

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP

Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública
Área de Regulação em Saúde Suplementar (ANS)

Tema de Dissertação:

“Gerência de Assistência à Saúde no Setor de Saúde Suplementar:
Uma Experiência”

Orientador: Prof^ª. Dra. Maria Teresa Duclos

Aluno: Mário Luiz Cardoso de Araújo

Rio de Janeiro, Junho de 2004

Resumo

Trata o presente trabalho de revisar os conceitos de promoção à saúde e saúde ocupacional à luz de sua crucial importância no desenvolvimento de ações de prevenção em saúde no âmbito do mercado privado de oferta de serviços de saúde.

Contudo, o presente trabalho pretende em sua essência, além de referenciar historicamente o Setor de Saúde Suplementar, tal como ele se configurou no Brasil, descrever uma experiência importante de promoção à saúde, concebida e implementada no âmbito da iniciativa privada, pela Operadora de planos privados da assistência à saúde SEMIC – Serviços Médicos à Indústria e Comércio, do Rio de Janeiro.

A metodologia aqui descrita aplica-se a planos coletivos empresariais e se baseia na utilização de informações epidemiológicas compostas e processadas a partir de estreito monitoramento de populações específicas, integrantes de amostras selecionadas, no que se refere aos aspectos da saúde ocupacional e assistencial.

Busca-se ainda, como objeto desta dissertação, apontar ao mercado alternativas de ações, emanadas pelo Estado através de seu órgão de regulação e normatização do setor privado de assistência à saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS , que levem a uma melhor difusão e à adoção de ações preventivas que apresentem resultados, em termos de custo-benefício, para a sociedade.

Em suma, este estudo pretende descrever alternativas de ações preventivas no âmbito do sistema de saúde privado e discutir seus reflexos no sistema de regulação adotado pelo Governo brasileiro.

Abstract

The present study reviews the concepts of health promotion and occupational health, considering their importance in the design of health promotion activities in the Brazilian private market of health care.

This work also makes references to the history of this market in Brazil, and offers a short description of an important experience with health promotion, conceived and implemented in the private market by SEMIC – Serviços Médicos à Indústria e Comércio, a Brazilian health insurance company.

The methodology hereby described applies to employment-related group health plans and it is based on the epidemiological information obtained from observing a specific group of people, concerning the aspects of occupational health and health care.

This work also intends to point out alternative actions to the private health-care market, which could lead to promotion and adoption of preventive actions, which brings out positive results from a societal perspective.

Such alternative actions could be induced in the market by the State, through the ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, a Brazilian regulatory agency that operates in the health sector.

In summary, this study intends to call attention to preventive-actions alternatives in the Brazilian private health care market, as well as discuss their impact in the Brazilian regulatory system.

Sumário

1. Introdução	6
2. Promoção à Saúde e Saúde Ocupacional - Histórico e Conceitos	10
2.1 <i>Promoção à Saúde - Histórico e conceito atual</i>	10
2.2 <i>Saúde Ocupacional - Origens e Características</i>	12
3. O Contexto	15
3.1 <i>A Transformação dos Estados Nacionais nas Últimas Décadas</i>	15
3.2 <i>A Instituição das Agências Reguladoras no Brasil</i>	16
3.3 <i>O Marco Regulatório do Setor de Saúde Suplementar no Brasil</i>	18
3.4 <i>A Saúde Suplementar no Brasil: Modalidades Empresariais e Estrutura de Participação no Mercado</i>	21
3.4.1 <i>As Modalidades Empresariais – Características</i>	21
3.4.2 <i>A Distribuição Regional das Operadoras</i>	25
3.4.3 <i>A Composição do Mercado</i>	25
4. O Programa de Promoção em Saúde Desenvolvido pelo SEMIC	30
4.1 <i>Breve Histórico do SEMIC</i>	30
4.2 <i>A Composição da Base de Dados</i>	31
4.3 <i>Ações Desenvolvidas a Partir do Processamento das Informações</i>	33
4.3.1 <i>As Etapas do Estudo</i>	33
4.3.2 <i>O Questionário de Saúde Coletiva</i>	34
4.4 <i>Análise dos Resultados / Perfil de Saúde Coletiva</i>	38
4.4.1 <i>Casos Selecionados Implementados pelo SEMIC</i>	38
4.5 <i>O Acompanhamento e o Monitoramento das Ações Propostas</i>	42
5. Promoção em Saúde no Contexto do Debate Internacional	43
5.1 <i>Alternativas de solução para o risco moral</i>	44
5.1.1 <i>Adicional de Risco Calculado</i>	45
5.1.2 <i>Investimento Direto de Operadoras em Programas de Prevenção</i>	45
5.2 <i>Barreiras que Limitam ou Inibem o Investimento em Prevenção</i>	45
6. Conclusões/Recomendações	47
Referências Bibliográficas	55

Lista de Quadros

<i>Quadro 1</i> - Agências Reguladoras no Brasil - 1998/2002	18
<i>Quadro 2</i> - Caracterização das Operadoras Segundo a Modalidade Empresarial - Dez/2003	24
<i>Quadro 3</i> - Atores Envolvidos nas Ações de Promoção à Saúde – Benefícios e Custos	50
<i>Quadro 4</i> - Benefícios e Beneficiários de Programas de Promoção da Saúde	52

Lista de Tabelas

<i>Tabela 1</i> - Distribuição Regional das Operadoras com Registro Provisório na ANS ANS – Dez./2003	25
<i>Tabela 2</i> - Distribuição das Operadoras segundo a fonte, por classificação - 2001(ABRASPE) – 2003 (ANS e ABRAMGE)	26
<i>Tabela 3</i> - Distribuição das operadoras e usuários segundo o tipo de Operadora - Brasil, 2003	27

Lista de Gráficos

<i>Gráfico 1</i> - Número de Operadoras X Quantidade de Usuários – Brasil, Dez./2003	28
<i>Gráfico 2</i> - Distribuição dos Usuários X Operadoras – Brasil, Dez/2003	29

1 - Introdução

Prática ainda incipiente no mercado privado brasileiro de bens e serviços de saúde, as ações de prevenção/promoção em saúde são iniciativas isoladas entre as operadoras que atuam na comercialização de planos e seguros-saúde no País. Nesse sentido, a criação de mecanismos de incentivo que garantam o provimento daqueles bens e serviços e que não resultem em perda desnecessária de bem estar social, apresenta-se como um dos problemas centrais na regulação desse setor.

Contudo, algumas empresas desse segmento econômico, na busca de uma maior eficiência na gestão de suas ações, vêm implementando experiências com programas de promoção em saúde, com ações específicas voltadas para riscos específicos. É neste contexto que se insere o programa a ser relatado neste trabalho, desenvolvido pela operadora de planos privados de assistência à saúde SEMIC - Serviços Médicos à Indústria e Comércio, do Rio de Janeiro.

O maior ou menor grau de conhecimento acerca do “produto” a ser adquirido pelos “consumidores”/beneficiários de planos/seguros saúde, é crucial na explicação, e mesmo na determinação, do comportamento daqueles indivíduos. Tais conhecimentos estão associados às características do “produto” e às restrições de preço, de renda, de efetividade e rapidez no acesso.

Por outro lado, é fato que os indivíduos não controlam, de maneira absoluta, seus estados de saúde, entretanto, ser ou não uma pessoa saudável no futuro depende, para além de eventos probabilísticos, dos esforços individuais de prevenção e dos hábitos de vida de cada pessoa. Enquanto este efeito dificilmente é notado no plano individual, no agregado, ou seja, em grupos de pessoas, a implementação de ações preventivas pode se traduzir, não somente em redução de gastos, como em mecanismo que contribui para uma eficiente alocação de recursos públicos e privados na área da saúde.

A literatura que trata do relacionamento entre os agentes envolvidos no mercado de bens e serviços de saúde relata que, pelas suas características, este mercado apresenta falhas, na forma de *risco moral* e *seleção adversa* que, em sua maior parte, independem da estrutura de propriedade (se pública ou privada) associada ao suprimento dos bens e serviços envolvidos. O consumo desses bens e serviços varia significativamente com os estados individuais da natureza e, como a maior parte desse risco é idiossincrático, ou seja, não está associado à

ocorrência de choques agregados na economia, a existência de um sistema de seguridade social, resulta em ganhos de bem estar para os indivíduos (Andrade & Lisboa 2000).

Nessa linha, a economia da saúde é vista como um campo aplicado da teoria econômica tradicional, onde se estuda a alocação de recursos escassos dentro do setor de saúde de uma nação. Kenneth Arrow (1963), prêmio Nobel em economia, ajudou a estabelecer economia da saúde como um campo de estudos, enfatizando a prevalência de incerteza no mercado de bens e serviços de saúde, tanto no lado da oferta como no da demanda.

Por parte do consumidor, existe incerteza quanto ao seu status de saúde e de sua necessidade de uso destes serviços no futuro, o que determina que a demanda por estes serviços seja irregular. Incerteza está também presente do lado da oferta. A análise econômica tradicional freqüentemente supõe que os bens e serviços, e a satisfação que eles trazem, são bem conhecidos pelos compradores. O consumidor de bens como leite, roupa ou automóvel conhece bem a satisfação e o bem estar que estes produtos trazem. Entretanto, no campo da saúde, consumidores freqüentemente não conhecem os resultados esperados de vários tratamentos sem o conselho de um profissional da área, um médico, e em muitos casos este médico não pode também prever os resultados destes tratamentos com certeza.

Arrow (1963) argumenta ainda que a incerteza nos dois lados deste mercado (demanda e oferta) é tal que não seria possível, no mercado de planos/seguros-saúde, oferecer proteção contra todos os riscos. Portanto, a incerteza é uma característica fundamental no campo da saúde e os instrumentos de análise econômica sobre incerteza e risco precisam ser usados para analisar este mercado plenamente.

O problema da incerteza pode ser entendido, em parte, como envolvendo falta de informação. Problemas de informação, potenciais e reais, neste mercado levantam muitas questões econômicas, uma vez que a informação não é disponível para todas as partes. Por exemplo, casos prematuros de câncer de mama não podem ser reconhecidos nem pelo médico nem pelo paciente sem uma mamografia. Outras vezes, a informação em questão é conhecida por uma das partes, mas não por todas, gerando então assimetria de informação.

O problema da informação significa que um analista econômico cuidadoso deve modificar os métodos tradicionais de análise. Uma análise econômica tradicional, freqüentemente supõe que consumidores conhecem o que é necessário saber sobre a qualidade do bem que eles compram. As decisões dos consumidores são baseadas nas características dos bens, em seus preços e em suas habilidades de trazer satisfação a seus compradores. A compra

de bens e serviços de saúde se afasta substancialmente deste modelo já que os consumidores não sabem, necessariamente, quem é um bom médico, ou que hospital é bom. Eles não sabem, na maioria das vezes, se estão doentes e o que deve ser feito se eles estiverem realmente doentes. O provedor oferta ambos, a informação e o serviço, conduzindo à possibilidades de conflito de interesses.

A existência de incerteza e risco em saúde reserva um papel fundamental para o plano/seguro-saúde. Consumidores compram seguro para se prevenirem contra esta incerteza. A existência de um terceiro pagador, o seguro, muda a demanda por estes serviços, e isto potencialmente afeta os incentivos do provedor destes serviços (problemas de risco moral). Os incentivos à sobre-utilização de serviços de saúde estão presentes na relação paciente-provedor e na relação contratual entre a operadora/seguradora e o provedor/prestador de serviços. Esta sobre-utilização é incorporada pela operadora no cálculo dos gastos esperados, determinando elevação no valor do prêmio e, conseqüentemente, nos gastos totais com saúde.

As operadoras de planos/seguros-saúde usualmente cobram prêmio de risco calculado em função dos gastos esperados. O paciente (segurado) sabe mais sobre seus gastos esperados que a operadora que o segura. Portanto, a assimetria de informação também ocorre entre estes dois agentes. Decorre daí que a regulamentação, por parte do Estado, acerca dos tipos de contrato e desenho de benefícios a serem ofertados pelo setor privado, pode implicar problemas de seleção adversa. Na tentativa de proteger os grupos de indivíduos com grau de risco mais elevado, por exemplo, os idosos, o Estado pode regulamentar os contratos, impedindo a discriminação destes grupos. Contudo, o segurador, ao ofertar o seguro com prêmio baseado no risco médio da população, atrai apenas os indivíduos de risco superior ao risco médio, o que implica seleção adversa de consumidores e perdas de bem estar na economia.

O comportamento das pessoas depende de dois fatores distintos que definem os incentivos a que elas estão sujeitas. Suas preferências determinam *quais* bens, e *em que quantidade* elas gostariam de demandar. Há, entretanto, restrições que limitam o escopo de sua ação – em geral, restrições orçamentárias, que impedem que a quantidade de bem desejada seja efetivamente demandada. Quando as pessoas estabelecem contratos junto a operadoras/seguradoras de planos de saúde, de certa forma, elas deixam de estar sujeitas à referida restrição orçamentária, uma vez que, supostamente, deixam de arcar com as despesas totais com saúde. Dessa maneira, a existência de cobertura de um plano de saúde, ao retirar do

indivíduo o ônus financeiro dos serviços médicos, altera a estrutura de incentivos a práticas preventivas, permitindo o surgimento de comportamentos oportunistas, determinando a ocorrência de risco moral.

Há na literatura, diversas referências que mostram a existência de tipos específicos de risco moral, com diferentes implicações em termos de política de controle:

-Risco moral *ex-ante* -> é a possibilidade de que a presença de cobertura assistencial, garantida pelo plano/seguro saúde, possa afetar negativamente o comportamento preventivo do indivíduo. Assim, como a ocorrência da doença afeta o estoque de saúde e, portanto, a saúde no longo prazo, o risco moral *ex-ante* está intimamente relacionado ao comportamento e ao estilo de vida de cada pessoa (Grossmann 2000).

-Risco moral *ex-post* -> refere-se à possibilidade de que, após a ocorrência de determinada(s) doença(s), beneficiários de planos/seguros-saúde passem a utilizar em excesso os serviços de saúde curativos. Tal situação pode determinar ainda uma elevação nos índices de utilização dos serviços de alta tecnologia e/ou na utilização integral do benefício da seguridade social (Grossmann 2000).

-Risco moral *dinâmico* -> esta modalidade de risco moral está diretamente relacionada à existência de estímulos e incentivos à utilização de uma determinada tecnologia. Nas relações que envolvem a assistência à saúde verifica-se, com grande frequência, a possibilidade de escolha entre a tecnologia existente (convencional) e a tecnologia de última geração. Uma vez que os contratos de planos e seguros-saúde oferecem acesso a tecnologias mais recentes, nas mesmas condições que as mais antigas, acabam por criar incentivos à demanda por tecnologias de última geração. (Godeeris 1984 e Baungardner 1991).

