

AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA OS IDOSOS: ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO PROPOSTA PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

HEALTH PROMOTION ACTIONS FOR THE ELDERLY: ANALYSIS OF LEGISLATION PROPOSED BY THE NATIONAL HEALTH AGENCY SUPPLEMENTARY

Fabiola Gabriela da Cruz Braga¹,
Vanessa Almeida², Kátia Ferreira Costa Campos³

Resumo

Aumento significativo da população idosa gera aumento das doenças ligadas a esse ciclo e maiores gastos. No setor privado de saúde, trabalha-se visando ao assistencialismo com ações curativas distanciando da promoção à saúde. Esse trabalho tem por objetivo analisar as ações e os programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, direcionadas aos idosos, propostas pelas operadoras de saúde no âmbito da legislação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica com utilização de dados secundários. Conclui-se que a legislação estabelecida pela agência age de forma ineficiente na regulamentação dos planos de saúde. Destacam-se falhas nas ofertas dos programas de promoção da saúde, além do descumprimento dos planos em relação à legislação estabelecida.

Palavras-chave: Idoso. Saúde Suplementar. Promoção da Saúde. Epidemiologia. Doenças crônicas.

Abstract

Significant increase in the elderly population leads to increased diseases linked to this cycle, and higher expenses. In the private health sector work is aimed at the welfare away with curative health promotion. This work aims to analyze the actions and programs of health promotion and disease prevention, directed at seniors, offered by health insurance companies under the current legislation of the National Health Agency. It is a work of literature review using secondary data. We conclude that the law laid down by the agency, acting inefficiently in the regulation of health plans. Highlight gaps in the offerings of programs to promote health, beyond the failure of plans in relation to the established laws.

Keywords: Elderly. Supplemental Health. Health Promotion. Epidemiology. Chronic diseases.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais
biulabraga@gmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais

³ Universidade Federal de Minas Gerais

1. Introdução

Atualmente, o Brasil apresenta um processo de transição demográfica, e o envelhecimento populacional pode ser atribuído, principalmente, ao declínio de fecundidade, que acarreta a diminuição da proporção de indivíduos mais jovens e o aumento da proporção de indivíduos mais idosos. Entre 1960 e 2008, o país passou de três milhões para 20 milhões de idosos e, em 2012, chegamos a 20.889.849 milhões de idosos, sendo que a região Sudeste concentra o total de 9.659.516 de idosos residentes (DATASUS, 2013). A população idosa continuará a aumentar. Em 2050, corresponderá a cerca de 19% da população brasileira (NASRI, 2008).

A população idosa é uma população que de fato exige mais da sociedade e por consequência mais da saúde, já que nela está concentrado o maior número de doenças crônicas. As doenças crônicas representam os maiores gastos com saúde, além da maior procura por serviços de saúde. (VERAS, 2007). Essas doenças “[...] perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos” (VERAS, 2007, p.2).

No início do século XXI, a população idosa (60 anos ou mais) com doenças crônicas resultaria em mais de 11 milhões de pessoas, que poderá aumentar para 27 milhões, em 2025, e em 2050 chegará aproximadamente a 50 milhões (WONG, 2006).

Segundo publicação da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, as principais causas de morte no cenário mundial estão relacionadas com as doenças crônicas não transmissíveis. As principais patologias de doenças crônicas são as doenças cardiovasculares, câncer, doença obstrutiva pulmonar crônica e diabetes, sendo responsáveis por 60% dos óbitos (OPAS *apud* GAZIANO e PAGIDIPATI, 2013).

Os maiores desafios relacionados à saúde graças à transição demográfica serão as ações de promoção da saúde e o retardamento das doenças. Para isso, as políticas destinadas à população da terceira idade

devem levar em conta ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos juntamente com a necessidade de um envelhecimento ativo (VERAS, 2011). O envelhecimento ativo é uma política de saúde, definida pela Organização Mundial de Saúde, como: “[...] 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” (OMS, 2005, p. 13).

A carta de Ottawa define promoção da saúde como:

[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (Ottawa, 1986, p. 1).

