



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
CAMPUS CEILÂNDIA

Contribuição das operadoras de planos de saúde para a promoção da saúde dos idosos no Brasil

Orientanda: Jéssica Maldi Sousa

Orientadora: Priscila Almeida Andrade

Brasília

2017

Jéssica Maldi Sousa

**Contribuição das operadoras de planos de saúde para a
promoção da saúde dos idosos no Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva
apresentada a Faculdade de Ceilândia da Universidade de
Brasília para obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Priscila Almeida Andrade

Brasília

2017

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus e às forças maiores da espiritualidade, por eu ser feliz nesta trajetória da vida, e conseguir concluir com êxito mais essa etapa que contribuiu bastante para o meu crescimento pessoal e profissional. Quero agradecer ainda aos meus pais que ao longo de todos esses anos estiveram me apoiando, me aturando e me auxiliando no desenvolvimento intelectual, a minha avó que me acolheu e me ajudou sempre que necessário e a todos os meus familiares e amigos a quem tive que explicar sempre qual a graduação estava cursando. Adoro todos vocês. As minhas amigas Alynne Hellen que durante toda a graduação foi uma imensa companheira de estudo e de balada, que me suportou nos meus momentos de crise e Adriene Fernandes que apesar de ter passado maior parte do tempo longe, pegou no meu pé nessa reta final da graduação, sempre me incentivando e acreditando no meu potencial. Ao meu namorado Eduardo Silva que me fez ver o mundo com outros olhos, me incentivando sempre e me dando força nas horas mais difíceis não me permitindo desistir do meu propósito, obrigado de coração por todo carinho, atenção, puxões de orelhas e incentivo. Te amo muito. A minha orientadora Priscila Almeida pela paciência e compreensão em um momento tão delicado. A todos os colegas de graduação da UNB, que passaram e me fizeram sorrir mesmo querendo chorar, meu muito obrigado. A Stefany Lorrane, Gilca Dantas, Daniela Ketlyn, Deborah Bleza, Deildeala Barros, Crislaine Mesquita, Bruna Nobre e Mariane Sanches pelos estágios, aulas, palestras onde a diversão era sempre garantida ao lado de vocês, Maiza Misquita e Leonardo Lourenço pelo apoio e força nessa reta final que foi de suma importância para a conclusão desse belo trabalho. Aos professores que passaram ao longo desses anos somando sempre mais conhecimento, ampliando os horizontes do saber. Em especial Olga, Iturri, Everton e Inês que despertaram ainda mais a minha vontade de aprender e crescer com os conhecimentos adquiridos. Ao Jota, responsável pelo despertar de curiosidade pela temática idoso, pela amizade e companheirismo durante o estágio obrigatório. Aos que permanecem e continuam em meu caminho, obrigada pelos sorrisos, viagens, festas. Perdoem-me caso eu tenha me esquecido neste momento de cansaço da mente, pois sei que há muitos que passaram pela minha vida e contribuíram de alguma forma para essa longa jornada. Convivi com pessoas maravilhosas de diversos cursos, todos serão sempre lembrados por sua importância. Só tenho a agradecer.

É saber se sentir infinito,
Num universo tão vasto e bonito
é saber sonhas,
Então fazer valer a pena,
cada verso daquele poema sobre acreditar,
Não é sobre chegar no topo do mundo
e saber que venceu,
É sobre escalar,
E sentir que o caminho te fortaleceu...

(Letra: Ana Vilela)

Resumo

A promoção da saúde é um dos meios mais eficientes de prevenção de doenças crônicas em idosos. Atualmente os planos de saúde têm ganhado força e espaço nas ações e serviços de saúde. Entretanto para que as operadoras de planos de saúde consigam colocar em prática ações e serviços de promoção da saúde, é necessário contar com o auxílio da Agência Nacional de Saúde (ANS) que é parte integrada e de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho tem como objetivo identificar e descrever programas, projetos e intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em parceria com as operadoras de planos de saúde direcionados à promoção da saúde dos idosos no Brasil desde o ano 2000. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo na análise de políticas, programas e projetos com enfoque na implementação de orientações dos programas de saúde a idosos. Como resultado foi encontrado um projeto recente desenvolvido pela ANS, onde operadoras credenciadas desenvolveriam programas para a saúde dos idosos, das operadoras credenciadas apenas 27 delas apresentam informações disponíveis ao público em site, a não participação no projeto para idosos das operadoras de saúde com melhores colocações no ranking realizado anualmente pela ANS. Recomenda-se que a ANS incentive e fiscalize as operadoras de saúde no desenvolvimento de projetos de promoção à saúde de idosos. Buscou-se assim contribuir para que a saúde suplementar que funciona como complemento ao SUS não cause prejuízos para o mesmo.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Idoso; Operadora de planos de saúde.