Em cada uma dessas formas de risco moral, o beneficiário altera seu comportamento quando está segurado por um plano, restringindo ações preventivas, correndo mais riscos e aumentando a possibilidade de ocorrência, ou mesmo aumentando a magnitude, de perdas a serem cobertas pela Operadora. Tal fato decorre da assimetria de informações, determinada pela impossibilidade de a Operadora observar e monitorar as ações do beneficiário (Arrow 1963).

Portanto, o estabelecimento de um contrato de seguro-saúde envolve três grupos distintos de agentes: a empresa que oferece o plano de saúde (operadora), o provedor dos serviços (prestador de serviços) e os próprios segurados/beneficiários do plano/seguro saúde. Como vimos, a relação entre esses três agentes apresenta problemas de risco moral, seleção

adversa e assimetria de informação, características estas que determinam a necessidade de que este setor se submeta, necessariamente, a alguma forma de controle e acompanhamento regulatório por parte do Estado, sob pena de apresentar impactos negativos sobre o bem estar social da população.

2 – Promoção à Saúde e Saúde Ocupacional - Histórico e Conceitos

2.1 Promoção à Saúde – Histórico e Conceito Atual

A noção de promoção à saúde mais difundida nos dias atuais foi introduzida por Leavell e Clark (1976), no desenvolvimento do modelo denominado “História Natural da Doença”. Este modelo permitiu a hierarquização, ordenação e organização das ações no âmbito da vigilância epidemiológica - em particular nas atividades institucionais ligadas ao controle das doenças de notificação compulsória - e reforçou a noção de que a educação é um fator tão importante quanto a assistência clínica na melhoria da saúde.

O conceito modernamente utilizado de promoção à saúde compreende três níveis de prevenção à doença:

- *Prevenção primária* -> compreende ações que possibilitem a redução da ocorrência de doenças. Inclui, não somente campanhas de vacinação, mas também investimento em saneamento básico, alterações no estilo de vida e nos hábitos alimentares das pessoas, campanhas anti-tabagismo, entre outras que apontem para ganhos em qualidade de vida;
- *Prevenção secundária* -> esta modalidade de prevenção envolve ações que objetivam reduzir ou eliminar as conseqüências para a saúde, decorrentes de doenças crônicas como, câncer, diabetes, doenças cardio-vasculares e outras. São, portanto, ações que se referem à realização de exames preventivos periódicos a fim de se detectar precocemente a existência daquelas doenças;
- *Prevenção terciária* -> envolve ações que possibilitem minimizar o sofrimento causado pelas limitações impostas às pessoas já acometidas por doenças crônicas.

Embora o escopo das ações de promoção à saúde a serem descritas neste trabalho, permeiem cada um dos níveis de prevenção de doenças conceituados acima, o foco das medidas que compõem a metodologia aqui relatada encontra-se no nível *primário*.

A partir desta conceituação, entende-se que não basta atuar na cura da doença depois que ela já se instalou; é preciso intervir nos determinantes do adoecimento. A reorientação dos serviços de saúde, a partir dos pressupostos da promoção à saúde, implica trabalhar com a concepção positiva de saúde, ou seja, é preciso superar o modelo biomédico hegemônico, centrado na doença e na assistência médica curativa.

A promoção da saúde, em sua concepção mais moderna, encontra-se desvinculada do conceito de se caracterizar apenas como um nível de atenção de medicina preventiva. Seu significado atual ganha enfoque político em torno do processo de saúde-doença, já não cabendo mais o conceito de nível de atenção. É, portanto, uma forma eficaz de enfrentar os desafios referentes à saúde e à qualidade de vida, introduzindo a noção de responsabilidade civil de gestores, compartilhada com a sociedade organizada.

Promover a saúde é lidar com as condições sócio-econômicas de uma determinada população, é lidar com estilos de vida distintos, é lidar com formas de viver constituídas nas sociedades modernas, onde mesmo os segmentos mais favorecidos da população perdem de vista o que é uma vida saudável, adaptando-se a uma forma de vida sedentária e estressante, geradora de angústias, ansiedades e depressão.

A promoção à saúde é hoje um movimento ideológico que revaloriza o social e está associado a valores como: vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação coletiva. Entretanto, refere-se também a uma combinação de estratégias que envolvem o estado, a comunidade, os indivíduos e o próprio sistema de saúde, seja ele público ou privado. O individualismo, que se tornou uma das principais características das sociedades modernas, desmobiliza as pessoas na busca de melhores condições de vida, atualizando a necessidade de resgate de valores como a solidariedade e a ética. As noções prevalentes de progresso, hoje presentes na sociedade moderna, vêm estimulando ataques permanentes ao meio ambiente. Por outro lado, os ambientes de trabalho muitas vezes não são adequados às condições mínimas de salubridade.

Para se levar adiante ações efetivas de promoção à saúde, se faz necessário aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo e complexo de parcerias, atuações inter-setoriais e participações coletivas que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas e ações que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da população.

A adoção de hábitos de vida saudáveis, um ambiente institucional motivado, boas condições de trabalho e a oferta de serviços de saúde adequados, são o caminho mais rápido

para uma vida produtiva e com qualidade. Partindo desses pressupostos, são propostas pela Operadora em questão, ações que permitem a sistematização do acesso de beneficiários (e seus dependentes) de planos de saúde coletivos empresariais a informações e práticas de promoção à saúde. A adoção de uma postura voltada à prevenção de doenças crônicas, implementada por um suporte educativo que agregue a realidade do negócio de cada empresa-cliente, além da orientação para utilização adequada dos recursos de assistência médica, pode constituir-se num passo importante na melhoria da produtividade e da competitividade.

2.2 Saúde Ocupacional – Origens e Características

Definida como a especialidade médica que lida com as relações entre a saúde das pessoas e seu (ambiente de) trabalho, a Saúde Ocupacional ou Medicina do Trabalho busca, em sua essência, não somente prevenir doenças e acidentes de trabalho, mas também promover a saúde e a qualidade de vida. Isto deve se dar por intermédio de ações articuladas que assegurem a saúde individual em suas dimensões física e mental, e que proporcionem uma saudável inter-relação das pessoas e destas com seu ambiente social, particularmente no trabalho (D'Assunção, E.A. 2003).

Ainda que reconhecida desde os primórdios da história humana, é relativamente recente a produção acadêmica sistematizada acerca das relações trabalho, saúde e doença. A primeira grande contribuição para sistematização das discussões sobre o tema - “As Doenças dos Trabalhadores” - foi publicada em 1700 pelo médico italiano Bernardino Ramazzini , considerado referência mundial pela contribuição que trouxe ao tema. Nesse trabalho pioneiro, são relacionadas 54 profissões e descritos os principais problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores, alertando para a necessidade de os médicos conhecerem a ocupação, atual e pregressa, de seus pacientes para fins de elaboração de um correto diagnóstico e adoção de procedimentos adequados a cada situação.

Grande impulso foi dado à Medicina do Trabalho no decorrer do século XVIII, que marca o início da Revolução Industrial na Inglaterra. Aquele período apresenta-se como de fortes transformações nas formas de produção e nos hábitos de vida das pessoas e, portanto, nas formas delas adoecerem e morrerem. Desde aquela época, as práticas da Medicina do Trabalho têm se transformado, acompanhando as mudanças e exigências dos processos produtivos e dos movimentos sociais, incorporando novos enfoques e instrumentos de trabalho

em uma perspectiva multidisciplinar, delimitando o campo da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador (D'Assunção, E.A. 2003).

As atribuições e responsabilidades da área de Saúde Ocupacional devem estar relacionadas às seguintes atividades:

- Realização de exames de avaliação da saúde dos trabalhadores (admissionais, periódicos e demissionais), incluindo a história médica, história ocupacional, avaliação clínica e laboratorial, avaliação das demandas profissiográficas e cumprimento de requisitos legais vigentes;
- Diagnóstico e tratamento de doenças e acidentes relacionados com o trabalho, incluindo as providências para reabilitação física e profissional;
- Atenção médica de emergência, na ocorrência de agravos à saúde não necessariamente relacionados ao trabalho;
- Adoção de medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, presentes no ambiente de trabalho, inclusive com a correta indicação e limites de uso de equipamentos de proteção individual;
- Inspeção e avaliação periódica das condições de trabalho, com vistas ao seu controle e à prevenção dos danos à saúde do trabalhador;
- Avaliação acerca do potencial tóxico de risco ou perigo para a saúde de produtos químicos mal conhecidos ou insuficientemente avaliados quanto à sua toxicidade;
- Interpretação e cumprimento de normas técnicas e regulamentos legais;
- Identificação de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, decorrentes do próprio processo de trabalho e/ou das formas de organização do trabalho e suas conseqüências ou danos para a saúde dos trabalhadores;
- Planejamento e implantação de ações contingenciais para situações de desastres ou acidentes de grandes proporções;
- Implantação de atividades educativas junto a trabalhadores e empregadores;
- Desenvolvimento e implementação de programas de reabilitação de trabalhadores com dependência química;
- Planejamento, desenvolvimento e implementação de atividades voltadas à promoção da saúde, priorizando o enfoque dos fatores de risco relacionados e específicos ao trabalho desenvolvido;

- Sistematização do gerenciamento de informações estatísticas e epidemiológicas relativas à mortalidade, morbidade, incapacidade para o trabalho, entre outras, para fins de vigilância da saúde e de planejamento, implementação e avaliação de programas de promoção à saúde.

Contudo, as profundas transformações vivenciadas hoje no que se denomina “mundo do trabalho”, apresentam desdobramentos e conseqüências importantes para a saúde e para a segurança dos trabalhadores de uma forma geral. É importante que se busque conhecer esta nova realidade, na perspectiva de reforçar e ampliar seus efeitos positivos e controlar ou minimizar suas conseqüências adversas para a saúde das pessoas. A fragilidade dos contratos e a precarização das condições e das relações de trabalho, as novas ameaças decorrentes das tecnologias de produção e um sem número de desafios de natureza técnica e ética, hoje presentes nas relações de trabalho, levam à reflexão e à necessidade de uma revisão conceitual e quanto à abordagem prática, algumas questões relacionados à Saúde Ocupacional:

- A reorientação dos enfoques da medicina do trabalho, sobretudo nos setores produtivos chamados “de ponta”, numa perspectiva de integração nas gestões de saúde, segurança e meio ambiente, bem como dos programas de qualidade e de certificação;
- Ampliação do conceito de “ambiente” e de “ambiente de trabalho” em uma perspectiva mais abrangente que englobe, não só o meio ambiente, mas os próprios modelos de desenvolvimento sócio-econômico;
- Especial atenção às mudanças no perfil epidemiológico e demográfico dos trabalhadores, com o envelhecimento da força de trabalho e de suas formas de organização;
- Melhor entendimento da nova arena e dos novos atores que se apresentam na relação capital / trabalho;
- Perseguir estratégias que levem a ações e caminhos que possibilitem a superação da clássica dicotomia Medicina Ocupacional x Medicina Assistencial e que apontem para uma prática integral de atenção à saúde. A tendência que se observa é que o adoecimento da população está cada vez menos profissional, isto é, menos inerente à sua profissão e mais fortemente relacionado ao ambiente e ao próprio trabalho.

3 - O Contexto

3.1 A transformação dos Estados Nacionais nas últimas décadas

A partir dos anos 90 os estados nacionais, cujas economias encontram-se em desenvolvimento, vêm sendo pressionados, pelos Países chamados centrais a adotar um novo padrão de atuação, decorrente de fatores advindos de transformações, nem sempre originadas no interior de suas fronteiras. Menos que um esvaziamento puro e simples do seu papel, está em questão o elenco de competências que o Estado deve assumir na vida contemporânea e o grau de intervenção que deve ter na economia (Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado 1995).

Para entender a gênese desse processo no Brasil, é importante conhecer como se estruturou e como se modelou a ação do Estado brasileiro nos últimos anos: (Borenstein 2000)

- *até 1930* , relativamente não intervencionista, com alguma inserção nos setores financeiro (Banco do Brasil e Caixas Econômicas Estaduais) e de infra-estrutura (parte da malha ferroviária);
- *no decorrer dos anos 30*, maior intervenção decorrente, tanto da depressão da economia mundial como da necessidade de aceleração do processo de industrialização do País. São criadas as sociedades de economia mista - especialmente nas áreas de infra-estrutura (a fim de se garantir as bases para o desenvolvimento) e o Instituto de Resseguros do Brasil;
- *nos anos 40*, amplia-se o processo de criação de empresas estatais, a maioria em função da segurança nacional (ações fortemente influenciadas pelo fato do País ter aderido à 2ª guerra, em 1942). São criadas, a Fábrica Nacional de Motores, a Companhia Hidroelétrica do São Francisco, a Companhia Siderúrgica Nacional e a Companhia Vale do Rio Doce, entre outras;
- *nos anos 50*, com a aceleração do processo de industrialização e a forte atuação do Governo neste processo, foram criados o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico – BNDE, a Petrobrás e estabeleceu-se o monopólio estatal do Petróleo. Data ainda desse período o ingresso mais decisivo do governo na geração e transmissão de energia elétrica, com a criação da CEMIG – Centrais Elétricas de Minas Gerais e de Furnas Centrais Elétricas;
- *nos anos 60 e até início dos 70* (vigência do regime militar), verifica-se um crescente processo de intervenção estatal na economia brasileira.

Contudo, a partir da segunda metade da década de 70, mais acentuadamente no decorrer dos anos 80, desenvolvem-se no País fortes pressões no sentido de uma redução da presença do estado na economia. Tal processo apoia-se na responsabilização das Empresas

estatais pela maioria dos problemas do País. Alie-se a isso, as duas crises do petróleo instauradas naquele período, o desgaste do regime militar, o elevado endividamento externo e as pressões de organismos internacionais (FMI, Banco Mundial, entre outros) pela liberalização da economia brasileira e tem-se as condições para um redirecionamento de prioridades na gestão do Estado (Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado 1995).

Inicia-se assim processo de revisão da atuação, dos gastos e dos investimentos estatais, bem como das tarifas das empresas públicas do setor de infra-estrutura. Entretanto, estas empresas - especialmente as que atuam nos setores elétrico e de telecomunicações - encontram-se à época sob as regras estabelecidas pelo decreto-lei 200/67, gozando portanto de relativa autonomia gerencial e financeira, o que determinou a necessidade de se rever os mecanismos de controle sobre sua atuação.