Um programa de promoção da saúde, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deve conter conjunto de ações e estratégias programadas e integradas com os objetivos de promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças e diminuir a morbidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e das populações. É necessário também realizar o acompanhamento específico dos beneficiários, monitoramentos e avaliação do programa por meio dos indicadores de saúde (OPAS, 2013).

Mas, em se tratando de promoção de saúde no setor suplementar, será um desafio. O principal é mudar a gestão de atendimento, não mais visando ao modelo centrado na doença e baseado na demanda espontânea, mas partir para a busca de um modelo que promova a saúde e previna os riscos para o adoecimento (OPAS, 2013).

Em 2012, cerca 5.383.261 milhões de idosos no Brasil possuíam planos de saúde, divididos entre 3.218.755 mulheres e 2.164.506 homens (ANS, 2012), o que representa 25,7% do total de idosos brasileiros.

O processo de transição demográfica no Brasil já é um fato e trará grande impacto para as prestações dos serviços de saúde no país. Pelo fato de a população idosa ser responsável pelo maior número de doenças crônicas e conseqüentemente necessitar de um cuidado integral, exige-se um modelo de atenção à saúde voltado para processos de promoção da saúde.

Diante disso, o trabalho aponta a importância dos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos voltados para os idosos no setor de saúde suplementar, uma vez que um idoso doente gera mais utilização de serviços, conseqüentemente mais custos, e não produz a própria autonomia. Quando se aplicam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nessa população, a tendência é, ao longo do tempo, que se reduzam os custos gerados, melhore a qualidade de vida do indivíduo e traga a autonomia desses idosos. E, nesse sentido, o trabalho busca investigar as ações e os programas de promoção da saúde e a prevenção de agravos, direcionadas aos idosos, propostas pelas operadoras de saúde.

2. Metodologia

Trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica com utilização de dados secundários, em que “[...] as fontes secundárias são interpretações e avaliações de fontes primárias” (PINHEIRO, 2006, p. 2). Foram realizadas as buscas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar. As buscas pelos arquivos ocorreram no período de abril de 2013 a maio de 2014.

O site da ANS (<http://www.ans.gov.br/>) foi utilizado para consultar as informações da própria Agência, dos beneficiários, para a busca de cartilhas informativas, manuais de promoção da saúde e prevenção de agravos e também para o mapeamento das legislações.

A busca no site ocorreu em três etapas. A primeira foi para consultar informações dos beneficiários, cartilhas informativas, livros e guias práticos. No final da página do site, existe uma gama de informações sobre material da ANS, operadoras, beneficiários e outros assuntos. Há um link denominado “consulta de materiais para pesquisa”. Nesse é possível selecionar matérias por tipo de publicação (livros, periódicos, folhetos e cartilhas). Nos livros, dos 31 disponíveis, dois foram selecionados. Em guias práticos existiam oito disponíveis, e um foi selecionado. Já em relação às cartilhas informativas, havia dez disponíveis, e apenas uma selecionada. O critério de seleção no site da ANS foi pelo tema, já que não há como filtrar a busca.

A segunda etapa consistia em buscar informações da história do segmento suplementar. Esta se deu através de uma aba no site que titula o próprio nome da Agência Nacional de Saúde Suplementar; logo após clicar nesta aba, existe a opção de clicar em histórico, assim localizando as informações históricas da ANS.

Já o mapeamento da legislação foi a última etapa da busca no site. Esse processo foi mais moroso, já que, dentro do setor onde as legislações estão disponíveis, não há separação por tema. Desta forma, houve a necessidade de selecionar tema por tema, e a partir daí eleger a legislação pela qual havia interesse. No site da ANS, existe uma aba disponível denominada “Legislação”. Dentro desta, é disponibilizado um setor de busca todo o histórico das legislações. Como o objetivo é primeiro verificar dentro de toda legislação vigente, foi selecionado tema por tema, e todas as legislações vigentes da ANS foram contempladas, totalizando 30 arquivos entre Instrução Normativa – IN, a Lei nº 9.656, e Resoluções Normativas – RN. Após esse processo, foram escolhidos apenas as que tinham alguma relação com os idosos, e, dentro dessas, restaram para a seleção apenas as legislações que estavam diretamente ligadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, totalizando seis normas.

