e uma oportunidade para a organização e estruturação dos sistemas de saúde. Na grande maioria, os sistemas foram estruturados para atender às condições agudas de saúde. Dessa forma, historicamente foram privilegiados os serviços de atendimento em urgências e emergências, voltados para os eventos agudos, isto é, a maioria dos cuidados de saúde ainda hoje, no entanto, ainda se estrutura em torno de episódios agudos e restritos ao complexo hospitalar. (MORAES, 2012).

Entretanto, o envelhecimento populacional engendra o desafio de mudar a organização do sistema de saúde suplementar para que o mesmo possa atender com qualidade e de forma integral.

Com as mudanças demográfica e epidemiológica (maior peso para as doenças crônico-degenerativas em detrimento das doenças infecto-parasitárias), a alteração do modelo assistencial se tornou um imperativo para a sustentabilidade do setor de saúde suplementar (CESCHIN, 2012).

Por modelo assistencial, compreende-se a organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, dentre as quais se destaca a articulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos demandados para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade (ANS, 2012).

No modelo assistencial vigente no setor da saúde suplementar, os indivíduos são atendidos a partir da demanda espontânea, suscitada pela presença de sintomas ou doenças.

Há uma concentração crescente de consultas médicas especializadas, exames, diagnósticos, terapias, internações e cirurgias que nem sempre se traduzem em maior resolutividade e recuperação da saúde.

Para os idosos, os programas devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com o protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe. Portanto, não se trata do gerenciamento de doença crônica, mas sim do gerenciamento do perfil de saúde do doente.

Nesse contexto, adota-se como marco regulatório, isto é, o conjunto de normas, leis e diretrizes do sistema de saúde suplementar, a Constituição Federal de 1988, na qual a garantia à saúde está prevista como um direito social (art. 196), bem como o art. 199 o qual dispõe que a assistência à saúde também é livre à iniciativa privada, de forma complementar, situando-se assim o denominado setor da saúde suplementar; bem como a Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998), que versa sobre a assistência privada a saúde ofertada por meio dos planos privados, regulamentando assim os planos de saúde no país.

Nesse cenário, para a regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de saúde suplementar, foi criada em 2000 por meio da Lei nº 9.961 - Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, de forma a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país (CURCI, 2013).

A missão da ANS consiste em buscar o equilíbrio do mercado, conciliando os interesses das operadoras, dos prestadores e dos beneficiários, conduzindo o processo regulatório segundo as diretrizes da política nacional de saúde empreendida pelo Ministério da Saúde.

Com base, nesse novo paradigma na saúde suplementar, no contexto da regulação por incentivos, a ANS publicou 02 outros marcos regulatórios: a Resolução Normativa nº 264, de 19/08/2011, a qual dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, definindo conceitos e estabelecendo as modelagens dos programas e a Resolução Normativa nº 265, de 19/08/2011, que dispõe sobre a concessão de incentivos aos beneficiários de planos privados pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida, mediante a oferta de descontos e prêmios.

O intuito das normas é ampliar o esforço que a ANS vem fazendo no sentido de inverter a lógica existente hoje no setor, pautado pelo tratamento da doença e não pelo cuidado da saúde. A nova proposta de regulação indutora trouxe à tona a necessidade de repensar o modelo de gestão em saúde.

Nesse contexto, optou-se por análise de conteúdo de resultados de referência empírica mais recente de programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Trata-se do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), cadastrado na ANS sob o nº 25901, o qual possui 5.045 idosos cadastrados no programa, e a região analisada foi São Paulo e ABC Paulista (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul). O objetivo do PAI é proporcionar envelhecimento saudável aos idosos, com mais de 60 anos e perda funcional (dificuldade para realização das atividades de vida diária: banhar-se, vestir-se, subir e descer escadas, controlar a própria medicação, dentre outras atividades), através de atendimento integral aos idosos, por meio de equipes multidisciplinares, chefiadas por médicos geriatras e compostas por fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogas.