Abstract

Health promotion is one of the most efficient means of preventing chronic diseases in the elderly. Currently, health plans have gained strength and space in actions and health services. However, in order for the health plan operators to implement health promotion actions and services, it was assisted by the National Health Agency (ANS), which is an integrated part of the Unified Health System (SUS). This study aims to identify and describe programs, projects and interventions of the National Supplementary Health Agency, in partnership with the health plan operators focused on the promotion of elderly health in Brazil since the year 2000. This is a descriptive study, exploratory, quantitative and qualitative in the analysis of policies, programs and projects focusing on the implementation of guidelines for health programs for the elderly. As a result, a recent project was developed by ANS, where accredited operators would develop programs for the health of the elderly, of the credential operators only 27 of them present information available to the public on site, the non-participation in the project for the elderly of health care providers with better settings In the ranking performed annually by ANS. It is recommended that ANS encourage and supervise health care providers in the development of health promotion projects for the elderly. It was thus sought to contribute to the fact that supplementary health that works as a complement to SUS does not cause any harm to it.

Keywords: Health promotion; Elderly; Health plan operator.

Lista de Quadros

Quadro 1- Recomendações da OMS para o fortalecimento da promoção à saúde.....	15
Quadro 2- Beneficiários dos planos de saúde no Brasil de 2005 a 2016.....	26
Quadro 3- Ranking de desempenho, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, das operadoras de planos de saúde no Brasil no ano de 2015.....	28
Quadro 4- Instituições que fazem parte do programa Idoso Bem Cuidado.....	33
Quadro 5- Operadoras de Saúde que apresentam programas de qualidade de vida do idoso.....	37
Quadro 6- Operadoras de Saúde que especificam o ano de criação dos programas de qualidade de vida do idoso.....	38
Quadro 7- Operadoras de Saúde que possuem documentos disponíveis sobre os programas de qualidade de vida do idoso.....	38
Quadro 8- Operadoras de Saúde apresentam intervenções e técnicas nos programas de qualidade de vida do idoso.....	39
Quadro 9- Operadoras de Saúde realizam práticas integrativas em saúde nos programas de qualidade de vida do idoso.....	40
Quadro 10- Operadoras de Saúde com estratégias para cuidados paliativos nos programas de qualidade de vida do idoso.....	40

Lista de Figuras

Figura 1- Prospecção da Pirâmide Etária do Brasil para 2030.....	20
Figura 2- Cobertura de planos privados de assistência médica na população brasileira, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2016.....	25
Figura 3- Idoso Bem Cuidado: Objetivo, Metas e diretrizes.....	35

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição geográfica por região das operadoras de planos de saúde credenciadas no projeto Idoso Bem Cuidado.....	34
Gráfico 2- Distribuição percentual das operadoras de saúde no Brasil em 2017.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNS-	Conselho Nacional de Saúde
EUA-	Estados Unidos da América
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSS-	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
MS-	Ministério da Saúde
MSS-	Mercado de Saúde Suplementar
OMS-	Organização Mundial da Saúde
OPS-	Operadoras de Planos de Saúde
Pnad-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PICS-	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde

Sumário	
1-Introdução	12
2-Justificativa	14
3-Objetivo	18
4-Referencial Teórico	19
4.1-Transição demográfica e epidemiológica	19
4.2-Histórico da Saúde Suplementar e da Agência Nacional de Saúde.	22
4.3-Utilização dos serviços de saúde por idosos	23
4.4-Panorama do Setor de Saúde Suplementar: cenários internacionais e nacionais	24
4.5-Qualificação das Operadoras de Saúde	26
4.6-Mecanismos de redução de riscos à saúde do idoso na saúde suplementar	28
5-Metodologia	30
5.1-Tipo de estudo e análise de conteúdo	30
5.2-Procedimento de coleta e variáveis	31
5.3-Limites da Pesquisa	31
5.4- Considerações Éticas	32
6-Resultados e Discussão	33
7-Considerações Finais	42
8-Referências bibliográficas	44

1-Introdução

A Lei nº 10.714 de 2003 da origem ao Estatuto do Idoso proferido pela União consiste em regulamentar os direitos assegurados a essa população, apesar de gozarem dos mesmos direitos fundamentais inerentes as pessoas, conta com um benefício de prioridades. Segundo o estatuto é considerado idoso todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003).