Para a procura de artigos na BVS, em razão de a ANS ter sido criada em 2000, em todos os descritores, os artigos foram selecionados a partir desse ano até a presente data. Os descritores selecionados foram: Saúde Suplementar, Idoso, Envelhecimento da População, Epidemiologia, Doenças Crônicas, Promoção da Saúde e Saúde Suplementar. Em seguida, foi realizada a junção desses descritores para a pesquisa, que ficaram da seguinte forma: (1) Saúde Suplementar e Idoso; (2) Envelhecimento da População; (3) Epidemiologia e Doenças Crônicas; e (4) Promoção da Saúde e Saúde Suplementar.

Em relação às duas primeiras palavras (1), foram disponibilizados 28 artigos. Como critério de inclusão de artigos, textos completos com estudos realizados no Brasil e com língua portuguesa, e assuntos disponíveis. O assunto selecionado foi serviço de saúde ao idoso e saúde suplementar, porém, em uma seleção por resumo, apenas cinco foram selecionados.

No segundo descritor, envelhecimento da população, a base de dados disponibilizou 3.903 trabalhos. Para critério de inclusão, foi utilizado o nome do próprio descritor, demografia, textos completos e o mesmo critério para língua e país de estudo. Após o filtro, restaram 46; destes, foram selecionados, pelo resumo, nove trabalhos.

A terceira dupla de palavras disponibilizou a princípio 236 arquivos, após os mesmos critérios de inclusão do primeiro descritor restaram 119 artigos. Pelo resumo, foi selecionado um artigo.

Por fim, na última busca de dupla de palavras (4), foram encontrados 49 trabalhos. Os critérios de inclusão utilizados foram também o mesmo do primeiro descritor. Não foi selecionado assunto principal, já que todos os assuntos descritos no site eram pertinentes ao trabalho. Restaram 18 artigos, dos quais foram selecionados, pelo resumo, seis artigos e uma cartilha disponível na base de dados da ANS.

3. Resultados

Das 30 legislações vigentes encontradas, as que dispunham sobre os idosos foram a Lei nº 9.656/98 e nove Instruções e Resoluções Normativas. Sobre a Lei nº 9.656/98, o que foi encontrado como relevante para a população idosa está estipulado nos arts. 14, 15 e 16. Esse recorte da lei dispõe sobre a obrigatoriedade para as operadoras em aceitar qualquer tipo de usuário, independentemente de sua idade, deficiência física ou condição de saúde (reforçado na súmula 19/2011) e também trata do estabelecimento das mudanças de valores dos planos de saúde em razão da idade do beneficiário. Já sobre as Instruções e Resoluções Normativas, os temas variavam entre o estabelecimento da idade para as faixas etárias relacionadas às mudanças de valores dos planos contratados, o mínimo de procedimentos obrigatórios que as operadoras devem oferecer aos beneficiários, as condições gerais dos planos de saúde empresarial para demitidos e aposentados e sobre os programas de ações de promoções da saúde e prevenção de agravos. Dentre essas, as que relatam sobre os programas de promoção da saúde e prevenção de agravos são seis: Lei nº 02/2010, Lei nº 264/2011, Lei nº 35/2011, Lei nº 265/2011, Lei nº 36/2011 e, por fim, a Lei nº 07/2012. Essas normativas foram separadas das demais, para realizar o estudo proposto. Além das legislações, o site da ANS também disponibiliza informações de beneficiários, cartilhas que estimulam o cuidado ao idoso, possuindo também um Laboratório de Inovação, com o objetivo de avaliar a assistência prestada pelas operadoras nos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Dos artigos selecionados na busca literária, apenas quatro tratavam do tema em questão. Isso pode ser justificado pelo fato de a ANS e as legislações terem sido criadas recentemente. A ANS surgiu em 2000, e as legislações têm a data de publicação em torno do ano de 2011, tempo depois dos primeiros movimentos de promoção da saúde e prevenção de agravos no setor privado. Outra

possibilidade de pouca discussão do assunto é pelo fato de o seguimento suplementar ser fechado, ou seja, as operadoras não disponibilizam suas informações para estudos.