Após a implementação das Resoluções Normativas nº 264 e 265/2011 no que concerne a utilização dos serviços de Consultas no Pronto Socorro, de Consultas Ambulatoriais, do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e de Internação Hospitalar, foram obtidos os seguintes dados, após o período de 06 e 12 meses, respectivamente, considerando a participação de 5.045 idosos no Programa:

TABELA 01 – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO

<b>PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO</b>					
<b>MENOR UTILIZAÇÃO DEVIDO A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA</b>					
UTILIZAÇÃO	NÃO PAI	PAI 6 MESES*	RESULTADO	PAI 12 MESES**	RESULTADO
CONSULTAS PS	1,92	1,28	-33%	1,12	-5,4%
CONSULTAS AMB.	6,07	6,73	+11%	5,15	-23,4%
SADT	28,93	17,46	-40%	18,04	+33%
INTERNAÇÃO	0,55	0,15	-73%	0,15	0%

\*Utilização avaliada no período de 6 meses

\*\*Utilização avaliada no 2º período de 6 meses

Legenda: CONSULTAS PS – Pronto Socorro; CONSULTAS AMB. – Consultas Ambulatoriais; PAI – Programa de Assistência ao Idoso; SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia  
 Fonte: <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2014/09/05/grupo-intermedica-sistema-de-saude-sa/>

Nesse sentido, conforme a tabela acima, houve significativa redução na utilização dos serviços supracitados (paciente/dia/mil), considerando o período após 06 meses e após 12 meses de implementação das Resoluções Normativas.

Assim, no que concerne a utilização de consultas no pronto socorro, que são aquelas consultas destinadas aos pacientes que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes, disponíveis 24 horas por dia, não havendo consultas de retorno, houve redução de 1,92 para 1,28, resultando em -33% do quantitativo desse tipo de consulta na avaliação no período de 06 meses. Após avaliação no 2º período de 06 meses, diminuiu ainda mais a utilização das consultas no pronto socorro, diminuindo para 1,12, o que representa diminuição de -5,4% quando comparado com o resultado anterior.

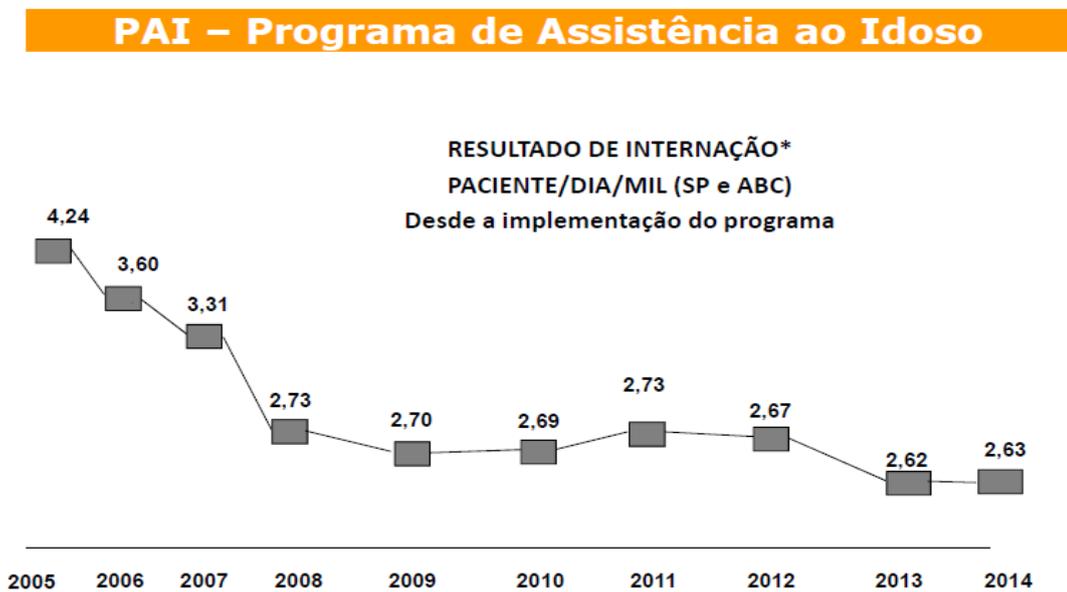
Quanto à utilização de consultas ambulatoriais, que são aquelas consultas médicas para diagnóstico através da anamnese, exame físico, exame psíquico, verificação de dados vitais, e se necessário, solicitação de exames complementares para diagnosticar e complementar a consulta elaborando o tratamento, houve aumento de 6,07 para 6,73, resultando em +11% do quantitativo desse tipo de consulta na avaliação no período de 06 meses. Porém, após avaliação no 2º período de 06 meses, houve redução significativa para 5,15, o que representa diminuição de -23,4% quando comparado com o resultado anterior. Já quanto a utilização do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, que trata-se de modalidade de prestação de serviços que utiliza recursos físicos, como por exemplo raio x, ultrassonografia e ressonância magnética, com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes de um serviço de saúde, houve diminuição expressiva de 28,93 para 17,46, resultando em -40% do quantitativo desse tipo de serviço (SADT) na avaliação no período de 06 meses. Após avaliação no 2º período de 06 meses, houve pequena variação no resultado do quantitativo para 18,04.