Devido ao aumento da expectativa de vida e transição epidemiológica em que as doenças crônico-degenerativas têm se tornado a primeira causa da carga global de doenças no Brasil, o envelhecimento populacional tem demandado a atenção técnica, política e financeira do Estado e do mercado em ações de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, promoção à saúde, prevenção de doenças, terapêuticas e cuidados paliativos (ALMEIDA- ANDRADE, 2007, 2015).

O Brasil tem passado por um processo de rápido envelhecimento da população. São mais de 20 milhões de idosos, que representam aproximadamente 11% do total da população. Estima-se que esse contingente triplique até o ano de 2050. A mudança na estrutura etária decorrente desse processo implica a necessidade de se repensar as políticas sociais, especialmente na área de saúde. Segundo pesquisa desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2015 a população idosa cresceu de 9,7% em 2004, para 14,3% no ano de 2015, essas informações são provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (BRASIL, 2012; IBGE, 2016).

Brasil (2017) estudou no ano de 2015 adultos com 18 anos ou mais nas 26 capitais e o Distrito Federal, onde foi possível perceber que de 54.174 participantes, 30.549 possuem planos de saúde, que corresponde a cerca de 56,2% da amostra. Na classificação por faixa etária, as capitais que recebem a maior e a menor população entre a faixa etária de 65 anos ou mais é São Paulo e Boa Vista, respectivamente.

Esse cenário tem mobilizado o Estado a aprimorar a regulação das ações dos planos de saúde para a promoção de saúde (ESTRELLA et. al, 2009).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define como operadoras de planos de saúde (OPS) as empresas e entidades que oferecem planos de assistência à saúde no mercado de saúde suplementar (MSS). As OPS podem comercializar planos odontológicos e

planos médico-hospitalares (BRASIL, 2000). O objeto desse estudo são as OPS credenciadas à ANS, as quais apresentam ações específicas para a promoção à saúde do idoso.

Frente aos argumentos apresentados, surgiram as seguintes inquietações: existe alguma política, programa ou projeto da ANS específico para a saúde do idoso? Quais são as prioridades contempladas? Há ações de promoção à saúde do idoso? Quais são as OPS credenciadas a essa política ou programa ou projeto da ANS para a saúde do idoso? Quais são as ações dessas OPS para a promoção à saúde do idoso? Essas são as perguntas guia que orientaram o desenvolvimento da pesquisa apresentada neste trabalho de conclusão de curso.

2- Justificativa

A Saúde Suplementar funciona como um sistema de saúde complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). A gestão em saúde do SUS é de suma importância, é responsável pelo monitoramento e avaliação das ações do mercado de saúde no campo da promoção à saúde, prevenção de doenças, intervenções terapêuticas e cuidados paliativos. A Lei nº 8.080 de 1990 destaca no artigo 6º que cabe ao SUS, o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Nesse cenário, inserem-se as ações de vigilância sanitária e do mercado em saúde, como por exemplo, os planos de saúde.

Ao longo do tempo foram realizadas outras conferências internacionais de promoção da saúde onde se afirma os preceitos da promoção da saúde e agrega novos significados ao termo. O empoderamento, o autocuidado e capacitação tomam destaque no complemento do significado de Promoção da Saúde onde os atores passam a ser diversos. Brasil (2007) acrescenta ainda que para que haja a tomada de decisão e a participação efetiva dos indivíduos no planejamento e execução de ações de promoção da saúde que visem a qualidade de vida torna-se imprescindível o desenvolvimento de habilidades individuais, comunitárias e institucionais.

O debate de promoção à saúde no cenário internacional desenvolve-se desde 1978, resultando na Declaração de Alma Ata que definiu como meta mundial a saúde para todos no ano 2000. Em 1986, foi realizada na cidade de Ottawa a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em parceria com a Organização Mundial de Saúde e Associação Canadense de Saúde Pública (BRASIL, 2002).