Como decorrência, ao longo da última década (anos 90), o Brasil passa por contínuos ajustes estruturais, especialmente nos sistemas de controle e gestão da máquina administrativa. É neste cenário que é concebido pelo Governo Federal o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado – 1995, proposta articulada e estruturada em ambiente sob forte pressão internacional - que busca diferenciar níveis de atuação e antecipar arranjos organizacionais típicos para cada nível da atuação do poder público. O Plano parte da avaliação de que, no modelo de desenvolvimento adotado pelo País, o Estado se desviara de suas funções precípuas, passando a atuar com grande ênfase na esfera produtiva e que, num sistema capitalista, Estado e mercado, direta ou indiretamente, são as duas instituições centrais que operam na coordenação dos sistemas econômicos (Revista Brasileira de Administração Pública 2000).

3.2 A Instituição das Agências Reguladoras no Brasil

Ganha importância nesse contexto o papel de coordenação a ser exercido pelo setor público através de dois vetores principais: o *fomento* e a *regulação*. Por *fomento* entende-se o esforço voltado para estimular agentes privados a executar atividades que, embora socialmente relevantes, não conseguiriam atrair o interesse espontâneo desses agentes ou não os atrairia na intensidade necessária. Por *regulação*, entende-se uma série de expedientes que visem assegurar que o desempenho de atividades julgadas relevantes para a sociedade, atendam a critérios globais de sustentabilidade econômica e social. Assim, a regulação busca evitar que agentes econômicos atraídos por determinadas áreas de atividade se orientem exclusivamente

por seus interesses econômico-financeiros e estratégicos, como seria natural a agentes privados atuando livremente no mercado (Revista Brasileira de Administração Pública 2000).

As Agências Reguladoras foram então criadas no Brasil a partir de 1996, como resultado de uma confluência ocorrida entre a reforma do aparelho de estado e o processo de desestatização da economia brasileira, levado a cabo com a privatização de grande parte das empresas estatais que atuavam nos setores responsáveis pela infra-estrutura do Governo Federal (energia elétrica e comunicações são os principais). Embora a função reguladora já fosse exercida anteriormente por diversos órgãos como Banco Central do Brasil, Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO), Instituto Nacional de Meio Ambiente (IBAMA), Comissão de Valores Mobiliários (CVM), entre outros, as agências reguladoras constituem-se uma novidade institucional no Brasil. Concebidas sob inspiração do modelo proposto pelo direito administrativo norte-americano, as agências brasileiras foram instituídas sob a forma de autarquias em regime especial, gozando de relativa autonomia administrativa e financeira.

Embora vinculadas a Ministérios específicos, de acordo com o setor de atividade ao qual estão afetas, em sua concepção original as agências não são subordinadas aos respectivos Ministérios. A idéia de autonomia para o desempenho de suas funções está no próprio cerne da escolha do modelo autárquico, pois um dos principais motivos alegados para a sua criação era que as agências pudessem vir a desenvolver suas atividades com independência política e administrativa. A partir de 1996 e até 2002, foram criadas oito agências, sendo três entre 1996 e 1998 (ANEEL, ANATEL e ANP), e cinco entre 1999 e 2002 (ANVISA, ANS, ANA, ANTT, ANTAQ). O *Quadro 1*, a seguir, consolida a cronologia de criação das principais agências reguladoras no Brasil, suas leis de criação e respectivos vínculos administrativos:

Quadro 1

Agências Reguladoras no Brasil – 1996/2002

Agência	Lei de criação	Vínculo administrativo
ANEEL – Agência Nacional de Energia Elétrica	Lei n.º 9.427, de 26 de dezembro de 1996	Ministério das Minas e Energia
ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações	Lei n.º 9.472, de 16 de julho de 1997	Ministério das Comunicações
ANP – Agência Nacional de Petróleo	Lei n.º 9.478, de 6 de agosto de 1997	Ministério das Minas e Energia
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999	Ministério da Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar	Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000	Ministério da Saúde
ANA – Agência Nacional de Águas	Lei n.º 9.984, de 17 de julho de 2000	Ministério do Meio Ambiente
ANTT – Agência Nacional de Transportes Terrestres	Lei n.º 10.233, de 15 de Junho de 2001	Ministério dos Transportes
ANTAQ – Agência Nacional de Transportes Aquaviários	Lei n.º 10.233, de 15 de Junho de 2001	Ministério dos Transportes

3.3 O Marco Regulatório do Setor de Saúde Suplementar no Brasil

As empresas especializadas na oferta de serviços médicos (inicialmente cooperativas e medicinas de grupo), surgiram em São Paulo em meados dos anos 60 e se expandiram fortemente no decorrer da década de 70. A década de 80 marca a consolidação do mercado de saúde suplementar no Brasil, como segmento econômico relevante no exercício do papel de ofertante de serviços de saúde, adicionalmente ao sistema público.

A constituição de 1988 determina um novo desenho para o sistema de saúde brasileiro. Os serviços públicos são, a partir de então, integrados mediante estabelecimento de rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, definido de acordo com os seguintes princípios: *descentralização* - execução dos serviços comandada pelos estados e municípios, cabendo ao Governo Federal o planejamento, a fiscalização e o controle; *atendimento integral* - com prioridade às ações preventivas; *participação social* - através de instâncias colegiadas próprias. Os serviços de saúde privados passam, a partir de então, a ser livres à participação privada, suplementarmente ao sistema público, mediante contrato firmado diretamente junto ao usuário ou convênio (Andrade & Lisboa 2000).

Portanto, o sistema brasileiro de saúde pode ser caracterizado como um sistema misto, onde os setores público e privado coexistem no provimento, no financiamento e na utilização dos serviços de saúde.

Desta forma, a regulamentação do sistema de saúde suplementar no Brasil teve seu marco institucional com a promulgação da Constituição de 1988. Ao mesmo tempo em que institui o Sistema Único de Saúde – SUS, com características de universalidade, integralidade e gratuidade, a carta de 1988 estabelece que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada para participação de forma complementar ao serviço público, segundo diretrizes deste e condicionada a regulamentação específica” (Constituição Federal do Brasil - Parágrafo 1º , Art 199).

A partir daí, pode-se demarcar quatro fases distintas no processo de implantação do sistema de regulação/regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: (ANS - Tendências e Desafios do Sistema de Saúde nas Américas 2002)

- a primeira, que se estende de 1988 (aprovação da Constituição) a 1998 (aprovação da lei 9656);
- a segunda se dá no decorrer do ano de 1999, já em plena vigência da lei, com intenso processo de negociação no Congresso Nacional acerca do modelo de regulação a ser adotado;
- no final de 1999 e início de 2000, inicia-se a terceira fase do processo com a decisão pela unificação, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, de todas as atribuições de regulação do setor e aprovação da lei (9961/2000) de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que assume integralmente as ações de regulação da saúde privada no País, mediante implementação de ações de normatização, acompanhamento e fiscalização do setor;
- a quarta fase do processo de implantação do sistema encontra-se ainda em curso e se constitui no esforço de complementação e aperfeiçoamento do arcabouço normativo.

O sistema de regulação vigente no Brasil se dá sob dois aspectos:

1. *os aspectos econômicos*, que dizem respeito às condições de ingresso, de operação e de saída do setor, bem como a exigência de constituição de reservas e garantias financeiras. O objetivo principal é oferecer segurança ao consumidor dos serviços privados de assistência à saúde quanto à garantia de cumprimento

dos contratos e à capacidade econômico-financeira das operadoras para cumpri-los;

2. *os aspectos relativos à assistência à saúde*, que se referem às garantias de extensão mínima das coberturas.

Alguns desafios à regulação do setor ainda permanecem e se mostram preocupantes, na medida em que se constituem entraves graves à consolidação de todo o sistema nos moldes propostos (ANS – Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro 2002):

- necessidade de acelerar a migração de beneficiários com contratos anteriores à edição da lei 9656/98, portanto anteriores à regulação, para planos novos, devidamente adaptados às regras atuais – aproximadamente dois terços dos usuários dos planos de saúde ainda estão ligados a contratos anteriores a janeiro de 1999, portanto sem as garantias integrais da legislação vigente;
- monitoramento dos impactos dos ajustes necessários ao modelo de gerenciamento do setor originalmente estabelecido, particularmente no que se refere à relação Operadoras X Prestadores de Serviços;
- discussão acerca do entendimento das entidades de defesa do consumidor e do próprio poder judiciário quanto à interpretação da legislação pertinente aos direitos do consumidor e quanto aos canais e mecanismos de recursos utilizados pelos usuários de planos de saúde;
- instituição de mecanismos normativos e regulatórios que possibilitem mobilidade de beneficiários entre planos (portabilidade);
- maior agilidade e eficiência no processo de identificação e recuperação de recursos gastos pelo SUS com atendimentos a beneficiários de planos de saúde.

De toda forma, com a criação da ANS e com a crescente importância do seu papel institucional, a opinião pública toma conhecimento de que o Estado brasileiro responsabiliza-se, prioritariamente por dois sistemas complementares de acesso a serviços de saúde: de um lado o SUS, com seu feitiço público descentralizado, sob gestão compartilhada pelas três esferas da federação (União, estados e municípios); de outro lado, o sistema de assistência suplementar, sob responsabilidade da iniciativa privada, e regulado por uma instância específica do Estado.

Contudo, é necessário ressaltar que o Brasil ainda não dispõe de um suficiente fundamento conceitual e legal que instaure princípios para orientar a relação entre esses dois sistemas e para dar coerência na subordinação de ambos ao direito à saúde como preceito de cidadania.

3.4 A Saúde Suplementar no Brasil: modalidades empresariais e estrutura de participação no mercado

3.4.1 As modalidades empresariais – características

O mercado de saúde suplementar no Brasil é constituído por um grande número de empresas, operando sob diversas modalidades, que oferecem cobertura a aproximadamente 36 milhões de usuários. A Lei 9.656/98 determina que tais empresas, para atuarem no mercado, devem adequar seus respectivos objetivos para que passem a ser definidas como “pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativas ou entidades de autogestão, que operam produto, serviço ou contrato de assistência à saúde” (Artigo 1.º, inciso II).

A definição acima mostra que as operadoras não apenas estão organizadas segundo modelos jurídico-institucionais diferenciados, mas que também apresentam características próprias quanto à sua forma de atuação no mercado. Assim, esta diversidade está representada no próprio marco regulatório do setor, que segmenta as operadoras em oito modalidades principais:

◆ **Medicina de grupo:** empresas ou entidades privadas com fins lucrativos que operam e administram planos de assistência à saúde para empresas ou indivíduos mediante cobrança de contraprestações pecuniárias - excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia – cuja estrutura de atendimento apóia-se fortemente em rede credenciada;

◆ **Odontologia de grupo:** empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica. São semelhantes às operadoras de medicina de grupo, com exceção da natureza do serviço prestado;

◆ **A Cooperativas médicas:** caracterizam-se como sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71 - que dispõe sobre o

funcionamento das sociedades cooperativas - que operam planos privados de assistência à saúde. Este segmento é caracterizado pelo fato de que os profissionais médicos são, ao mesmo tempo, sócios e prestadores de serviços, recebendo proporcionalmente à sua produção, por tipo e qualidade do atendimento, além de participarem do rateio do resultado operacional do negócio;

◆ **Cooperativas odontológicas**: sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71 - que dispõe sobre o funcionamento das sociedades cooperativas - e que operam exclusivamente planos odontológicos. Difere da cooperativa médica apenas em relação à natureza dos serviços prestados ou tipo de plano ofertado ao mercado;

◆ **Autogestão**: entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde. Oferecem cobertura exclusivamente aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados e seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes ou dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe de profissionais ou assemelhados. As autogestões sub-segmentam-se ainda, em **patrocinadas**, na eventualidade de possuir gestão própria, e **não patrocinadas**. As autogestões patrocinadas, por sua vez, podem ser **singulares**, quando vinculadas apenas a um patrocinador, ou **multipatrocinadas**, quando o sistema congrega mais de um patrocinador;

◆ **Seguradoras**: empresas que apresentam as mesmas características usuais das seguradoras e que providenciaram sua especialização como operadoras de planos de saúde junto à SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário pertinente. A instituição provedora realiza, em conjunto com a instituição financeira, a intermediação financeira entre grupos de indivíduos mediante sistema de reembolso para os serviços utilizados. Assim, a diferença em relação às demais operadoras de planos de saúde, consiste na obrigatoriedade contratual de oferecer a possibilidade de livre escolha do prestador de serviço aos usuários. Neste caso, o pagamento das despesas é efetuado diretamente aos prestadores de serviços pelos usuários, que têm direito a reembolso, conforme tabela de procedimentos ajustada entre as partes. Na prática, porém, todas as seguradoras possuem rede referenciada de prestadores de serviços, o que torna sua

atuação bastante semelhante àquela desempenhada pelas operadoras de medicina/odontologia de grupo;

◆ **Administradoras:** administram exclusivamente planos privados de assistência à saúde, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares, sendo esses planos financiados por operadoras. Já as administradoras de serviços administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;

◆ **Filantropia:** entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde e que tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos respectivos órgãos dos governos estaduais e municipais. Para se enquadrar nesta segmentação, é necessário ainda a comprovação de que destinam, pelo menos 60% de sua capacidade instalada, à clientela do Sistema Único de Saúde - SUS.

Embora a segmentação das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde contemple oito modalidades, a consolidação do mercado brasileiro de saúde suplementar ocorreu a partir da atuação de quatro modalidades principais: as *autogestões*, as empresas de *medicina de grupo*, as *cooperativas médicas* e as *seguradoras*. O **Quadro 2** (a seguir) mostra que essas quatro modalidades apresentam formas diferentes de organização, financiamento e funcionamento.