Em um dos artigos que analisavam as operadoras e o seu comportamento para com os beneficiários na oferta dos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, os autores relatam que algumas se recusaram a participar e a fornecer as informações das ações e dos programas (VERAS *et al.*, 2008).

Em todos os seis artigos selecionados para o trabalho, os autores ressaltaram a importância que a ANS deveria exercer sobre as operadoras em relação às ofertas dos programas de promoção e prevenção de agravos. O fato de a legislação ser facultada contribui para que algumas operadoras que oferecem ações e programas de promoção da saúde ofertem por marketing ou porque as correntes estão disponibilizando os programas. Outro ponto destacado pelos autores é o fato de os modelos assistências do setor privado, graças à cultura do setor, serem focados nos processos curativos (evento/sinistralidade), e não na promoção da saúde.

4. Discussão

A promoção da saúde no setor suplementar brasileiro teve sua origem em dezembro de 2004, com a realização do I Seminário de Promoção à Saúde e Prevenção de Doença na Saúde Suplementar, no Rio de Janeiro. Nessa conferência, houve participantes do setor privado, que relatavam suas experiências de programas de promoção da saúde já realizados anteriormente. Desde então, a ANS começou a estudar a promoção da saúde no setor privado, com o intuito de estimular as operadoras a ofertarem programas que envolvessem os usuários nas ações de promoção e prevenção. Então, no ano de 2010, a ANS criou a primeira Instrução Normativa para cadastro e controle das ofertas dos programas (OPAS, 2013).

A busca pelo novo processo de cuidado na saúde suplementar teve nova cara em

2011. Tendo por orientação a agenda regulatória 2011/2012, iniciando assim uma nova etapa de regulação por incentivos. A agenda regulatória tem como objetivo dar publicidade aos compromissos da ANS com a sociedade; entre esses compromissos, destaca-se o eixo do Cuidado ao Idoso (OPAS, 2013).

As Resoluções e Instruções Normativas são todas facultadas às operadoras, ou seja, as operadoras apenas ofertam os programas de acordo com seu planejamento, sem necessariamente priorizar a Promoção da Saúde (RN 264, 2011). A origem da legislação de promoção da saúde e prevenção de agravos começa com a Instrução Normativa DIPOE e DIPRO nº02/2010, que faz o gerenciamento do cadastro, o monitoramento e os investimentos nos programas ofertados pelas operadoras. De acordo com a norma estabelecida, as operadoras com programas aprovados pela ANS poderiam contabilizar os valores aplicados nos programas como Ativo Não Circulante – Intangível. A partir daí, a RN nº 264/2011 foi criada para definir os conceitos, os escopos e as modelagens dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no âmbito da saúde suplementar. Esses programas são estabelecidos de forma a constituírem:

[...] um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. (OPAS; 2013, p.38).

Essa mesma resolução normativa estabelece também incentivos para as operadoras que ofertam programas, postos da seguinte forma:

- Registro dos valores aplicados nos programas em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS, referente ao Ativo Não Circulante Intangível;

- Recebimento de pontuação Bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS;
- Outros incentivos regulamentados futuramente pelo órgão regulador (Brasil, 2011).

Já a Instrução Normativa nº 35/2011 estabelece como as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão informar à ANS todos os programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos, inclusive para obtenção dos incentivos dispostos no RN nº 264, de 2011, além de seu papel principal que é dispor sobre as regras para o acompanhamento dos programas inscritos no segmento suplementar pelas operadoras.

A Resolução Normativa nº 265/2011 estabelece que os beneficiários participantes do programa tenham direito à bonificação e à premiação oferecida pelos planos de saúde. Essa bonificação consiste em direito a desconto no pagamento de sua contraprestação pecuniária. Essa norma visa incentivar os usuários dos planos de saúde privados a participarem dos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Com o papel de instruir como os beneficiários terão acesso aos benefícios concedidos através da RN nº 265/2011, a Instrução Normativa nº 36/2011 retrata os procedimentos necessários para o cumprimento da resolução. Para a aplicação dos bônus, as operadoras devem fornecer ao beneficiário um aditivo contratual com a descrição do programa, a previsão do bônus para os programas desenvolvidos e as condições gerais.