No que concerne a utilização do serviço de internação hospitalar, que trata-se de pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior

que 24 horas, houve redução expressiva de 0,55 para 0,15, resultando em -73% do quantitativo desse tipo serviço na avaliação no período de 06 meses. Após avaliação no 2º período de 06 meses, se manteve estável o resultado em 0,15.

No gráfico abaixo, temos os dados obtidos no que concerne ao resultado de internações em São Paulo e no ABC Paulista (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul). Cumpre ressaltar, que a Intermédica Sistema de Saúde S/A, já possuía o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), antes das Resoluções nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS. Entretanto, após a implementação das RN's, verifica-se que o número de internações de idosos foi reduzido ainda mais:

GRÁFICO 01 - RESULTADO DE INTERNAÇÃO DESDE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO



Fonte: <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2014/09/05/grupo-intermedica-sistema-de-saude-sa/>

Nesse sentido, conforme gráfico acima, houve significativa redução no quantitativo de internação de pacientes idosos (paciente/dia/mil), na região de São Paulo e ABC Paulista (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul).

Assim, no que concerne a utilização do serviço de internação hospitalar na região supracitada, observa-se a variação do resultado do ano de 2005 à 2014, sendo no primeiro ano em 2005 quando a Intermédica Sistema de Saúde S/A implementou o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), isto é, antes das Resoluções nº 264 e 265/2011 da ANS, o resultado de 4,24, diminuindo em 2006 para 3,60, em 2007 para 3,31, em 2008 para 2,73, em 2009 para 2,70, em 2010 para 2,69, tendo uma pequena variação em 2011 para 2,73, diminuindo novamente em 2012 para 2,67, em 2013 para 2,62 e mantendo-se estável com pequena variação em 2014 para 2,63. Nesse sentido, observa-se que após a implementação das RN's no ano de 2011, verifica-se que o número de internações de idosos foi reduzido ainda mais.

Na tabela abaixo, temos os resultados econômicos consolidados obtidos no ano de 2013 pela Intermédica Sistema de Saúde S/A, isto é, após a implementação das Resoluções nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS, por região analisada, levando-se em

consideração o número de participantes, mecanismos de redução, custo por paciente por mês e economia total mensal, resultados estes consolidados por programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que a supracitada operadora de plano de saúde possui (PAI – Programa de Assistência ao Idoso; PGS – Programa Gestação Segura; PAP I – Programa de Apoio ao Paciente Crônico de Baixo/Moderado Risco; PAP II – Programa de Apoio ao Paciente Crônico de Alto Risco; Case Home Care – Casos de Alta Complexidade; Case Clínico), bem como Oncologia e Quimioterapia:

TABELA 02 – EXEMPLOS DE RESULTADOS ECONÔMICOS NO ANO DE 2013 DA INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A

**EXEMPLOS DE RESULTADOS ECONÔMICOS ( 2013)**

Programa	Região analisada para o resultado	Número de participantes	Mecanismo de Redução	Custo por paciente por mês	Economia total por mês
PAI (Idoso alto risco)	São Paulo, ABC	5.045	redução de Internação- 12 meses antes e d12 meses depois do Programa	R\$ 15,45	R\$ 693.132,55
PGS (Programa Gestação Segura)	São Paulo, ABC	6.790	Redução dos dias de internação em UTI neonatal	R\$ 11,94	R\$ 608.809,00
PAP 2 Coluna	São Paulo, ABC	1450	Redução de 26 cirurgias/mês, grupo dor	R\$ 27,00	R\$ 650.000,00
PAP I (crônico de baixo /moderado risco)	São Paulo	16.249	Redução de internação (1,54 paciente dia / mil antes x 0,58paciente dia / mil )	R\$ 3,78	R\$ 348.044,22
PAP 2(Paciente com doença crônica de alto risco)	São Paulo, ABC	6.368	Redução de internação (3,38 paciente dia / mil antes x 1,22paciente dia / mil) Redução de 39 cirurgias bariátricas /mês	R\$ 11,28	•R\$ 306.897,50 •R\$ 390.000,00
Case Home Care EV	São Paulo, ABC	31	Redução de diárias internação	R\$ 1300,00	R\$ 210.000,00
Case Clínico		3066	Redução de internação (21 para 12 pac dia mil)	R\$64,50	R\$615.674,57
Oncologia Quimioterapia	São Paulo, ABC	320	Redução no custo per capita (R \$ 1,26 antes para R \$ 0,56 após) 870.000 membros	R\$ 140,00	R\$ 609.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 614.277,11</b>	<b>R\$ 4.431.548,84</b>

Fonte: <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2014/09/05/grupo-intermedica-sistema-de-saude-sa/>

Nesse sentido, conforme tabela acima, considerando o programa específico analisado nesta pesquisa, o PAI – Programa de Assistência ao Idoso, houve significativa redução no custo econômico de pacientes idosos por mês, ao considerar a redução de internação 12 meses antes do Programa e 12 meses após o Programa, bem como o custo de paciente por mês no valor de R\$ 15,45 (quinze reais e quarenta e cinco centavos), o qual totalizou no ano de 2013, a economia total mensal expressiva de R\$ 693.132,55 (seiscentos e noventa e três mil cento e trinta e dois reais e cinquenta e cinco centavos), considerando o número de 5.045 idosos participantes na região de São Paulo e ABC Paulista.

### Material e Métodos

Trata-se de pesquisa documental de análise normativa, na qual foram analisados os seguintes documentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como procedimento metodológico inicial para a elaboração do trabalho: Cartilha para Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (2011);

Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (2011); Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos (2011); Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar (2012); e o Relatório de Gestão 2010-2012 (2012).

Igualmente foi analisado o caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A, operadora de plano de saúde, que possui Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças voltado para a terceira idade e aprovado e acompanhado pela ANS, cujos dados foram coletados no sítio eletrônico da ANS, no Relatório de Gestão 2010-2012 publicado pela ANS e no sítio eletrônico do Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar, ferramenta de gestão do conhecimento desenvolvida pela OPAS/OMS Brasil em parceria com o Ministério da Saúde e conta com colaboradores como ANS, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Tais dados foram disponibilizados pela Intermédica Sistema de Saúde S/A em apresentação no 2º Workshop Regional sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (PROMOPREV) realizado em Campinas no dia 02 de setembro de 2014.