O conceito de promoção da saúde surgiu na I Conferência de Promoção da Saúde que deu origem a Carta de Ottawa que afirma:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (BRASIL, 2002, página19-20)

Em síntese, o debate internacional sobre promoção à saúde sob a liderança da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem enfatizado a inter-relação entre as ações no campo da atenção primária à saúde, da promoção à saúde e da estruturação de cidades saudáveis, como pode ser observado no quadro abaixo (BRASIL, 2002).

Quadro 1. Recomendações da OMS para o fortalecimento da promoção à saúde.

ALMA-ATA (1973- 1978)	PROMOÇÃO DA SAÚDE (1974- 1986)	CIDADE SUSTENTÁVEL (1984)
*Promoção/qualidade * Participação/planos * Atenção Primária de Saúde: Educação, Alimentação, Saneamento, Materno- Infantil, Imunização, Prevenção de Endemias, Doenças/traumatismos e Medicamentos. *Tecnologias adequadas: Ação comunitária, Autodeterminação e Auto- responsabilidade.	*Comunicar-se para melhorar a qualidade de vida * Participação decisória * Políticas Saudáveis *Ambientes favoráveis *Habilidades pessoais *Reconversão do sistema de saúde: ênfase na equidade, atenção determinante, extensão da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.	* Participação da comunidade nos planos para melhorar o ambiente e a qualidade de vida *Amplia a participação *Empoderamento *Políticas saudáveis *Ênfase em equidade *Atenção determinante *Macrofunção social: trabalho e renda, infra-estrutura, desenvolvimento social, saúde e nutrição.
EMPODERAMENTO	—	SUSTENTABILIDADE SOCIAL

Fonte: Adaptado de Brasil (2002).

Essa sistematização sinaliza que o debate da promoção à saúde tem sido vinculado à equidade, à intersectorialidade, à participação, à responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a uma melhor qualidade de vida, com ênfase na estruturação de ambientes saudáveis, o que demanda a ação do Estado, mercado e sociedade.

No Brasil, há dois instrumentos de política estratégicas para o objeto deste estudo. O primeiro consiste no Estatuto do Idoso, o qual regulamenta os direitos e prioridades assegurados a esse grupo populacional. Segundo o Estatuto; é considerado idoso todas as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. No art. 2º afirma a que o idoso deve gozar de todos os direitos fundamentais inerentes ao ser humano, assegurando todas as oportunidades e facilidades para a prevenção de sua saúde física e mental, no 9º art. garante à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde possibilitando um envelhecimento saudável e em condições dignas. Apresenta ainda em seu Art3º, parágrafo único a garantia da prioridade que

no inciso II a preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas e inciso VIII traz a garantia do acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social. Para complementar no art. 15º do estatuto do idoso é assegurada a atenção integral à saúde do idoso pelo SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, por intermédio das ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com enfoque principalmente nas doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Já a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva a partir dos determinantes e condicionantes- alimentação, saneamento básico, moradia, trabalho, lazer entre outros; e reduzir os riscos a saúde e vulnerabilidade dos indivíduos. As estratégias adotadas são de ênfase na atenção básica, autonomia aos indivíduos, elaboração de políticas, minimizar desigualdades e adoção de modos de vida e apresenta os seguintes eixos de ação como estratégias para concretizar as ações de promoção a saúde: territorialização, redes de atenção à saúde, articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial, gestão, participação social, educação, vigilância, monitoramento e avaliação, comunicação social e mídia e produção e disseminação de conhecimento e saberes (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

Ao realizar o estágio obrigatório 3 em Saúde Coletiva no Serviço de Limpeza Urbano (SLU) no núcleo de capacitação, foi proposto o desenvolvimento de uma estratégia de preparação para a aposentadoria, que despertou interesse sobre a temática da saúde do idoso. Ao observar o SLU, um órgão público onde parte dos funcionários possuem planos privados de saúde e apresenta um grande quantitativo de funcionários próximos da aposentadoria e com alguns problemas de saúde, as estratégias de promoção à saúde tornaram-se de extrema relevância para o envelhecimento saudável.

O papel do sanitarista toma destaque neste caso, por manter um olhar amplo, visando não apenas a doença, mas também monitorando e planejando estratégias que possibilitem melhoria na qualidade de vida da população envolvida, por se tratar de uma saúde suplementar que também é de responsabilidade da gestão do SUS.