Enquanto as operadoras em sistema de autogestão possuem planos destinados a uma clientela fechada e a gestão do risco financeiro é retido pelas empresas e entidades patrocinadoras dos planos, as empresas de medicina de grupo, as cooperativas e as seguradoras assumem o risco financeiro dos planos por elas comercializados, que são destinados a uma clientela aberta (empresas, indivíduos e famílias). Já o reembolso de despesas médicas é uma característica dos planos das seguradoras, embora esta modalidade também possua rede referenciada de prestadores de serviços. O **Quadro 2**, a seguir, sintetiza as características das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil, suas formas de contratação, instâncias de representatividade, modalidades de oferta de serviços, entre outras:

Quadro 2

Caracterização das Operadoras Segundo a Modalidade Empresarial - Dez/2003

Item	Modalidade de Operadora			
	Autogestão	Medicina de Grupo	Cooperativa Médica	Seguradora
Origem	Mútuas de trabalhadores e empresas empregadoras	Empresários e proprietários de estabelecimentos de saúde	Profissionais médicos cooperados	Empresas do mercado financeiro
Forma básica de funcionamento	Planos mantidos por empresas e outras entidades. Destinados exclusivamente a seus funcionários e agregados.	Empresas médicas lucrativas e filantrópicas que comercializam planos de saúde mediante sistema de pré-pagamento	Empresas organizadas sob a forma de cooperativa de trabalho que comercializam planos mediante sistema de pré-pagamento	Comercializam planos de saúde com características do seguro tradicional, com livre escolha e reembolso das despesas, no limite da apólice contratada.
Gestão do risco financeiro	Retido pelas empresas e/ou entidades patrocinadoras	Transferido das empresas e dos indivíduos/famílias para as operadoras de planos/seguros saúde		
Adesão ao plano	Automática ou voluntária			
Valor da contribuição	Proporcional à remuneração ou financiado integralmente pelas empresas	Planos coletivos: proporcional à remuneração ou financiado integralmente pelas empresas Planos individuais/familiares: de acordo com o tipo de plano e o perfil do usuário (idade, situação de saúde, etc.)		
Padrão de cobertura	Predominantemente homogêneo para todas os participantes	Maior heterogeneidade, de acordo com o nível hierárquico (planos coletivos) ou o valor das prestações.		
Forma de prestação de serviços	Serviços próprios e rede credenciada. Livre escolha somente para planos de padrão superior.			Livre escolha e rede credenciada
Órgão representativo	UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde	ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo	Unimed do Brasil	FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização
Número de empresas, segundo a ANS	338	1.233 *	542 **	14

(*) Inclui Odontologia de Grupo

(**) Inclui Cooperativas Odontológicas

3.4.2 A Distribuição Regional das Operadoras

Dados da ANS dão conta de que existiam no Brasil, em dezembro de 2003, 2.272 operadoras com registro provisório naquela Agência. Contudo, daquele total, 21,7% não informavam, naquela data, sobre a existência de usuários (cadastro de beneficiários) - conforme determina o art. 20 da lei 9656/98.

Os dados relativos à localização da sede administrativa das Operadoras revelam uma distribuição extremamente desigual no território brasileiro. Há uma grande concentração de empresas na região Sudeste (59,4% das operadoras) e um número muito baixo atuando na região Norte (3,0%). Nas demais regiões, a quantidade varia de 147 na região centro-oeste (6,5%), 391 na região sul (17,2%) e 315 (13,9%) na região nordeste. Destaque-se que em torno de ? das empresas que operam nesse mercado concentram-se nos quatro estados da região Sudeste (*Tabela 1*).

Tabela 1

Distribuição Regional das Operadoras com Registro Provisório na ANS – Dez./2003

Região	Operadoras com Registro Provisório	
	Quantidade	Participação
Centro-oeste	147	6,5%
Norte	69	3,0%
Nordeste	315	13,9%
Sul	391	17,2%
Sudeste	1.350	59,4%
Total	2.272	100,0%

Fonte: ANS – Cadastro de Operadoras, 2003

3.4.3 A Composição do Mercado

Tanto os dados da ANS quanto aqueles disponibilizados pelas entidades representativas das operadoras aqui selecionadas (Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE e Associação Brasileira de Auto Gestão em Saúde Patrocinadas pelas Empresas – ABRASPE) mostram uma situação desigual, no que diz respeito à classificação das operadoras e sua inserção no mercado de planos e seguros privados de assistência à saúde, considerados os quatro tipos principais – medicina/odontologia de grupo, cooperativa médica/odontológica, auto-gestão (patrocinada e não patrocinada) e seguradora especializada em saúde (*Tabela 2*).

Tabela 2

Distribuição das Operadoras segundo a fonte, por classificação.

Brasil - 2001(ABRASPE) – 2003 (ANS e ABRAMGE)

Tipo de Operadora	ANS (2003)		ABRAMGE (2003)		ABRASPE (2001)	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Medicina de grupo*	1.233	54,2	800	57,4	730	51,2
Cooperativas**	542	23,9	314	22,5	386	27,1
Autogestão	338	14,9	266	19,2	280	19,6
Seguradora	14	0,6	13	0,9	30	2,1
Outros tipos***	145	6,4	-	-	-	-
TOTAL	2.272	100,0	1.393	100,0	1.426	100,0

Fonte: ANS – Cadastro de Operadoras, 2003; ABRAMGE – Informe de Imprensa, junho 2003; ABRASPE – Pesquisa Mercado Supletivo de Saúde no Brasil, 2001.

(*) Inclui odontologia de grupo

(**) Inclui cooperativa odontológica

(***) Inclui administradora e filantropia

Conforme mostra a **Tabela 2**, embora as três diferentes fontes apresentem alguma variação no número absoluto de operadoras, os percentuais de participação relativa dos tipos de operadora no total do mercado indicam a mesma situação de predomínio da modalidade medicina/odontologia de grupo, variando de 54,3% (segundo a ANS e a ABRASPE) até 57,4% (segundo a ABRAMGE). Em segundo lugar, estão as cooperativas médicas/odontológicas, respondendo por cerca de ¼ do total de operadoras ativas no país. As empresas que operam no sistema auto-gestão apresentam participação variando de 14,9% (ANS) até 19,6% (ABRASPE). Por fim, as seguradoras especializadas em saúde respondem por apenas 0,6% do total de operadoras (segundo a ANS). Deve-se notar ainda que a ANS aponta a existência de um grupo de 145 outras operadoras no País (6,4% do total), formado por administradoras e operadoras vinculadas a entidades filantrópicas.

Ainda que as empresas de medicina de grupo se constituam na ampla maioria de operadoras atuantes no mercado, quando se compara o total de usuários vinculados segundo a classificação da Operadora, os dados revelam que o porte médio das seguradoras especializadas em saúde é significativamente maior do que aquele apresentado pelos demais tipos de operadoras. De fato, enquanto as empresas de medicina/odontologia de grupo, as cooperativas médicas/odontológicas e as operadoras do sistema auto-gestão possuem uma

média de usuários por operadora muito próxima – 16.907, 22.428 e 20.217, respectivamente – as seguradoras, que representam somente 0,7% do total de operadoras, possuem uma média de 447.046 usuários em sua carteira de segurados, de acordo com os dados da ANS.

Esses dados mostram, portanto, que são justamente as seguradoras especializadas em saúde, último tipo de empresa a consolidar-se no mercado brasileiro de saúde suplementar, que detêm a maior fatia deste mercado (*Tabela 3*).

Tabela 3

Distribuição das operadoras e usuários segundo o tipo de operadora – Brasil, 2003

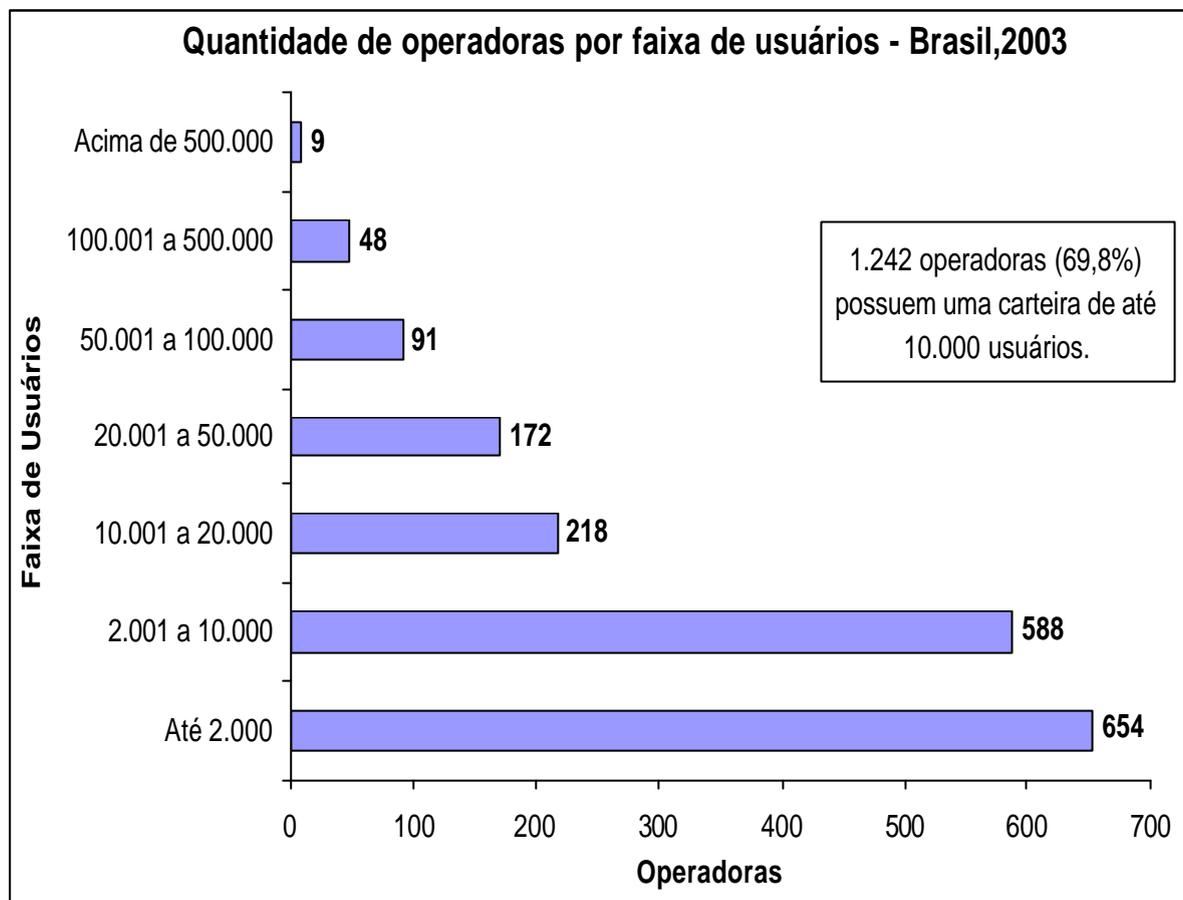
Tipo de Operadora	Operadoras (A)		Usuários (B)		Média Usuários (B) / (A)
	Absoluto	%	Absoluto	%	
Medicina de grupo	569	32	12.354.232	32	21.712
Cooperativa médica	317	18	9.248.673	24	29.176
Seguradora	13	1	5.811.600	15	447.046
Autogestão	275	15	5.559.664	14	20.217
Outros (*)	606	34	5.530.082	14	9.126
TOTAL	1.780	100	38.504.251	100	21.632

Fonte: ANS, 2003

(*) Inclui odontologia de grupo, cooperativa odontológica, administradora e filantropia

Considerando que as empresas de medicina/odontologia de grupo, cooperativas médicas/odontológicas e auto-gestão representam mais de 90% das operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar e que a média de usuários para essas três modalidades situa-se ao redor de 20 mil, observa-se que esse mercado é formado, em sua grande maioria, por unidades de porte relativamente pequeno. Os dados do *Gráfico 1* confirmam essa situação, revelando que 69,8% das operadoras possuem carteira com até 10 mil usuários, ao passo que somente 8,3% contam com carteira de mais de 50 mil usuários.

Gráfico 1 – Número de Operadoras X Quantidade de Usuários – Brasil Dez./2003

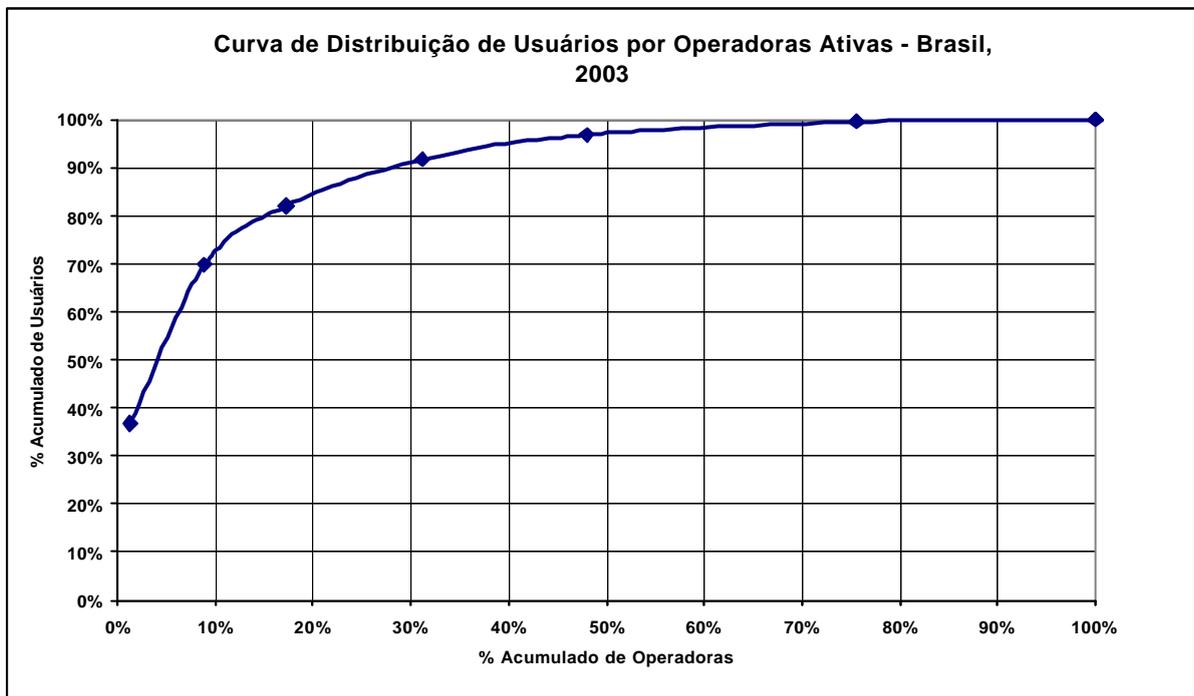


Fonte: ANS– Cadastro de Operadoras, dezembro/2003.

Os dados relativos ao porte das Operadoras indicam que, em sua maioria, são empresas de pequeno porte, e também que um número reduzido delas é responsável por oferecer cobertura para a grande maioria dos usuários. É o que mostra a curva de distribuição acumulada de usuários por operadoras (*Gráfico 2*), indicando que mais de 80% dos usuários estão concentrados em apenas 20% das firmas.

Desta forma, pode-se concluir que o mercado brasileiro de saúde suplementar é formado por um elevado número de empresas que operam com um número reduzido de usuários, ao mesmo tempo em que poucas empresas detêm uma grande fatia do mercado.

Gráfico 2 – Distribuição dos Usuários X Operadoras - Brasil - Dez/2003



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – Dez./2003

4. O Programa de Promoção em Saúde Desenvolvido pelo SEMIC

Por se tratar de segmento que agrega o maior contingente da população atendida por planos privados de assistência à saúde e o maior número de operadoras atuando no mercado, a modalidade “Medicina de Grupo” reveste-se de especial importância, podendo tornar-se, por isso, vetor de forte influência na abrangência e na eficácia de ações de regulação por parte da ANS.