### **Resultados**

Analisou-se a implementação dessas resoluções normativas da ANS tendo como referência empírica o caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A, operadora de plano de saúde, que possui Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças voltado para a terceira idade e aprovado e acompanhado pela ANS, o PAI – Programa de Assistência ao Idoso, cadastrado na ANS sob o nº 25901. Com base nesta análise, podemos verificar que houve significativa redução na utilização dos serviços de Consultas no Pronto Socorro, de Consultas Ambulatoriais, do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e de Internação, após o período de 06 e 12 meses, respectivamente, considerando a participação de 5.045 idosos no Programa, bem como conforme os dados apresentados, houve significativa redução no custo econômico de pacientes por mês, ao considerar a redução de internação 12 meses antes do Programa e 12 meses após o Programa.

### **Considerações Finais**

Não se pode negar os avanços que foram feitos com relação a implementação das Resoluções Normativas nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS. Entretanto, observou-se que deve haver por parte da ANS, meios mais persuasivos de ações de captação para o aumento do número de operadoras de plano de saúde na adesão de programas de saúde e prevenção de agravos e doenças e de envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, em virtude da adesão ser facultativa, aumentando conseqüentemente assim o número de beneficiários idosos de planos de saúde.

Nesse sentido, mesmo transcorrido o pouco tempo de vigência, já há diversos programas aprovados pela ANS que estão aos poucos disponibilizando resultados sobre a inclusão de programas em suas operadoras. Assim, esses programas como já evidenciado, através da publicação das resoluções normativas compondo o marco regulatório do sistema de saúde suplementar contribuíram sobremaneira para a promoção de remodelações na assistência à saúde do idoso.

### **Referências**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Rio de Janeiro. Junho de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.** Rio de Janeiro:

ANS, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Laboratório de inovação na saúde suplementar**. Brasília: ANS/OPAS, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011**. Dispõe sobre promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e doenças e seus programas na saúde suplementar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e de premiação pela participação em programas para população-alvo específica e programas para gerenciamento crônicos.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providencias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 jun. 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out. 1988.

CESCHIN, Mauricio. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

CRUZ, Danielle; CAETANO, Vanusa; LEITE, Isabel. **Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso**. Caderno Saúde Coletiva, 2010, Rio de Janeiro.

CURCI, Kátia Audi; OLIVEIRA, Martha Regina de; RANGEL, Michelle Mello de Souza; MENDES, Simone. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: um breve histórico**. O Mundo da Saúde. São Paulo. jun 2013, p. 230-240.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS/MS, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida da população é um processo global. No Brasil, atualmente é de 73 anos, e daqui a 40 anos deverá chegar aos 81 anos, número que hoje pertence a países desenvolvidos. Com a diminuição da fecundidade e da mortalidade, consequência do desenvolvimento do país e da melhoria das condições de vida, o número de idosos cresceu e vai praticamente triplicar até 2050.<sup>79</sup>

Assim, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem conduzido sua atuação no sentido de criar mecanismos que incentivem as operadoras de plano de saúde a desenvolverem programas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e a estimularem a adesão dos beneficiários a tais programas, levando em consideração as especificidades do setor e, ao mesmo tempo, coadunados com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.<sup>80</sup>

A ANS tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseado na demanda espontânea, para um Modelo de Atenção Integral a Saúde, no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Nesse sentido, a ANS formulou políticas de regulação indutoras, como o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Nessa nova perspectiva regulatória, pretende-se uma mudança no papel dos atores da saúde suplementar, na qual as operadoras de planos privados de saúde tornem-se gestoras de saúde; os prestadores de serviços, produtores de cuidado; os beneficiários, usuários com consciência sanitária e autonomia; e a ANS, órgão regulador cada vez mais qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde.<sup>81</sup>

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a

---

<sup>79</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

<sup>80</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

<sup>81</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos a saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver.<sup>82</sup>

Nesse sentido, foram analisadas durante o transcorrer da pesquisa, as publicações da ANS no ano de 2011, como a Cartilha para Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças; o Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar; e o Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos; bem como as publicações do ano de 2012, como o Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar e o Relatório de Gestão 2010-2012, os quais subsidiaram esta pesquisa.