O plano de cuidado para idoso na saúde suplementar é uma proposta embasada no crescente envelhecimento da população, consiste em buscar melhorias na qualidade de vida e a manutenção da capacidade funcional de todos os idosos. O desafio enfrentado pela ANS é grande, pois inclui a necessidade de induzir uma reorganização na saúde suplementar visando à elaboração de um modelo de atenção à saúde voltado para o cuidado, melhor distribuição e

uso dos recursos e produção da saúde. Essas mudanças tornam-se complicadas por se tratar de uma transformação comportamental e cultural de vários componentes que compõe a saúde suplementar – operadoras, beneficiários e prestadores de serviço (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, os gestores em saúde necessitam conhecer as ações do setor privado direcionadas para promoção à saúde dos grupos populacionais, como os idosos, por exemplo, a fim de monitorar, avaliar e aperfeiçoar os investimentos e parcerias público-privadas.

3- Objetivos

3.1- Objetivo Central

Identificar e descrever programas, projetos e intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em parceria com as operadoras de planos de saúde direcionados à promoção da saúde do idoso no Brasil desde o ano 2000.

3.2- Objetivos Específicos

Mapear e identificar a existência de programas e intervenções da ANS para a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

Analisar os programas e ações de promoção a saúde e qualidade de vida dos idosos nos planos de saúde parceiros da ANS.

4- Referencial Teórico

Ao longo do referencial teórico, são abordados os temas sobre saúde do idoso, a saúde suplementar, operadoras de saúde e a promoção da saúde em tópicos mais específicos, a fim de apresentar os argumentos relacionados a essas temáticas, contextualizando-os.

Inicialmente, é apresentada uma breve descrição dos dados demográficos e epidemiológicos da população brasileira idosa. Em seguida, o histórico da saúde suplementar e da ANS para facilitar a compreensão sobre o cenário em que se englobam as OPS. É apresentada também a utilização dos serviços de saúde por idosos, com destaque aos tipos de serviços que são mais buscados. Depois um panorama de como está o setor privado de saúde no Brasil e no Mundo e as estratégias adotadas, a qualificação das melhores operadoras, segundo a ANS e quais índices são aplicados. Por fim, são apresentados os mecanismos de redução de risco à saúde do idoso, abordando as estratégias de promoção da saúde.

4.1- Transição demográfica e epidemiológica

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) define envelhecimento como um processo natural do indivíduo, sendo irreversível e próprio de toda a espécie, que com o passar do tempo surge às incapacidades de enfrentamento do ambiente, possibilitando deste modo uma elevada possibilidade de morte (BRASIL, 2011).

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados: o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e, o segundo, é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários (BRASIL, 2006 citado BRASIL, 2011, 112p.).

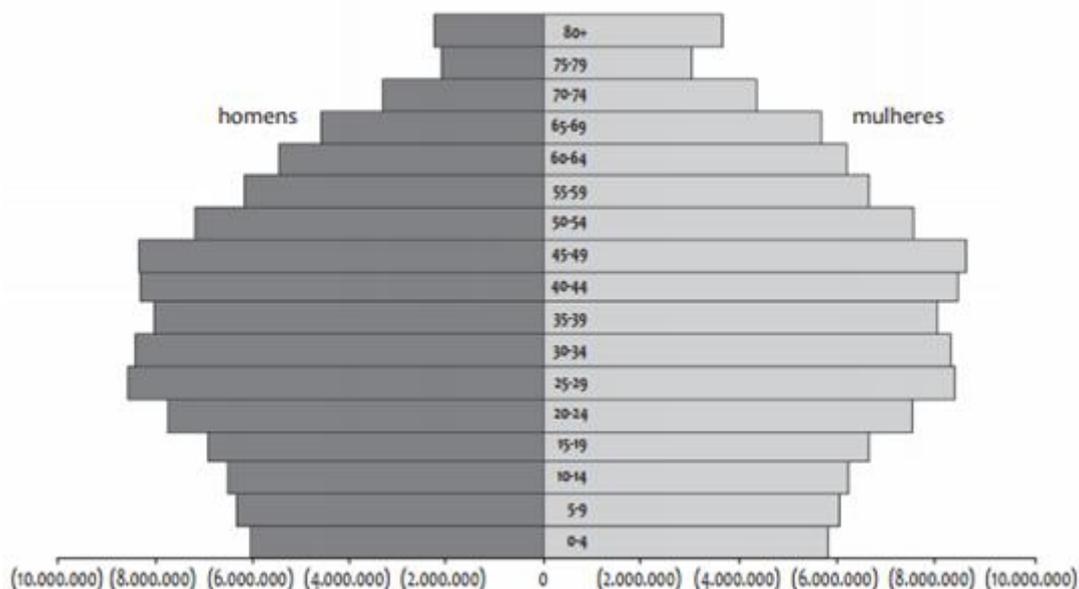
A redução da taxa de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida se deu com o avanço da urbanização e industrialização, juntamente com o aumento da melhora das condições de vida, principalmente pelo acesso aos serviços de saúde e saneamento básico (VIEIRA JUNIOR, 2013).