A partir do pressuposto de que uma Política Nacional de Saúde deve pautar-se na otimização da alocação de recursos disponíveis, na melhoria do bem estar da população atendida e numa maior eficiência e eficácia nas ações de saúde, tanto pelo agente público como pelo privado, entende-se o papel da regulação nesse ambiente como o de evitar que os agentes econômicos se orientem exclusivamente por seus interesses econômico-financeiros, incentivando-os a executar atividades socialmente relevantes.

Assim, cabe ao Governo Federal, como formulador e gestor do Sistema Nacional de Saúde e como agente regulador do setor privado de atenção à saúde, promover e fomentar ações de saúde convergentes para uma Política Nacional de Saúde abrangente e equânime. Nessa linha, será descrita adiante uma sistemática em promoção e prevenção em saúde no âmbito da saúde suplementar que pode vir a se constituir em vetor de integração entre saúde ocupacional e assistência médica.

Estreita associação e garantia de cumprimento de compromissos firmados entre empresas contratada e contratante, mediante composição e acompanhamento de base de informações epidemiológicas acerca de grupos selecionados de beneficiários/empregados, são as bases para a referida integração.

A sistemática, a ser aqui descrita, foi desenvolvida e vem sendo aplicada pela Operadora SEMIC – Serviços Médicos à Indústria e Comércio, do segmento Medicina de Grupo, pode vir a constituir-se uma referência a ser adotada por empresas atuantes no mercado de planos privados de assistência à saúde.

4.1 Breve histórico do SEMIC

Fundado em 1967, como decorrência da união de um grupo de 20 médicos pioneiros na implementação do conceito de Medicina de Grupo, tal como o conhecemos hoje, o SEMIC hoje vem atuando no mercado como uma empresa de um único dono. O início de suas

operações coincide com a própria história da Medicina de Grupo no Brasil. As primeiras modalidades de contratação de serviços médicos se deram mediante convênio-empresa, onde o Governo se apresentava como grande pagador pelos serviços prestados, fato decorrente da política de oferta de serviços de saúde a empregados formais, vigente à época.

As operações do SEMIC iniciaram-se, portanto, na fase em que vigiam os convênios-empresa, com repasse do antigo INPS, através de um retorno percentual das contribuições sociais das empresas. Nos anos seguintes, paulatinamente, a empresa foi rompendo com este tipo de relação, provavelmente em função do desinteresse econômico decorrente dos baixos valores pagos que, em alguns casos, não possibilitavam a efetiva cobertura dos custos incorridos. Desde sua criação e até os dias de hoje, a empresa manteve seu foco no mercado empresarial, ou seja, em clientes grupais. Em dezembro de 2003, contava com aproximadamente 70 mil beneficiários cadastrados junto à ANS.

Diferentemente de outras empresas do segmento de medicina de grupo, o SEMIC se especializou em constituir rede própria de suprimento de bens e serviços, embora possua prestadores credenciados, que representam aproximadamente 40% de seus atendimentos. A rede própria é composta por 5 unidades (centros médicos) e dois hospitais, todos na região do Rio de Janeiro, onde aproximadamente 250 médicos atuam no atendimento ambulatorial e hospitalar. A operadora concentra sua atuação na cidade do Rio de Janeiro e Grande Rio, ainda que mantenha parcerias com empresas congêneres em outras regiões do Brasil.

O sistema de prestação de serviços adotado pelo SEMIC baseia-se fortemente nos Centros Médicos e nos Hospitais próprios, e o atendimento, em termos de contrato, é feito sempre com o acompanhamento e parceria entre a área de recursos humanos da empresa-cliente e a área de apoio ao cliente da operadora. Isto facilita a adoção da prática do que o SEMIC define como “medicina organizada”, ou seja, cada indivíduo que é atendido tem seu prontuário aberto em um dos pontos de atendimento. Tal prática se constitui o diferencial de mercado do SEMIC, uma vez que permite o acompanhamento do histórico clínico do paciente, possibilitando, além de uma melhor atuação médica e personalização do serviço, a composição de estatísticas de saúde de empresas e pacientes/beneficiários selecionados.

4.2 A Composição da Base de Dados

O monitoramento das carteiras de clientes e/ou de grupos específicos de clientes, dentro de um determinado plano administrado pelo SEMIC, é estratégico e fundamental na

composição das ações de atenção e prevenção em saúde que se pretende descrever com o presente trabalho.

Desta forma, o programa apóia-se fortemente na estruturação de uma consistente base de informações de vigilância epidemiológica, de hábitos de vida, frequência e modalidades de uso dos serviços e especialidades médicas, exames e procedimentos mais solicitados, predomínio de determinadas patologias e da própria condição de saúde dos beneficiários atendidos pela rede de serviços ofertados. Esses dados são relacionados com informações sobre sexo, idade, função ocupada na empresa, local de residência, entre outras.

É o acompanhamento e o tratamento estatístico dessas informações que permite a verificação dos resultados das decisões operacionais e administrativas das empresas-cliente e da própria Operadora, como por exemplo, os efeitos de políticas de co-participação e ações de promoção e prevenção à saúde nos níveis de sinistralidade. A qualidade e a confiabilidade daquelas informações, bem como seu correto monitoramento e processamento estão na essência da eficácia e economicidade das ações de promoção à saúde propostas pela sistemática em questão.

São, portanto, três as principais fontes de informações utilizadas para fins de composição da base de dados que permitem a detecção de necessidades de ações de promoção à saúde junto a empresas contratantes de serviços de assistência médica, a saber:

1 - No âmbito da rede própria do SEMIC, mediante acompanhamento dos prontuários médicos, através de sistema de coleta, monitoramento e processamento estatístico das informações/dados de cada beneficiário, seu histórico de atendimentos e ações de saúde às quais foi submetido;

2 - No âmbito dos clientes (empresas contratantes dos serviços de assistência), a partir de parceria pactuada conjuntamente para acompanhamento de informações provenientes dos programas internos de saúde ocupacional. Quando o cliente conta com serviço de saúde ocupacional fornecido pelo próprio SEMIC, o processo é facilitado, na medida em que se torna possível uma integração entre ações de caráter ocupacional e assistencial, com composição de base de informações mais consistentes, confiáveis e com maior grau de profundidade. Não havendo esta “verticalização” no fornecimento dos serviços, ou seja, quando os serviços de caráter ocupacional não são fornecidos pela própria operadora, dificuldades se apresentam. É necessário então esforço de negociação entre o SEMIC e a empresa ofertante daqueles

serviços. Nesses casos, apresenta-se como agravante um possível comprometimento da qualidade e do nível de profundidade das informações coletadas.

3 – A pesquisa de saúde coletiva (questionário), disponibilizada e aplicada por equipe de profissionais do SEMIC, amplia a investigação acerca dos riscos de saúde associados ao contexto sócio-econômico em que vive(m) o(s) beneficiário(s).

Os critérios de escolha do grupo (amostra) a ser investigado pela pesquisa são internos à empresa-cliente e variam de acordo com a observação de setores cuja atividade, em termos de desenvolvimento de trabalho, sejam mais complexos, improdutivos e/ou com maiores taxas de absenteísmo.

4.3. Ações desenvolvidas a partir do processamento das informações

4.3.1. As etapas do estudo

A partir da análise das estatísticas elaboradas, são estabelecidos perfis epidemiológicos dos usuários selecionados para os distintos grupos de beneficiários.

Com base nas informações coletadas acerca da utilização dos serviços da empresa contratante pelo segmento de profissionais (demanda espontânea), estabelece-se a amostra a ser analisada, para fins de composição das primeiras observações coletivas, que indicam a incidência de doenças e eventos médicos mais frequentes entre aquela população.

De posse desse diagnóstico, são agendados encontros entre representantes do SEMIC e os responsáveis pela empresa contratante, da qual faz parte o grupo de beneficiários (amostra) selecionado, para que as informações colhidas pelo SEMIC sejam compartilhadas e enriquecidas pela experiência e conhecimentos específicos sobre o negócio da empresa-cliente. A partir desses encontros, e de posse dos dados devidamente processados e analisados, avalia-se a necessidade de ações preventivas e/ou de promoção à saúde, de maior ou menor abrangência, a serem sugeridos à implementação. Tais ações devem ser concebidas a partir de estudo específico, diferenciado e personalizado para cada empresa, considerando interesses, características, metas e necessidades próprias de cada corporação e/ou grupo de beneficiários.

Segundo informações fornecidas pelo SEMIC, as empresas-cliente não têm demonstrado interesse na contratação deste tipo de *consultoria*, aparentemente por envolver custos. Deduz-se, a partir deste fato, que ainda existe um elevado grau de desconhecimento, por parte de empresários e gerentes de Recursos Humanos das empresas contratantes, sobre a importância, a médio e longo prazo, deste investimento. Tal constatação, ainda segundo

informação da própria SEMIC, levou a Operadora a oferecer e implementar gratuitamente este trabalho em quatro empresas-cliente que apresentavam taxas elevadas de sinistralidade, a fim de constituírem-se estudos de caso (relatados com maior detalhe no item 4.4 deste trabalho), cujo principal objetivo foi reunir subsídios à comprovação da eficácia deste novo enfoque de gestão de saúde por parte das operadoras de planos de saúde.

4.3.2 O Questionário de Saúde Coletiva

A pesquisa de saúde coletiva desenvolvida pelo SEMIC, realizada mediante aplicação de questionário próprio, inclui as seguintes áreas de investigação: antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida, comportamento e doenças atuais, entre outras, cujo detalhamento de conteúdo está estruturado da forma como se segue:

1. *Identificação da empresa-cliente e das características pessoais* de cada indivíduo (que não é identificado nominalmente). Trata-se de informações sobre idade, peso, altura, sexo, estado civil, crença religiosa, escolaridade e renda familiar;
2. *Situação Funcional do Empregado* – neste bloco são solicitadas informações acerca da vida profissional do entrevistado: tempo de trabalho na empresa, se gosta do trabalho que desenvolve, se sente algum tipo de desgaste físico e/ou mental no desempenho de suas atividades profissionais, como se dá o relacionamento com os colegas de trabalho e com a chefia imediata, se sente algum tipo de sofrimento com o trabalho que desenvolve e, em caso positivo, quais os motivos que têm causado tal sofrimento (excesso de carga horária, equipamentos e mobiliários inadequados, falta de reconhecimento, novo tipo de função, remuneração baixa, estresse, falta de motivação, falta de lealdade, instalações físicas inadequadas, entre outras);
3. *Situação Familiar* - são solicitadas nesta seção, informações acerca do número de dependentes, a suficiência da renda frente às necessidades próprias do entrevistado, se mantém algum tipo de planejamento dos gastos financeiros, se vem enfrentando problemas financeiros e se sofre algum tipo de pressão decorrente do fato de ser responsável por pessoa desempregada, deficiente físico ou mental, idosa, com câncer ou outro tipo de problema;
4. *Situação de Saúde - Hábitos Pessoais* - aqui são solicitadas informações que dizem respeito à forma como o entrevistado considera seu próprio estado de saúde. Se possui hábito de fumar; se sim, há quanto tempo fuma e quantos cigarros fuma por dia; se fumava, quanto fumava e há quanto tempo parou. Se faz uso de bebida alcoólica, com que frequência e em que quantidade o

faz, qual tipo de bebida alcoólica faz uso e se a utilização de bebida alcoólica já foi responsável por problemas na esfera familiar, do trabalho ou da própria saúde; se faz uso de algum tipo de droga que esteja prejudicando seu trabalho, sua saúde ou seu relacionamento familiar. Há ainda indagação acerca da prática de exercícios físicos, modalidades e frequência; com *relação ao sono*, se tem problemas de pesadelo, ruído externo à residência que prejudique o sono tranquilo, se demora a pegar no sono, se acorda cansado pela manhã e se tem insônia.

Há ainda questões que procuram identificar os *hábitos pessoais* do indivíduo, com indagações acerca da prática sexual, do número de parceiros e sobre a frequência no uso de preservativo. Quanto à *saúde familiar*, indaga-se acerca da existência de preocupação com relação a doenças congênitas e/ou hereditárias presentes em membros da família (especificar o grau de ascendência ou descendência) como câncer, doença do coração, diabetes, doença mental e outras. Questões que tratam da *saúde pessoal* procuram identificar doenças e/ou ocorrências de eventos graves como: fraturas e/ou traumatismos graves, asma, cálculo renal, câncer, cirurgias, colesterol alto, diabetes, doença da tireóide, doença do coração, doença psiquiátrica, epilepsia, gastrite ou úlcera, hepatite, alterações de pressão, problemas de audição, de visão e de coluna, tuberculose e varizes nas pernas. Indaga-se ainda sobre o uso frequente de medicamentos e se a situação financeira prejudica a continuidade do tratamento.

Alguns itens do questionário referem-se exclusivamente às condições de saúde das mulheres como: idade da primeira menstruação, da primeira relação sexual, se já ficou grávida, se tem filhos e quantos, se já fez aborto (espontâneo ou provocado), se algum filho apresentou baixo peso (menos de 2,5 kg) ao nascer ou foi internado em unidade neonatal, se utiliza algum método anticoncepcional, se está na menopausa e faz tratamento hormonal.

5. *Situação de Saúde Ocupacional* - Setor em que trabalha dentro da empresa e se o tipo de trabalho que executa, ou que tenha executado, está relacionado a: levantamento ou carregamento de peso, material contaminado, movimentos repetitivos, pressão para executar tarefas, poeira, produtos químicos, radiação, ruído, ambiente com temperaturas altas e baixas, trabalho em alturas, muito tempo em pé, turno noturno fixo, turno rotativo. Se, para desenvolvimento das tarefas que lhe são atribuídas, há necessidade de utilização de equipamentos de proteção individual? Havendo necessidade, qual a frequência de utilização dos mesmos? Se raramente os utiliza, qual o motivo para o não uso: incomodam, acha desnecessário ou a empresa não fornece?

Questões sobre a ocorrência de *acidentes de trabalho*, de doenças do trabalho ou profissional; se de sangue, auditivas, pulmonares ou tendinite. Quais tipos de acidentes o/a acometeram; contusão, queimadura, entorse, corpo estranho no olho, amputação, corte ou fratura. Se já houve afastamento do trabalho pelo INSS por doença comum na empresa em que trabalha atualmente ou em qualquer outra época, o motivo que levou ao afastamento (acidente/doença do trabalho, acidente de trânsito, problema psiquiátrico ou outro).

6. *Situação Cultural/Lazer* - Nesta última seção, procura-se identificar a participação em cursos de aperfeiçoamento profissional ou outros, as aptidões pessoais que possui (se canta ou dança, se toca algum instrumento musical, se escreve, desenha, pinta, se pratica culinária ou possui outras habilidades) e aquelas que desejaria desenvolver. Por fim, são abordadas questões relativas à utilização do tempo livre (lazer); se desenvolve atividades com a família, no clube ou na praia, com amigos, na igreja, se pratica esportes, assiste TV/vídeo, pratica leitura ou outra.