Em 2012, houve uma alteração do estímulo econômico-financeiro oferecido às operadoras para o desenvolvimento dos programas. Essa alteração foi estabelecida através da Instrução Normativa conjunta 07, que age em conjunto com a DIPOE e a DIPRO nº 02 sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de agravos. Desta forma, revoga a normativa nº 02.

Em 2012, o número de programas aprovados pela ANS chegou ao total de 188. A

agência divide o foco do cuidado para a promoção da saúde e prevenção de agravos em oito áreas: saúde da criança e do adolescente, saúde do homem, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso (?), saúde mental, saúde bucal e saúde do deficiente físico, estabelecendo, dentro de cada área, temas para direcionar o organizador do programa. Dos 188 programas ofertados pelas operadoras, 72% se concentram no foco da saúde do adulto e do idoso. Em segundo lugar, apareceu o foco na saúde da mulher, com 20% dos programas. Em terceiro, há os programas voltados para a saúde da criança. Já as áreas da saúde do homem e da saúde bucal empataram em quarto lugar, ambas com 2% dos programas. E, por último, a saúde mental foi representada em apenas um programa, representando 0,5% dos programas oferecidos aos usuários (ANS, 2013).

Na mesma publicação, a ANS afirma que os maiores obstáculos enfrentados pelas operadoras de saúde para a oferta dos programas de promoção da saúde estão relacionados com a adesão dos beneficiários, os custos operacionais dos programas e a estrutura e definição dos programas. E desses, os que estão voltados para o cuidado dos idosos, devem ser organizados nos sete níveis preestabelecidos e direcionados para a organização do executor do programa, assim enumerados (ANS, 2013):

1. Porta de entrada do sistema: acolhimento, cadastramento, triagem breve, informações do modelo;
2. Centro de convivência (local de promoção de educação e saúde, informações sobre hábitos saudáveis, ações preventivas e realização da avaliação geriátrica ampla AGA);
3. Ambulatórios: ambulatório de complexidade 1; ambulatório de complexidade 2;
4. Assistência domiciliar (assistência, procedimentos e internação domiciliar); centro-dia; hospital-dia;
5. Hospital de curta permanência (tratamento da fase de agudização das doenças crônicas);

6. Instituição de longa permanência; asilo (*nursing homes*); e
7. Hospice ou cuidados paliativos na fase terminal.

Nesse processo, o primeiro nível seria a porta de entrada do usuário, sendo mais adequado que ocorra na infância, já que é feita a recepção do usuário e a coleta de todas as informações sobre ele. Logo, seria possível o acompanhamento ao longo da vida. Mesmo que o acesso a essa porta de entrada não ocorra na infância, quando idoso, tal porta de entrada também é importante, visto que, através dela, é dado início ao processo de identificação do usuário, sendo possível acompanhá-lo até o final da vida. Nesse processo, é necessário um prontuário eletrônico diferenciado dos outros, uma vez que nele não caberiam apenas informações de saúde do sujeito, mas todo o seu histórico de vida. É de dever também desse nível passar todas as informações relacionadas com o plano de cuidado para o idoso e também convidá-lo e orientá-lo a participar dos próximos níveis do programa (ANS, 2013).

Segundo a Agência (2013), a promoção da saúde está ligada na segunda fase do processo. Esse processo ocorre nos centros de convivência, onde o idoso terá acesso às vacinas, às palestras, às ações preventivas, etc., além de uma avaliação geriátrica ampla, que estabelece o perfil de saúde desses usuários. Tal processo será essencial para o gerenciamento do planejamento assistencial efetivo, já que nele é possível executar as ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

Os outros níveis estão focados no cuidado do sujeito de acordo com seu nível de complexidade, dividindo-se futuramente em assistência domiciliar e centro de permanência para o idoso. É importante que as operadoras de saúde façam seus programas conhecendo sua carteira de beneficiário e o contexto em que os sujeitos estão inseridos (ANS, 2013).