Nesse contexto, no desenvolvimento deste trabalho observou-se o processo de envelhecimento populacional e o sistema de saúde suplementar, bem como a análise multidimensional do termo ‘envelhecimento ativo’, termo este adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90, que significa o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Analisou-se, igualmente as preocupações econômicas na área da saúde suplementar decorrentes do envelhecimento populacional.

No capítulo subsequente, analisou-se o marco regulatório, isto é, o conjunto de normas, leis e diretrizes do sistema de saúde suplementar no Brasil e suas especificidades em relação à população idosa. Examinou-se, igualmente, as Resoluções nº 264 e 265 de 19 de agosto de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o aprimoramento do modelo assistencial.

No último capítulo, analisou-se a implementação das resoluções normativas da ANS e o caso da Intermédica Sistema de Saúde S/A, operadora de plano de saúde, que possui Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças voltado para a terceira idade e aprovado e acompanhado pela ANS. Trata-se do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), o qual tem por objetivo proporcionar envelhecimento saudável aos idosos, com mais de 60 anos e perda funcional (dificuldade para realização das atividades de vida diária), através de atendimento integral aos idosos, por meio de equipes multidisciplinares, chefiadas por médicos geriatras e compostas por fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogas.

---

<sup>82</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

Observou-se através da análise dos resultados obtidos pela Intermédica Sistema de Saúde S/A, como resultados do PAI, após a implementação das Resoluções Normativas nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS, que houve significativa redução na utilização dos serviços de Consultas no Pronto Socorro, de Consultas Ambulatoriais, do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e de Internação, após o período de 06 e 12 meses, respectivamente, considerando a participação de 5.045 idosos no Programa.

Assim como, no que concerne a análise do resultado de internações em São Paulo e no ABC Paulista (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul), verificou-se que o número de internações de idosos (paciente/dia/mil) houve igualmente significativa redução.

Observou-se, igualmente, os resultados econômicos obtidos no ano de 2013 pela Intermédica Sistema de Saúde S/A, isto é, após a implementação das Resoluções nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS. Nesse sentido, conforme os dados apresentados, houve significativa redução no custo econômico de pacientes por mês, ao considerar a redução de internação 12 meses antes do Programa e 12 meses após o Programa, e o custo de paciente por mês de R\$ 15,45 (quinze reais e quarenta e cinco centavos), totalizando no ano de 2013, a economia total mensal de R\$ 693.132,55 (seiscentos e noventa e três mil cento e trinta e dois reais e cinquenta e cinco centavos), no total de 5.045 idosos participantes.

Diante de todo o exposto, não se pode negar os avanços que foram feitos com relação a implementação das Resoluções Normativas nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011, da ANS. Entretanto, observou-se que deve haver por parte da ANS, meios mais persuasivos de ações de captação para o aumento do número de operadoras de plano de saúde na adesão de programas de saúde e prevenção de agravos e doenças e de envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, em virtude da adesão ser facultativa, aumentando consequentemente assim o número de beneficiários idosos de planos de saúde.

Nesse sentido, mesmo transcorrido o pouco tempo de vigência, já há diversos programas aprovados pela ANS que estão aos poucos disponibilizando resultados sobre a inclusão de programas em suas operadoras. Assim, esses programas como já evidenciado, através da publicação das resoluções normativas compondo o marco regulatório do sistema de saúde suplementar contribuíram sobremaneira para a promoção de remodelações na assistência à saúde do idoso.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 15287**: projeto de pesquisa – apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Beneficiários e operadoras de planos de saúde apostam em programas de qualidade de vida**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: abr. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro. Junho de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Instrução Normativa nº 35, de 19 de agosto de 2011**. Regulamenta a RN nº 264, de 19 de agosto de 2011, dispoendo sobre o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Instrução Normativa nº 36, de 19 de agosto de 2011**. Dispoendo sobre os procedimentos para cumprimento da Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre a concessão de bonificação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas voltados para a População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Laboratório de inovação na saúde suplementar**. Brasília: ANS/OPAS, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica - RN Incentivos à participação em programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão 2010-2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011**. Dispõe sobre promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e doenças e seus programas na saúde suplementar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e de premiação pela participação em programas para população-alvo específica e programas para gerenciamento crônicos.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006**. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providencias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 jan. 1994.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 jun. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out. 1988.