Verifica-se, como decorrência do conteúdo apresentado, que o questionário tem por objetivo principal identificar precocemente pacientes em potencial, avaliar os riscos e propor soluções antes que a doença se instale ou se agrave, levando-se sempre em conta os antecedentes pessoais e familiares, hábitos, comportamento e doenças atuais. Analisados os dados dos questionários aplicados, o programa a ser desenhado deve ser complementado com:

- orientação quanto aos procedimentos preventivos recomendados, de acordo com o sexo, faixa etária e grupo de risco a que pertença;
- desenvolvimento, implantação e avaliação dos mecanismos de informação, aconselhamento, motivação e monitoramento periódico, que promovam um estilo de vida mais saudável, que ajudem a prevenir doenças ou suas complicações e que racionalizem o uso dos recursos de assistência médica;
- difusão sistemática de informações de cunho preventivo;
- assessoramento no desenvolvimento e implementação de programas preventivos institucionais;

Assim, de forma sucinta, a metodologia proposta pelo SEMIC, contempla as seguintes etapas:

- Contato junto à direção da empresa a ser estudada a fim de apresentar os objetivos e o programa de trabalho propostos;

- Havendo aceitação e comprometimento com o programa e os objetivos propostos, agendar visita às instalações físicas da empresa a fim de analisar as reais condições ambientais e de trabalho;
- Avaliação e eventual mensuração dos riscos laborais presentes no ambiente de trabalho;
- Entrevista com o corpo gerencial da empresa-cliente, a fim de garantir representatividade e o necessário compromisso com o programa proposto;
- Entrevista com o médico do trabalho, responsável pelo programa de saúde ocupacional da empresa, para obtenção de apoio e parceria na validação, na implementação, no acompanhamento e na avaliação dos resultados obtidos com o programa proposto;
- Seleção e avaliação da amostra significativa da população-alvo, por meio de metodologia e tecnologia adaptada à realidade da empresa a ser estudada. Esta seleção deve levar em conta que o grupo de empregados eleitos para o estudo será escolhido em função das especificidades dos processos produtivos e/ou administrativos em que estão inseridos;
- Aplicação e análise do questionário para pesquisa de saúde coletiva, elaborado para a população-alvo, a ser respondido individualmente pelos membros do grupo selecionado para estudo;
- Análise dos prontuários médicos, disponíveis nos arquivos dos ambulatórios dos Centros Médicos e dos Hospitais próprios da operadora, referentes a cada um dos componentes do grupo que integram a amostra, para fins de identificação da incidência de doenças e/ou agravos;
- Eleição de eventos-sentinelas (doenças preveníveis, incapacidades ou óbitos evitáveis) em assistência à saúde e eventos-sentinelas em saúde ocupacional, específicos às características e requisitos da empresa e/ou grupos de empregados em estudo;
- Identificação e tratamento estatístico de informações acerca da ocorrência e da frequência de incidência de doenças;
- Levantamento de dados que possibilitem a elaboração de cálculo da taxa de absenteísmo por doença da empresa e/ou grupo de beneficiários selecionados, envolvendo frequência, gravidade e proporção de tempo de trabalho perdido;
- Havendo aplicabilidade, elaboração de proposta de intervenção no ambiente de trabalho e/ou nos hábitos de vida da população selecionada, considerando fortemente as características e peculiaridades de cada empresa ou grupo de beneficiários selecionados.

4.4 Análise dos Resultados / Perfil de Saúde Coletiva

4.4.1 Casos selecionados implementados pelo SEMIC

A partir da aplicação da metodologia proposta em distintos grupos de beneficiários/ empregados de empresas contratantes, e com a eleição de eventos-sentinela diferenciados, são relatados a seguir os resultados obtidos e as respectivas ações propostas pelo SEMIC em casos selecionados. O levantamento das informações e o desenvolvimento dos trabalhos se deram conforme metodologia descrita anteriormente e constou das seguintes etapas:

- Visita às instalações da empresa;
- Avaliação dos índices de utilização dos serviços de assistência médica;
- Análise dos prontuários médicos dos beneficiários;
- Análise dos relatórios de alta emitidos pelos hospitais próprios do SEMIC;
- Avaliação, por projeção, da prevalência dos eventos-sentinela selecionados para cada caso;
- Aplicação e análise do questionário de saúde coletiva junto à população-alvo;
- Proposição de ações específicas a cada caso.

Caso 1 - Empresa atuante no comércio varejista.

Foram considerados como **eventos-sentinela** a serem estudados nessa população (142, de um total de aproximadamente 400 funcionários da empresa em estudo) a **HAS** (Hipertensão Arterial Sistêmica) e as alterações patológicas do peso corporal, através do cálculo do **IMC** (Índice de Massa Corporal). Considerou-se, como parâmetro para estudo, níveis de pressão arterial elevada os casos em que os níveis pressóricos sistólicos se situam acima de 139 mm Hg e/ou diastólicos maiores que 89 mm Hg. Em relação ao IMC (Índice de Massa Corporal = peso em kg/altura em metros, elevado ao quadrado), foram adotados os seguintes parâmetros:

-IMC de 20 a 24,9 -> normal

-IMC entre 25 e 29,9 -> excesso de peso.

-IMC igual ou maior que 30 -> obesidade.

Os resultados apurados mostram que, no que toca à avaliação da pressão arterial, 85% dos beneficiários estudados possuem níveis pressóricos normais e 15% apresentaram elevação de PA.

Por outro lado, do universo avaliado (142 funcionários), 48% apresentaram a relação peso/altura normal, 48% apresentaram excesso de peso em graus variados e, dentre eles, 9% apresentaram excesso de peso que caracteriza obesidade.

A partir da constatação acima, das informações coletadas pelo questionário de saúde coletiva e dos demais indicadores levantados para o caso, foram apresentadas sugestões de ações em diferentes campos, a serem implementadas junto à empresa contratante:

1 - Segurança, saúde e qualidade de vida – enfatizar a importância de se abordar, por meio de palestras e vídeos, temas de relevância para a empresa em questão, orientando os empregados sobre assuntos de saúde e qualidade de vida tais como:

- prevenção de acidentes;
- estresse e qualidade de vida;
- alcoolismo, tabagismo e saúde (foi observado um elevado contingente do sexo masculino neste aspecto);
- câncer de próstata;
- AIDS e doenças sexualmente transmissíveis;
- planejamento familiar;
- economia doméstica para orientação sobre o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis;
- estimular a participação no SIPAT, com o objetivo de capacitar e estimular a prática de medidas preventivas e incentivar a adoção de EPIs, bem como abordar assuntos mais específicos identificados pela CIPA;
- outros assuntos, de acordo com interesses específicos da empresa.

2 – Desenvolvimento de aptidões/lazer - A partir da verificação de que se constitui interesse demonstrado por 62,3% dos participantes da amostra, aconselha-se estimular o desenvolvimento de aptidões dentro da empresa, como forma de apoio psicossocial e de redução do estresse (identificado por 60,8% dos entrevistados como principal fonte de sofrimento). Propõe-se, para esta questão, uma pesquisa de interesses a ser aplicada pela área de RH da empresa. Por outro lado, um fato que pode fortalecer, e mesmo vir a ser um impulsionador na implementação de atividades de lazer coletivo e educativas na empresa-cliente é que, 99% das pessoas que responderam ao questionário, relatam ter um relacionamento bom e muito bom com os colegas de trabalho.

3 – *Orientação dietética* – O objetivo desta ação é corrigir hábitos alimentares para: adequação do peso dos funcionários com IMC aumentado (48% apresentaram excesso de peso em algum grau); evitar o aumento do número de pessoas com IMC inadequado; selecionar e encaminhar funcionários para avaliação médica; evitar o aparecimento e/ou agravamento de doenças relacionadas ao aumento do peso; favorecer o processo produtivo.

O método utilizado para implementação das referidas orientações constitui-se de: avaliação dos hábitos alimentares e da dieta dos funcionários junto ao setor de nutrição da empresa; orientação com palestras e material escrito; estímulo para a prática de atividades físicas adequadas ao condicionamento físico (65% dos entrevistados não praticam nenhum tipo de atividade física); orientação individual em casos selecionados; se necessário, encaminhamento à avaliação médica.

4 - *Reavaliação da pressão arterial* – Os objetivos desta ação são: reavaliar a pressão arterial dos funcionários; confirmar o diagnóstico de hipertensão arterial e/ou a adequação do tratamento para hipertensos; prestar orientação inicial do tratamento para os casos identificados; estruturar o monitoramento dos hipertensos identificados; orientar a formação de um grupo de apoio e monitoramento de pacientes com Hipertensão Arterial; evitar efeitos nocivos à saúde, decorrentes da hipertensão.

O método utilizado na aferição dos parâmetros descritos constitui-se de: medida de pressão arterial antes do início da jornada de trabalho, com o empregado deitado e em repouso de 15 minutos e abstenção de fumo há duas horas.

5 – *Ginástica laboral* – Os objetivos da ação são: corrigir posturas corporais inadequadas; evitar o aparecimento e/ou agravamento de lesões mioligamentares e LER; favorecer o processo produtivo. São propostas para isso, sessões diárias de exercícios antes do início e após o término da jornada de trabalho, ou em pausas de 10 a 15 minutos, intercaladas a cada hora, a critério do esquema laboral da empresa.

Caso 2 - Empresa prestadora de serviços públicos.

A partir de demanda espontânea da empresa-cliente, decorrente da constatação de grande incidência (**evento sentinela**) de **dependência química** entre seus colaboradores, e a partir da detecção do problema pelo SEMIC (através do acompanhamento sistemático dos casos), foram propostas ações no sentido da organização e implementação de um sistema de tratamento que se caracterizasse como opção à simples internação do beneficiário. Isto se

viabilizou mediante estruturação de esquema de tratamento alternativo, com o uso de terapias não convencionais (acupuntura, discussão dos problemas em grupos específicos, etc.). Tais ações se deram em parceria com o grupo de apoio composto por representantes da empresa-cliente e suporte técnico psiquiátrico, neurológico e de clínica médica fornecidos pelo SEMIC.

A adesão ao programa foi significativa entre a população envolvida com a questão e houve uma considerável redução no número de internações decorrentes de problemas com dependência química.

Caso 3 - Empresa prestadora de serviços públicos.

Análise estatística, processada a partir de relatórios de atendimentos médicos realizados nos ambulatórios próprios do SEMIC - grande número de solicitações de exames de imagem, procedimentos ortopédicos e fisioterapia - detectou a incidência crescente de atendimentos decorrentes de **problemas ortopédicos (evento sentinela)**.

Identificada a prevalência (patologias ortopédicas) dividiu-se as ocorrências, para efeito de acompanhamento e monitoramento, em tendinite, lombalgias e traumatismos. Paralelamente, procedeu-se a uma auditoria externa nos provedores, alinhando a visão diagnóstica e de procedimentos, para fins de encaminhamento dos casos identificados ao acompanhamento sistematizado.

Foram então propostas ações de intervenção junto à empresa-cliente, com o objetivo de se reduzir os índices de ocorrência da referida sinistralidade. As ações propostas se consubstanciaram em ginástica laboral, alteração nos postos de trabalho, palestras educativas, entre outras.

Os resultados destas ações ainda não puderam ser mensurados, dado o exíguo espaço de tempo decorrente desde sua primeira implementação.

Caso 4 - Empresa do ramo da indústria de confecção de vestuário.

A partir de demanda espontânea da empresa-cliente quanto à incidência de elevado índice de **absenteísmo (evento sentinela)** no seu universo de trabalhadores, o SEMIC passou a monitorar a população-alvo/beneficiários envolvida no processo produtivo.

A composição das informações levantadas junto aos Centros Médicos e Hospitais do SEMIC (assistência médica) - prontuários ambulatoriais e de internação, dados de utilização, etc. – junto ao serviço de Saúde Ocupacional existente na empresa-cliente e a partir da

tabulação das informações colhidas com a aplicação do questionário de saúde coletiva no universo de empregados determinado pela empresa-cliente, foi possível desenhar as ações a serem implementadas.

Foram então agendadas visitas aos postos de trabalho e entrevista com o médico do trabalho para verificação das condições ergonômicas e ambientais vigentes.

Uma vez processadas as informações levantadas, foram propostas as seguintes ações que buscaram reduzir a sinistralidade identificada: alteração nos postos de trabalho, ginástica laboral, palestras educativas, atividades anti-stress, terapias alternativas, suporte técnico de ortopedia, entre outras.

Referidas ações encontram-se ainda em andamento, motivo pelo qual não se dispõe ainda de resultados efetivos quanto à mensuração, em termos de custo-benefício, da extensão de sua eficácia.

4.5 O acompanhamento e o monitoramento das ações propostas

Implementado o programa de intervenção, estabelece-se, para fins de acompanhamento de sua eficácia, cronograma (com intervalos variando de 6 a 12 meses) de reavaliação das taxas de prevalência dos eventos sentinela selecionados e/ou dos índices de incidência das doenças identificadas como mais frequentes.

As ações propostas buscam o estabelecimento de uma cultura de promoção à saúde, com a implantação de ações que levem à sistematização do acesso de funcionários (beneficiários) e seus dependentes a informações e práticas de promoção, cuidados com doenças crônicas, além de orientação para uma adequada e eficiente utilização dos recursos de assistência médica oferecidos.

É importante lembrar que as ações de prevenção de doenças e acidentes de trabalho devem se dar a partir de processo de suporte educativo na efetivação de ações de promoção à saúde, e que referidas ações devem estar, necessariamente, integradas à realidade do negócio e aos recursos técnicos e científicos disponíveis. Por outro lado, a sistematização das ações aqui descritas, com o devido monitoramento e acompanhamento periódico dos resultados alcançados, pode constituir-se num forte diferencial de competitividade de mercado, tanto para a operadora como para a empresa-cliente.

5. Promoção em Saúde no Contexto do Debate Internacional

A introdução de uma política de fomento a ações de promoção à saúde por operadoras de planos/seguros-saúde no Brasil, deve ser precedida de uma criteriosa revisão das experiências e observações coletadas na bibliografia que trata do assunto.

A literatura internacional que trata de prevenção à saúde relata a forte possibilidade de que, indivíduos cobertos por plano/seguro saúde com fins estritamente curativos, estão sujeitos a um elevado grau de risco moral *ex ante* (Pauly 1986), uma vez que, na certeza de que terão cobertura médica garantida, alteram sua conduta de vida, passando a não se preocupar com ações e práticas preventivas. Assim, o risco moral *ex ante* ocorre sempre que se observa queda na demanda por serviços médicos de caráter preventivo, quando o indivíduo conta com a cobertura de um plano/seguro saúde (Ehrlich & Becker 1972).