Aquelas operadoras que optarem pela oferta dos programas de promoção da saúde precisam de um modelo focado na

humanização, na participação e na qualidade, sendo integral e de forma que contribua efetivamente para a melhoria da vida dos idosos na saúde suplementar.

Dos programas inscritos até 2012, de um total de 636, apenas 188 foram aprovados pela ANS (ANS, 2013). Analisando esses programas não aprovados, o destaque é que quase 90% dos programas propostos têm como foco principal a saúde do adulto, do idoso e da mulher. Esse grande número de reprovação está vinculada à falta de informação das operadoras, uma vez que restringem a abrangência do programa por ausência de integração de sistemas. Outro fato importante para as reprovações está relacionado com a instabilidade dos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos; poderá acontecer que, se for replicado, o programa não obterá os mesmos resultados quando ofertado na primeira vez (ANS, 2013).

Dados da ANS mostram que, mesmo havendo aumento do número de programas ofertados, de seis programas em 2004 para 188 em 2012, isso ainda representa parcela muita pequena no total de operadoras cadastradas na ANS, que chegaram a 1.338 em dezembro de 2012 (ANS, 2013). Esse dado é relevante, já que ressalta a importância de maior investimento das operadoras nos programas voltados para o cuidado ao idoso, considerando que o envelhecimento populacional e a incidência de doenças crônicas serão um fato no Brasil. O que hoje é uma pequena oferta poderá deixar de ser uma grande oportunidade de melhor qualidade de vida e conseqüentemente na minimização de custos futuros.

As operadoras de saúde ainda não estão preparadas para ofertar programas com foco na assistência à saúde do idoso, uma vez que seus programas apresentam falhas, não são integrais e não obtêm credibilidade (ANS, 2013).

Os programas de saúde demandam investimentos, e isso é imprescindível para efeito na população-alvo. Esse fato impede que operadoras de pequeno porte, por falta de recursos, ofereçam os programas a sua

carteira de beneficiários. Esse grupo de operadoras não possui praticamente nenhum programa cadastrado; e, dos aprovados pela ANS, também é possível observar falhas. Os programas ofertados contemplam um baixo grupo de usuários. Das operadoras que ofertaram os programas de promoção e prevenção de agravos, apenas 4,3% do total de beneficiários participam dos programas. É possível considerar como um fator que bloqueia o aumento de número de usuários nos programas a pouca efetividade das ações de logística para abrangência do público-alvo (ANS, 2013).

Sempre focando nas questões de custos, uma justificativa para a pouca propaganda dos programas é que tal ação terá valores elevados. É necessário, sempre que possível, empregar o uso da tecnologia, tanto pela equipe de saúde quanto pela equipe de Tecnologia da Informação – TI, visando à interdisciplinaridade dos envolvidos, com foco no cuidado do beneficiário. Outro ponto que pode justificar a baixa adesão é o fato de que, muitas vezes, depois de aposentados, os idosos retornam ao mercado de trabalho; isso acontece mais ou menos em torno de um terço da população aposentada (LIBERATO, 2003). Considerando que isso já é um fato no Brasil, muitas vezes o tempo se torna curto para esses idosos, dando preferência não à saúde, mas a necessidade de ocuparem seu tempo com uma nova fonte de renda, como forma de complementação da aposentadoria.

Das pesquisas realizadas nas operadoras que ofertam os programas, em algumas dessas os programas são voltados para doentes crônicos e não promovem programas para a população idosa, mesmo sabendo que estamos vivendo em um contexto de envelhecimento populacional. Mesmo a maioria dos doentes crônicos serem compostos de indivíduos idosos, a lógica de acompanhamento das etapas iniciais do cuidado integral não pode ser confundida (VERAS *et al.*, 2008). Nesse ponto, vemos uma falha no controle dos programas autorizados pela ANS, uma vez que os programas inscritos são para o

cuidado do idoso e acabam tendo foco nos doentes crônicos.

Veras e colaboradores afirmam outro fato, isto é, o de que algumas operadoras argumentem que os programas de promoção voltados para os idosos gerarão aumento na utilização do plano de saúde. Esse acréscimo, junto com os descontos proporcionados pela legislação e o tempo mínimo estipulado de 12 meses aos beneficiários que participam dos programas, serve como justificativas para recusar as ofertas dos programas.