**CARTA DE OTTAWA**. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. 17-21 de novembro de 1986.

CURCI, Kátia Audi; OLIVEIRA, Martha Regina de; RANGEL, Michelle Mello de Souza; MENDES, Simone. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: um breve histórico.** O Mundo da Saúde. São Paulo. jun 2013, p. 230-240.

CARVALHO, José Alberto Magno. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil.** Seminário sobre crescimento populacional e estrutura demográfica. Ministério das Relações Exteriores. Rio de Janeiro, 27-28 de Maio de 1993.

CARVALHO, Regiane; WONG, Laura. **Algumas evidências sobre a evolução da saúde em diversas coortes de idosos (1998-2003).** XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, 18-22 de Setembro de 2006.

CRUZ, Danielle; CAETANO, Vanusa; LEITE, Isabel. **Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso.** Caderno Saúde Coletiva, 2010, Rio de Janeiro.

CRUZ, Joana. **Planos de saúde e direitos do consumidor.** Revista Jurídica Consulex, Brasília, ano XVI, n. 362, 2012.

CESCHIN, Mauricio. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

COSTA, Nilson; CASTRO, Antônio. **Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar.** In: Documentos Técnicos de Apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, vol. 3, 2004.

DA MATA, Beatriz Resende. **Impacto financeiro de 2010 a 2030 do envelhecimento dos beneficiários em operadoras de plano de saúde de Minas Gerais: um estudo de caso.** 2011. 1v. 164 f. Dissertação (Mestrado em Demografia). Faculdade de Ciências Econômicas, Belo Horizonte, 2011.

GORDILHO, A., SILVESTRE, J., RAMOS, L. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

FERREIRA, Marcius da Costa. **Saúde suplementar e o consumidor idoso: judicialização e conflito de leis.** Série Aperfeiçoamento de Magistrado 6. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: abr. 2015.

IESS. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.** Disponível em: <<http://www.iess.org.br>>. Acesso em: abr. 2015.

LOURENÇO, Roberto Alves; MARTINS, Cláudia de Souza; SANCHEZ, Maria Angélica; VERAS, Renato Peixoto. **Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda.** Revista Saúde Pública, v. 39, n. 2, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS/MS, 2012.

NUNES, André. **O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde**. In: Os novos idosos brasileiros - muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004.

O CUSTO DA SAÚDE E O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.iesssaladeimprensa>>. Acesso em: abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005.

ORDACGY, André da Silva. **A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão**. Disponível em <[http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo\\_saude\\_andre.pdf](http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf)>. Acesso em: abr. 2015.

OMRAN, Abdel R. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiologic of population change**. The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 49, n. 4, Parte 1, October, 1971.

PNAD 2013. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: abr. 2015.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens**. In: PINHEIRO, Roseni, MARTINS, Paulo Henrique (Org.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

SAAD, Paulo. **O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde**. Anais do VII Encontro de Estudos Populacionais. vol. 3. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1990.

SINDICATO DAS SEGURADORAS, PREVIDÊNCIA E CAPITALIZAÇÃO. **Operadoras vão ter salto com gastos em virtude do envelhecimento, prevê IESS**. Disponível em: <<http://www.sindsegsc.org.br>>. Acesso em: abr. 2015.

TURRA, Cássio Maldonado. **Contabilidade intergeracional e as consequências econômicas do envelhecimento no Brasil**. Anais da Conferência Geral de População, IUSSP. Salvador, Brasil, 2001.

TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de saúde na visão do STJ e do STF**. São Paulo: Verbatim, 2010.

## **ANEXOS**