Por outro lado, o risco moral *ex-ante*, associado à prevenção, caracteriza-se como uma externalidade, na medida em que o segurado não tem conhecimento dos efeitos que suas ações de prevenção em saúde podem determinar sobre os custos e, portanto, sobre os prêmios pagos por outros componentes do mesmo plano/seguro (Gravelle 1986). Ainda na mesma linha, Manning et al. (1991) chama a atenção para o fato de que, decisões pessoais tais como, fumar, beber em excesso e levar uma vida sedentária podem, no caso de planos/seguros-saúde coletivos, interferir nos custos de terceiros, uma vez que, em geral, os prêmios ou taxas que financiam tais planos/seguros não são calculados com base nos hábitos de cada participante do plano/seguro-saúde.

Manning et al. (1991) estima que, nos Estados Unidos, pessoas sedentárias acarretam custos adicionais aos seguros-saúde da ordem de US\$ 1,65 por segurado. Este adicional de custos pode estar diretamente relacionado a uma elevação nos índices de utilização de serviços médicos, determinada diretamente pelo estilo de vida das pessoas. Manning (1991) estima ainda que, como decorrência da redução na expectativa de vida, as pessoas sedentárias gastem menos com “tratamento doméstico” de saúde durante suas vidas, entretanto, os valores relativos a esta redução de custos são sensivelmente inferiores àqueles incorridos com tratamentos decorrentes de estilos de vida sedentários. Ainda que as atividades de prevenção ou cuidados médicos devam acarretar externalidades positivas ou negativas em outros participantes do plano/seguro-saúde, a maioria das análises considera que o risco moral apresenta externalidade negativa em grupos onde haja pequeno esforço preventivo.

5.1 Alternativas de solução para o risco moral

Algumas propostas de solução à questão do risco moral decorrente de ações de promoção à saúde, são identificadas na literatura internacional que trata do assunto.

Shavell (1979) apresenta uma análise teórica sobre a utilização de cobertura parcial como atenuante à ocorrência de risco moral. Segundo o autor, nos casos em que ações preventivas apresentem custos elevados, a cobertura total se torna uma solução ótima, ainda que haja risco moral, dado que, nestes casos, o investimento em prevenção não se torna socialmente ótimo. Entretanto, quando ações preventivas apresentam baixo custo - como se verifica nas ações propostas pelo caso SEMIC, em estudo neste trabalho - a cobertura parcial pode tornar-se um eficiente instrumento de redução do risco moral, na medida em que o beneficiário conta com algum incentivo (decorrente do maior desembolso com a efetiva utilização dos serviços contratados) a práticas que levem à preservação da saúde. Desta forma, ainda que o seguro/plano de saúde ofereça cobertura generosa ao beneficiário, este não estará coberto pelas perdas decorrentes da não adoção de práticas que levem a uma vida mais saudável. Em muitos casos, as perdas de qualidade de vida decorrentes do risco à saúde e determinado pela não adoção de ações de prevenção, excedem as perdas monetárias seguradas.

A oferta, por parte das Operadoras, de cobertura parcial em planos e seguros-saúde, suscita algumas reflexões acerca dos motivos que levam a tal prática: uma explicação relatada na literatura internacional é descrita por Cook & Grahman (1977) que entendem a saúde como um “produto insubstituível”. Cook & Grahman ampliaram o modelo de Ehrlich & Becker (1972) ao considerarem que, cada dólar ganho com uma boa saúde, é considerado um “bem” diferente daquele recebido na eventualidade de se ter uma saúde insatisfatória. Ou seja, a tese sustenta que uma boa saúde é um bem insubstituível e que não pode ser restituído.

Na mesma linha, Blind (1996), ao analisar a demanda por cuidados médicos, conclui que a saúde é um produto insubstituível, devido às deficiências da tecnologia de cura. Apesar da existência de cobertura para assistência curativa (garantida pelos planos/seguros-saúde), a prevenção permanece atrativa, uma vez que a escolha se dá entre prevenir completamente a ocorrência da doença ou curá-la incompletamente. Entretanto, há casos (por exemplo, quando uma intervenção cirúrgica se mostra tão eficiente a ponto de curar completamente a doença) em que a prevenção e a cura se tornam substitutos quase perfeitos, determinando que o problema do risco moral *ex-ante* de se fazer seguro-saúde (assistência curativa), seja bem maior.

5.1.1 Adicional por risco calculado

Uma solução de mercado para o problema do risco moral *ex-ante*, seria a oferta de planos/seguros-saúde com risco calculado, ou seja, pessoas que, por exemplo, tenham hábito de fumar, pagariam prêmios maiores do que não fumantes. Nestes casos, considerando-se um seguro atuarialmente justo, o prêmio extra, pago pelos indivíduos fumantes, seria suficiente para cobrir os gastos médicos esperados decorrentes do fumo. Assim, um indivíduo fumante não imporá custos extras às outras pessoas de seu grupo de segurados. Nesse caso, o problema do risco moral estaria resolvido, pois os custos do beneficiário de um plano/seguro com risco calculado vai se equiparar àqueles arcados por um indivíduo que não conta com cobertura de planos/seguros-saúde. Entretanto, o que se observa é que, nos Estados Unidos, a prática de cobrança de adicional por risco calculado é rara entre as operadoras. Contudo, esta poderia ser uma experiência importante a ser sugerida para adoção no Brasil.

5.1.2 Investimento direto de Operadoras em Programas de Prevenção

Outra solução a ser avaliada como alternativa de mercado ao risco moral *ex-ante* é que as operadoras/seguradoras de planos/seguro-saúde invistam diretamente em programas de prevenção. Contudo, trata-se de uma solução de mercado, pois os benefícios financeiros decorrentes de tais ações, que são visíveis aos membros de um determinado grupo de beneficiários porém, são intrínsecos à operadora. Nessa linha, estudos realizados por Schlesinger e Venezian (1986) mostram que, tanto sob condição de mercado com características monopolísticas, como em ambiente competitivo, as operadoras tenderão a investir em prevenção até o ponto em que o custo marginal da prevenção seja igual à redução no valor atuarial da perda segurada. Nesses casos, a operadora sob condição monopolística captura os benefícios decorrentes da prevenção, enquanto que, em ambiente de competitivo, os benefícios da prevenção seriam repassados aos beneficiários, na forma de redução nos valores dos prêmios/contra-prestações pecuniárias.

5.2 Barreiras que limitam ou inibem investimentos das Operadoras em prevenção

Dowd (1982) discute quais seriam as barreiras que limitam os investimentos das seguradoras em prevenção de perda. O autor considera que os programas de prevenção - emanados pelo Estado ou por quaisquer outras Organizações Mantenedoras de Saúde - cujas características os enquadre como *primário* (educação acerca de hábitos e estilos de vida saudáveis), são aqueles que permitem redução nos custos com assistência à saúde e, ao mesmo

tempo, possibilitam uma melhoria nos resultados obtidos com atenção à saúde. O beneficiário passa, então, a gozar de um melhor estado de saúde e a operadora recebe os benefícios financeiros decorrentes do(s) programa(s) implementados. Entretanto, o mesmo autor afirma que tais programas se constituem num bem público, distribuído entre a operadora e o beneficiário, de tal forma que nenhuma das partes possui incentivos suficientes para investir em níveis ótimos de prevenção.

Dowd (1982) relata ainda que existe a incerteza da operadora quanto à fidelidade do beneficiário, ou seja, quando há a realização de um investimento em prevenção, não se tem certeza das adesões, e mais, o beneficiário pode se desligar do plano antes que os benefícios totais do investimento realizado com as ações de prevenção tenham sido auferidos. Assim, programas de prevenção primária podem levar vários anos até oferecerem retorno sob a forma de redução na incidência de doenças crônicas, ao mesmo tempo em que, na média, os beneficiários em geral mantêm sua adesão a um plano de saúde por apenas poucos anos.

6 - Conclusão / Recomendações

Uma iniciativa da ANS no sentido de instituir um programa de portabilidade de planos e seguros-saúde, pactuado entre as operadoras e monitorado pelo Governo, que possibilite ao beneficiário a confirmação como participante de programas de prevenção e de forma que aqueles programas possam ser reconhecidos por todas as operadoras, pode se constituir um forte vetor à consolidação de investimentos privados em promoção à saúde no Brasil. Nessa linha, pode-se fazer uma analogia com os seguros de automóveis comercializados no Brasil: segurados que não apresentarem ocorrência de sinistros no decorrer do contrato, podem renovar suas apólices em qualquer seguradora com descontos progressivos nos preços dos prêmios. Tal prática levaria o plano/seguro-saúde com risco calculado à oferta de prêmios que refletiriam os investimentos dos beneficiários em proteção pessoal, de forma que estes poderiam apropriar-se de ambos os benefícios – os financeiros e os decorrentes de ganhos de saúde.

Reconhecendo a dificuldade prática para obtenção de um “certificado de participação em programas de prevenção” - dado que a participação do beneficiário nesses programas não pode ser atestada por outras operadoras/seguradoras, conforme discutido acima - Dowd (1982) sugere, como solução para o problema, que o beneficiário e a operadora dividam o risco da adesão. Uma primeira alternativa proposta de Dowd, sugere que o beneficiário faça o investimento inicial em um programa de prevenção oferecido pela própria operadora. Em um segundo momento, a operadora restituiria ao beneficiário os valores gastos com o programa de prevenção, na forma de redução no valor do prêmio (contra-prestação), dentro dos limites de redução de custos obtidos com as ações de prevenção. Neste caso, a seguradora/operadora teria informação de quem tem participado em programas de prevenção por ela ofertados, adquirindo assim condições de oferecer aos participantes, prêmios diferenciados de risco.

Numa segunda alternativa proposta por Dowd (1982), a operadora/seguradora investiria diretamente na oferta de programas de prevenção, entretanto, impor-se-ia um contrato junto aos seus beneficiários/segurados que estabeleceria direito de ressarcimento à operadora, caso aqueles se desliguem desta antes que os benefícios decorrentes do programa tenham sido completamente realizados.

Nas duas alternativas propostas, o beneficiário que se desligar prematuramente do plano/seguro-saúde, não terá direito à totalidade dos benefícios provenientes do programa de prevenção. Tal fato apresenta, como consequência, reduzidos resultados em termos de

prevenção, como decorrência do elevado grau de risco envolvido na decisão pela adesão aos programas.

A experiência recente nos Estados Unidos mostra que, assim como as operadoras de planos/seguros-saúde, muitos empregadores (empresas comerciais e industriais) oferecem seus próprios programas de promoção da saúde em seus ambientes de trabalho. Muitas empresas se “auto-seguram”, ou seja, assumem o risco decorrente dos cuidados com a saúde para seus empregados – trata-se da modalidade que, no Brasil, denomina-se auto-gestão patrocinada. As empresas que oferecem planos em regime de auto-gestão e aquelas que contratam serviços de saúde junto a operadoras/seguradoras comerciais, têm incentivos para investir em prevenção similares aos incentivos das operadoras de plano/seguros-saúde, contudo enfrentam também barreiras similares. Nesses casos, os benefícios adicionais decorrentes do aumento da produtividade do trabalho e da redução dos níveis de absenteísmo tornam-se relevantes. Estes benefícios são, nestes casos, compartilhados entre empregados e empregadores somente se a remuneração do empregado não refletir perfeitamente a sua produtividade individual, ou se o empregador abonar/remunerar o dia de falta ao trabalho por motivo de doença. Estes benefícios adicionais podem ajudar a explicar os motivos que levam os empregadores a se interessarem mais fortemente pela implementação de ações de promoção à saúde, do que as próprias operadoras/seguradoras.

Kenkel e Supina (1992) encontram evidência de que, altos índices de rotatividade da mão de obra estão associados a reduzidas ações de promoção à saúde nos locais de trabalho, convergindo com o argumento de Dowd (1982) acerca de que a incerteza quanto à fidelidade do beneficiário seja uma importante barreira ao investimento em prevenção. Zarkin e Garfinkel (1994) e Kenkel (1997) encontraram alguns destes mesmos padrões para a oferta, por parte de empregadores, de programas de assistência ao empregado para prevenção e tratamento de abuso de drogas e problemas de saúde mental. Estes dois estudos também encontraram que os empregadores que tem seguro próprio (as auto-gestões) são mais propensos a investir em programas de prevenção ao álcool no local de trabalho do que empregadores que compram seguro no mercado. Isto faz sentido, uma vez que as firmas com seguro próprio podem internalizar mais plenamente os benefícios de prevenção do que as firmas que compram seguro no mercado.

Há que se considerar ainda que, do ponto de vista da operadora/seguradora, as ações de promoção à saúde se constituem em eficiente instrumento de melhoria da resolubilidade e,

portanto, em menores custos operacionais na prestação dos serviços médicos. Ações preventivas que envolvam, tanto os agentes que tratam da saúde ocupacional, como os que lidam com a assistência, apresentam ganhos de efetividade tais como: diagnóstico precoce de doenças (ocupacionais ou não) no momento do periódico e a utilização dos exames ocupacionais (periódicos) para ações de prevenção – vacinas, pressão arterial, peso, glicemia, entre outros, dependendo do perfil, idade e atividade desenvolvida pelo beneficiário.

O atual estilo de vida dos brasileiros, e o modelo de assistência vigente – ancorado fortemente em três pilares: tecnologia, doença e estrutura hospitalar - determina que os preços dos planos/seguros-saúde ainda sejam excessivamente altos no Brasil. Como a população está envelhecendo a taxas crescentes, é preciso mudar o modelo assistencial vigente no sentido da incorporação de programas de prevenção e promoção à saúde, pois de outra forma, os planos/seguros-saúde tendem a ficar cada vez mais caros.

Assim, se faz necessário um grande esforço do Governo Federal - através de instrumentos normativos específicos ditados pela ANS - no sentido de melhor informar os beneficiários acerca da importância do cuidado preventivo com a saúde e de que, em última instância, será ele mesmo o maior beneficiário com a adoção de práticas preventivas, tanto pela melhoria da qualidade de vida, como pela redução no custo do plano/seguro-saúde. A possibilidade de oferta de planos diferenciados, com cláusulas contratuais específicas que, de alguma forma, premiem práticas preventivas – como, por exemplo, a adoção de descontos em futuras renovações contratuais - deve ser objeto de avaliação por parte de ANS.