Os mesmos autores acrescentam que, nos discursos das operadoras de saúde, o cuidado primário da promoção da saúde para com os idosos vem sendo incorporado, porém, os projetos, quando avaliados, resultam em uma oferta muito tímida, orientada para um número mínimo de clientes; existe enorme diferença entre a prática das ações dos programas de promoção da saúde ofertados pelas operadoras e o conceito real de promoção da saúde. Logo, como a cultura do setor privado é o curativo, os modelos ofertados estão longe de uma assistência integral. Dos programas ofertados, em nenhum foi identificada uma lógica integral e monitoramento, mas sim ações curativas, conforme o grau de dependência do sujeito.

Também chamam a atenção o fato de que, em relação aos resultados dos programas, esses devem ser observados durante um período mediano de tempo, ou até mesmo um par de anos e para um número expressivo de associados atendidos. O que foi observado, porém, é que as operadoras mantêm um pequeno número de associados nos programas, apenas para divulgar que possuem tais atividades.

Acerca disso, Malta *et al.* (2004) afirmam que as operadoras consideram a saúde como um produto, e não como um bem. Mesmo quando se investe em atividades de promoção e prevenção, os programas entram mais como produtos de marketing do que como um modelo assistencial.

Sobre isso, Veras (2008) diz que o maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo

na doença. Mesmo quando as operadoras oferecem um programa diferenciado, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução dos custos de doenças específicas, esquecendo que muitos pacientes têm múltiplas patologias crônicas e que precisam de uma assistência integral. Os programas com foco no adulto e no idoso têm relação custo-benefício baixa, já que os idosos geralmente são acometidos de várias doenças crônicas, e tratar adequadamente uma doença faz apenas reduzir os índices de morbidade de tal patologia. Mostra que nas pesquisas os números de idosos assistidos nos programas, quando existem, são insignificantes, e não se busca ampliá-los, sendo considerado que o idoso nem mesmo nos discursos era incorporado, e agora passou a ser mencionado. Contudo, das operadoras ofertantes, nenhuma expressou a intenção de excluir os idosos da sua carteira, mas foi observado que existe um desejo de que o número de idosos não aumente, fato que será inevitável, já que vivemos em um país em transição demográfica.

Observando a forma como os programas de promoção da saúde são ofertados pelas operadoras, é possível destacar que esses, quando comparados com a definição de promoção da saúde feita pela Carta de Ottawa, afastam-se um pouco do conceito. Os modelos estipulados aprovados pela ANS fazem promoção da saúde com foco no controle das doenças crônicas. Isso, contudo, não caracteriza promoção da saúde, sendo a promoção à capacitação da comunidade, para que ela mesma atue na melhoria da sua qualidade de vida, atingindo um bem-estar mental, social e físico, modificando favoravelmente o meio ambiente e satisfazendo as necessidades (Ottawa, 1896).

5. Considerações finais

O que se percebe sobre a legislação vigente, para assegurar os direitos básicos dessa população e os programas ofertados, é que ainda há muito o que fazer para que, de fato, exista um movimento efetivo de

fiscalização e um número significativo de programas de promoção da saúde voltado aos idosos.

O fato de a legislação vigente estabelecida pela ANS ser facultada, ou seja, opcional às operadoras, também contribui para a oferta mínima desses programas, já que as operadoras não se sentem pressionadas a ofertarem programas assistenciais.

No site da ANS, após o mapeamento da legislação, foram encontradas, além da Lei nº 9.656/98, que regulamenta todo o setor privado, muitas RN e IN vigentes e revogadas. Isso mostra como a regulamentação do setor privado é instável.

Como recomenda a ANS em sua legislação, incorporar o profissional de TI na equipe de saúde seria uma maneira de superar o desafio de fazer as informações sobre os programas ofertados chegarem aos beneficiários.

Quando os programas vigentes são analisados, verifica-se que esses não realizam ações de promoção da saúde, quando se compara com a definição de promoção da saúde da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde (OMS, 1986).

É importante uma mudança de cultura no setor suplementar. E, para isso, discutir com as operadoras de saúde buscando a compreensão de que os benefícios dos programas serão alcançados em longo prazo, será um grande desafio para a ANS, uma vez que os discursos das operadoras giram em torno dos custos gerados pela população idosa.

Antes da regulação, a adesão dos beneficiários idosos aos programas de promoção da saúde era baixa e, mesmo após a regulamentação com incentivos para a participação dessa população, ainda é apontada como grande dificuldade de execução.

A ANS tem como papel estabelecer, ordenar, controlar e fiscalizar o setor privado de saúde. Todavia, isso parece ocorrer apenas na teoria. Na prática, aparece uma fiscalização do que é estabelecido por lei, de forma muito incipiente, necessitando de maiores investimentos da ANS nesse

sentido; como prova disso, podemos citar as cobranças indevidas por parte das operadoras de saúde aos beneficiários idosos.

É importante ressaltar que o tema é pouco discutido e estudado. Houve dificuldade em encontrar dados na literatura que realizassem análise dos programas ofertados pelas operadoras. ■

Referências

ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS. **Estatuto do Idoso**, de 1º de janeiro de 2004. Brasília, DF. 1º de out. de 2003. Capítulo IV, p. 6.

BRANCO, M. **Idosos vão à Justiça contra reajustes abusivos em plano de saúde**. Agência Brasil. Empresa Brasil de Telecomunicações. 9 de julho de 2012. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-07-09/idosos-vao-justica-contra-reajustes-abusivos-em-planos-de-saude>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO. **Instrução Normativa Conjunta n. 2**, de 7 de julho de 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

_____. Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO. **Instrução Normativa Conjunta n. 07, de 23 de novembro de 2012**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. 2014..

_____. Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO. **Instrução Normativa n. 35, de 19 de agosto de 2011**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

_____. Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO. **Instrução Normativa n. 36, de 19 de agosto de 2011**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. 2014

_____. **Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde**. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/livro_promo-prev_final_web.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2014.

_____. **Plano de Cuidado para o Idoso na Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/materiais-portipo-de-publicacao/periodicos>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

_____. **Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar Brasileira: Resultados do Laboratório de Inovação**. Brasília, DF. 2014.

_____. Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO. **Resolução Normativa n. 264, de 19 de agosto de 2011**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. de 2014.

_____. Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos DIPRO. **Resolução Normativa n. 265, de 19 de agosto de 2011**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. de 2014.

_____. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

DATASUS – Ministério da Saúde. **Informações de Saúde – TABNET**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR. OPAS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, DF. 2013. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/saude-suplementar/>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

MACERA, A. P.; SAINTIVE, M. B. O mercado de Saúde Suplementar no Brasil. **SEAE/MF Documento de Trabalho n° 31**. Outubro\2004. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/documento_trabalho/2004-1/doctrab31.pdf/view>. Acesso em: 11 maio 2014.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. **Einstein**. São Paulo, Brasil. 2008; 6(Supl 1):S4-S6.

OMS. Primeira Conferência Nacional Sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**. Ottawa, nov. 1996.

PINHEIRO, L. V. R. Fontes ou recursos de informação: Categorias e evolução conceitual. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia**, v. 1, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/123456789/10>>. Acesso em: 27 abr. 2014

SOUZA, E. A.; SCOCHI, M. J.; MARASCHIN, M. S. Estudo da morbidade em uma população idosa. **Esc. Anna Nery** [online]. 2011, vol. 15, n. 2, pp. 380-388. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200022>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

VERAS, R. P. *et al.* A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, v.13, n.4, p.1119-1126. Disponível em: <<http://dx.doi>>.

org/10.1590/S1413-81232008000400007>. Acesso em: 4 abr. 2014

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, v.43, n.3, p.548-554. Epub Apr 17, 2009. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>>. Acesso em: 4 maio 2014.

_____. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: Demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007.

_____. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: Um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2011, v. 14, n. 4, p. 779-786.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: Sérios desafios para as políticas públicas.** **Rev. Bras. Estud. Popul.** [online]. 2006, v. 23, n. 1, p. 5-26. ISSN 0102-3098. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>>. Acesso em: 26 abr. 2014.