O processo de implantação das ações de Promoção da Saúde, pode desencadear efeitos diversos, sob óticas distintas, aos diversos atores do processo. Os esquemas simplificados mostrados adiante (*Quadros 3 e 4*) procuram apontar os prováveis ganhos/benefícios e perdas/custos para cada um dos envolvidos com ações de promoção no mercado de Saúde Suplementar:

Quadro 3

Atores Envolvidos nas Ações de Promoção à Saúde – Benefícios e Custos

Ator	Ganhos/Benefícios	Perdas/Custos
Beneficiário do Plano de Saúde/Empregado	<ul style="list-style-type: none">.Possível melhoria na saúde e no bem estar..Redução de gastos com saúde.	<ul style="list-style-type: none">.Receio de maior controle social por parte da empresa..Desconfiança em relação às intenções da empresa e dos responsáveis pelas ações de promoção propostas.
Empregador	<ul style="list-style-type: none">.Redução das taxas de absenteísmo-doença..Redução dos custos com assistência à saúde dos empregados..Maior controle social sobre os empregados..Melhoria nas relações de trabalho..Melhora na produtividade do trabalho..Ambiente de trabalho com minimização de risco-saúde..Promoção de uma maior integração de programas de qualidade de vida com resultados de saúde.	<ul style="list-style-type: none">.Despesas com consultoria para implementação de programas e atividades de Promoção à Saúde..Investimento com retorno a médio/longo prazo..Desconfiança por parte de órgãos representativos dos empregados..Resistência por parte do corpo de empregados envolvidos no programa.
Promotor de Saúde/Técnicos envolvidos no processo	<ul style="list-style-type: none">.Melhoria da saúde da população trabalhadora..Maior influência no local de trabalho..Maior influência no local de trabalho.	<ul style="list-style-type: none">.Risco de conflito com profissionais/empresa envolvidos nos serviços de saúde ocupacional..Risco de conflito com outros atores internos à empresa.

<p>Técnico de Higiene e Segurança e outros profissionais envolvidos</p>	<p>.Aumento do leque de competências no domínio da saúde. .Enriquecimento das funções. .Maior influência no local de trabalho (quando envolvido nos programas de Promoção implementados)</p>	<p>.Possível perda de influência no local de trabalho. .Sobrecarga de trabalho. .Possível desgaste devido à competição com técnicos responsáveis pelo programa de promoção à saúde, gerando necessidade de redefinição/reafirmação de papéis.</p>
<p>Médico do Trabalho/Equipe de Saúde</p>	<p>.Alargamento e enriquecimento das funções. .Maior leque de conhecimentos e competências</p>	<p>.Conflito de papéis. .Sobrecarga de trabalho. .Possível perda de influência. .Competição com outros profissionais envolvidos. .Reorientação dos serviços de saúde ocupacional.</p>
<p>Gestão Empresarial – Empresas Cliente de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde</p> <p>Governo/Ministério da Saúde</p>	<p>.Redução dos custos decorrentes de absentismo-doença. .Melhoria da Imagem interna e externa da Empresa. .Melhoria na competitividade. .Melhoria na produtividade e na qualidade do trabalho.</p> <p>.Melhoria nas condições de trabalho da população envolvida, determinando provável redução nos acidentes e doenças laboriais. .O local de trabalho como área privilegiada para a promoção da saúde em geral. .Realização do objetivo de racionalização no uso de recursos gastos com saúde.</p>	<p>.Ocorrência de custos diretos e indiretos com a implantação do programa. .Retorno do Investimento a médio e/ou longo prazo. .Risco de baixo nível de comprometimento dos empregados participantes do programa.</p> <p>.Conflito com as funções de tutela do Ministério do Trabalho. .Possibilidade de alocação de recursos (humanos, financeiros, científicos e logísticos) adicionais – incentivos fiscais.</p>

Quadro 4**Benefícios e Beneficiários de Programas de Promoção da Saúde**

Benefício	Operadora	Beneficiário do Plano/Seguro	Sociedade	Empresa Cliente
Redução dos gastos com assistência à saúde	X	X		X
Redução dos valores pagos com pensões e indenizações por morte e/ou invalidez			X	
Redução dos custos com tratamento médico e hospitalar	X	X	X	X
Redução de outros custos relacionados com a saúde	X	X	X	X
Redução dos gastos com atendimento pelo Sistema Único de Saúde – SUS			X	
Redução dos índices de absenteísmo -doença	X	X	X	X
Redução dos acidentes de trabalho	X	X	X	X
Redução das taxas de <i>turnover</i> e dos custos de substituição de empregados	X		X	X
Aumento da produtividade		X	X	X
Aumento da motivação dos empregados/beneficiários		X	X	X
Melhoria no relacionamento com colegas de trabalho e com as chefias		X		X
Melhoria da saúde e da qualidade de vida dos empregados/beneficiários	X	X	X	X

A busca de mecanismos que levem as ações propostas neste trabalho a se consubstanciarem em efetivo instrumento na implementação de políticas setoriais a serem fomentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, enquanto agente regulador deste mercado, deve ser um dos objetivos a serem perseguidos pelo agente regulador desse setor.

É importante reiterar que ações de promoção à saúde no âmbito das empresas contratantes de serviços de assistência à saúde, além de se constituírem uma forma moderna e eficaz de enfrentar os desafios referentes à assistência à saúde e à qualidade de vida dos seus empregados, podem vir a ser um bom negócio, na medida em que apresentem resultados, em termos de custo-benefício, decorrentes da redução do preço médio per capita por prestador dos serviços médicos. Nesse sentido, modelos como o desenvolvido pelo SEMIC e apresentado neste trabalho, devem ser objeto de fomento por parte da ANS, uma vez que se mostram, social e economicamente, vantajosos para os três agentes envolvidos:

- **a operadora** - que desenha, propõe e implementa as ações - é remunerada pela prestação desses serviços, além de se beneficiar com a possibilidade de um melhor gerenciamento da utilização de sua rede credenciada, reduzindo o risco de sua carteira de clientes. Por outro lado, a otimização de seus recursos de saúde pode determinar uma sensível redução no custo per capita dos beneficiários envolvidos no programa. Atente-se ainda para o fato de que a referida redução de custos poderá, no futuro, ser compartilhada com a empresa contratante, na forma de redução no valor dos prêmios e, por decorrência, nos valores de contratos coletivos a serem firmados/renovados.
- **a empresa contratante** dos serviços de assistência à saúde ganha, pois ainda que arque com os custos diretos decorrentes dos programas de promoção oferecidos pela operadora, se beneficia com eles na medida em que obtém rápido e efetivo retorno daqueles gastos, decorrente da provável redução do absentéismo e de possível incremento nos índices de produtividade de seus empregados envolvidos no programa. Também nesse caso, os benefícios decorrentes serão compartilhados com a operadora, na medida em que, certamente haverá, no futuro, redução nos índices de utilização de sua rede de prestadores de serviços.
- **o beneficiário** participante do programa se beneficia na forma de ganhos em qualidade de vida e em uma saúde melhor sem, com isso, ter que desembolsar

qualquer recurso financeiro. Entretanto, ressalte-se que cabe a ele (beneficiário) comprometer-se fortemente com programa oferecido, mediante esforço de adequação de hábitos e postura de vida saudável.

Portanto, o estabelecimento de condições comerciais, pactuadas entre empresas contratantes e operadoras, no sentido de se propor descontos progressivos na renovação de contratos, nos casos em que metas pré-estabelecidas de ações de promoção proporcionem redução do custo per capita dos beneficiários, poderá ser um eficiente instrumento de política setorial a ser utilizado pela ANS. Ressalte-se que ações nessa linha trazem ganhos expressivos para os segmentos econômicos envolvidos (operadoras, empresas contratantes e prestadores de serviços), para a população e para o próprio Governo Federal.

Um aprofundamento do presente estudo, contemplando análise e processamento das informações relativas ao acompanhamento das incidências e prevalências de eventos em saúde coletadas ao longo de alguns períodos temporais junto ao SEMIC, pode consubstanciar-se em valioso indicador da efetividade das ações aqui propostas. A partir de simulações e avaliação de resultados comparativos com universos amostrais onde não se tenha implementado ações preventivas nos moldes propostos, pode ser de grande valia na quantificação dos resultados. Entretanto, tal tarefa vai além do escopo deste trabalho, que pretendeu se ater à descrição e prováveis desdobramentos na implementação da metodologia sugerida pela operadora em questão.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. - **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. Brasília, IPEA, (Texto para discussão, nº 599) nov. 1998.

ANS - **Resolução da Diretoria Colegiada** – RDC nº 12, Altera o Regimento Interno da ANS – 31/03/2000.

ANS - **Resolução da Diretoria Colegiada** – RDC nº 39, Dispõe sobre a Definição, Segmentação e a Classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – 31/10/2000.

ANS - **Resolução da Diretoria Colegiada** – RDC nº 95, Altera o Regimento Interno da ANS – 05/02/2002.

ANDRADE, M.V. , LISBOA, M.B. “Economia da Saúde no Brasil” – in: **Microeconomia e Sociedade no Brasil** – Rio de Janeiro , 2000.

ARROW, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **American Economic Review** **53** - 1963.

BAUMGARDNER, J.R. The Integration Between Forms in Insurance Contract and Types of Technical Change in Medical Care. **RAND Journal of Economics**, n. 22 , p. 36-53, 1991.

BLIND, K.V.K. **Self Protection and Insurance of Irreplaceable Commodities**. Jahrbucher fur Nation-ökonomie un Statistik 216(2):194-208 – 1996.

BORENSTEIN, C. R.. Regulação em Setores de Infra-estrutura: a Sociedade no Controle Externo das Organizações – in: **Revista de Administração Pública**. 5 - Rio de Janeiro, FGV, 2000.

BRASIL - Universidade Federal de Minas Gerais – **Métodos de Pesquisas de Survey** – Trad. Guilherme Cezarino - Editora UFMG – Belo Horizonte – 2001.

BRASIL. **Lei nº 9.961**, de 28 de fevereiro de 2001. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF., 23 de novembro de 2000.

BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 12 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF., 06 de junho de 1998. p.1.

BRASIL. **Lei nº 10.185**, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre a especializaçãodas sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF., 13 de fevereiro de 2001. p.1.

BRASIL. Presidência da República. (1995), **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 9 mar. 2004

CASTRO, C. M. **A Prática da Pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.

CHAUÍ, M. **Filosofia** São Paulo: Ática, 1995.

COOK, P.J., D. GRAHAM, **The Demand for Insurance and Protection: The Case of Irreplaceable Commodities** - in: Quarterly Journal of Economics 91(1):143-156 - 1977.

COOK, P.J., and M. MOORE Alcohol, in: A.J. Culyer and J.P. Newhouse eds. **Handbook of Health Economics** – Chapter 30 - Elsevier, Amsterdam, 2000.

D'ASSUNÇÃO, E.A. - **Livro das Especialidades Médicas**, in Revista Brasileira de Medicina do Trabalho – Associação Nacional de Medicina do Trabalho – Vol. 1 – nº 1 – Belo Horizonte Jul. – Set. 2003.

DOWD, B.E. **Financing Preventive Care in HMOs: A Theoretical Analysis** Inquiry 19:68-78 – 1982.

EHRlich, I. and G.BECKER, **Market Insurance, Self Insurance and Self Protection**, Journal of Political Economy 80:623-19 - 1972.

Entrevistas com a Diretoria e com técnicos do SEMIC.

FILHO, P. F. e PEDRO J. O. **A Universalização Excludente - Reflexões Sobre as Tendências do Sistema de Saúde no Brasil**. Unicamp – IE.

FILOMENO, J. G. B. **Manual de Direitos do Consumidor**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

GODDEERIS, J.H. “Insurance and Incentives for Innovation in Medical Care”, Southern Economic Journal, 51 – pp. 530-549 - 1984.

GRAVELLE, H.S.E. **Insurance and Corrective Taxes in the Health Care Market**, Journal of Economics (Zeitschrift für Nationalökonomie) (Supplement 5):99-120 - 1986.

GROOSMANN, H.I. The Human Capital Model. In: CULYER, J.; NEWHOUSE, J.P., **Handbook of Health Economics**, Amsterdam, Elsevier, 2000.

GUERRA, L. L. **Estratégia dos Serviços das Empresas que Operam Planos /Seguros de Saúde no Brasil** – 2. ed. Rio de Janeiro: FUNENSEG (Teses Cadernos de Seguros), 1998.

KENKEL, D.S - **Prevention, Handbook of Health Economics**, cap. 31 - Amsterdam, Elsevier - 2000.

KENKEL, D. S and SPINA, D. **Determinants of Worksite Health Promotion**, Economics letters 40:345-351, 1992.

KENKEL, D. S , **Self-Insurance and Worksite Alcohol Programs: An Economic Analysis**, Journal of Studies on Alcohol 58(2):211-219 - 1997.

LEAVELL, H. , CLARK, E.G. - **Preventive Medicine for the Doctor in his Community** – New York , Hill – 1965.

MALLOY, J. M. **Política e Previdência Social no Brasil.**, Graal. p. 31-37.

MANNING, W.G. , E.B. KEELER, J.P. NEWHAUSE, E.M. SLOSS and J. WASSERMAN – **The costs of poor health habits** (Harvard University Press) – 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. Rio de Janeiro, 2002. (Série ANS, 3).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro: 3 anos da lei 9656**. Rio de Janeiro, 2001. (Série ANS, 2)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2002. (Série ANS, 4)

NOGUEIRA, P. B. **As Agências Reguladoras da Saúde e os Direitos Sociais**. In: Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise - Brasília, Ipea, nº 5 , Agosto 2002.

NUNES, E. **A Gramática da Política no Brasil: Clientelismo e Insulamento Burocrático**. Rio de Janeiro : Zahar/ Brasília,(DF): ENAP, 1997.

OLIVEIRA, J.A.A, TEIXEIRA, SONIA M. F. **(Im)Previdência Social**. São Paulo:Vozes, P. 201-234.

PAULY, M. **Taxation Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy** – Journal of Economic Literature 24:629-675 - 1986.

PIOLA, S. F. ; JÚNIOR, G. B. **Financiamento do SUS nos Anos 90**. Campinas:UNICAMP – IE.

Revista de Administração Pública nº 5/2000– Fundação Getulio Vargas - Rio de Janeiro 2000.

SEMIC - **Material de divulgação** dos programas de prevenção à saúde e **Relatórios** produzidos a partir da aplicação da metodologia pela Operadora Serviços Médicos à Indústria e Comércio - SEMIC.

SHAVELL, S. – **On Moral Hazard and Insurance**, in Quarterly Journal of Economics 93(4):541-562 - 1979.

SUNDFELD, C.A. **Serviços Públicos e Regulação Estatal, Introdução às Agências Reguladoras** In Direito Administrativo Econômico. São Paulo: Malheiros, 2000.

ZARKIN, G.A. and S.A GARFINKEL , **The Relationship Between Employer Health Insurance Characteristics and the Provision of Employee Assistance Programs**, Inquiry 31:102-114 – 1994.