A população brasileira está passando por um processo de envelhecimento e percebe-se que esse fenômeno demográfico tende a aumentar consideravelmente podendo daqui a 40

anos, cerca de 30% da sociedade brasileira estar com mais de 60 anos de idade. Em 2011, esse grupo populacional já atingia, aproximadamente, 19 milhões, podendo alcançar, em 2050, um total de 65 milhões de idosos (SOUZA, 2011).

Em 1950, a esperança de vida no mundo era de 46 anos de idade, esse valor aumentou no ano de 2002 para 66 anos e a tendência com o aumento da expectativa de vida é que esse número seja ainda maior. Em 2050 é estimado que a população idosa atinja os 2 bilhões de pessoas (SILVA; SOUZA, 2010). Segundo projeções do IBGE o formato da pirâmide etária tem sido modificado devido ao envelhecimento populacional crescente em contraposição a taxa de natalidade que permanece estável, segundo apresentado na figura 1.

Figura 1- Prospecção da Pirâmide Etária do Brasil para 2030.



Fonte: IBGE, (2004).

O envelhecimento populacional diversas vezes vem acompanhado de consequências à saúde dos indivíduos como doenças degenerativas e crônicas que acarretam além do aumento à procura por atendimento aos serviços de saúde, elevados gastos para o custeio da assistência à saúde. O idoso necessita de mais recursos que um jovem para os cuidados com a saúde, sendo que o valor pode chegar a ser oito vezes maior do que dos jovens. Diante dessa situação, para que o cuidado se torne mais eficaz e menos doloso, faz-se necessário o maior

investimento financeiro que contribuem na ajuda dos avanços tecnológicos de medicamentos e tratamentos (SOUZA, 2011).

A população idosa constitui o segmento que mais cresce na população brasileira. Uma das consequências que esse crescimento vem acarretando é o aumento pela busca de serviços de saúde e sociais. As demandas dos idosos por assistência médica são expressivas, o atendimento corresponde a 23% dos gastos públicos com internações hospitalares no país. Doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento segundo mostram estudos epidemiológicos, e são importantes determinantes do envelhecimento saudável o uso de serviços preventivos, adoção de hábitos de vida saudáveis e eliminação de fatores de risco (LIMA-COSTA; BARRETO,2003).

Em boa parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento populacional foi gradual e paralelo ao crescimento socioeconômico durante varias décadas. Por este fato, os países desenvolvidos se tornaram ricos antes de envelhecerem, entretanto os países em desenvolvimento estão envelhecendo de modo a não acompanhar as condições econômicas que ainda se encontram instáveis. O envelhecimento populacional no Brasil está ocorrendo de forma acelerada (VIEIRA JUNIOR, 2013).

A incidência e prevalência de eventos mórbidos são maiores em idosos, devido a este fator o número de consultas, internações e utilização de serviços de alta complexidade e custo é maior para eles. Atualmente a principal causa de morte são as doenças cardiovasculares, mas nem sempre foi assim. Na década de 1960 a principal causa de morte no Brasil eram as doenças infecciosas. Os fatores determinantes para a redução de mortes por agentes infecciosos foram o desenvolvimento dos antibióticos e a ampliação da cobertura de imunização por vacinas (KILSZTAJN; SUGAHARA; LOPES, 2004; VIEIRA JUNIOR, 2013).

Ao longo das últimas décadas, foram apresentados avanços importantes na qualidade de vida dos idosos. O número de idosos aumentou e eles estão com a expectativa de vida maior. O perfil de morbimortalidade dos idosos, no entanto, tem apresentado algumas diferenças expressivas quanto a maior prevalência das doenças crônicas (BRASIL, 2012).

Conforme aponta Estrella et. al. (2009) no SUS revelou-se uma prevalência 30% para doenças cardiovasculares e 22,9% para diabetes mellitus em ambiente ambulatorial especializado em idosos. Aponta para o grande número de consultas da população idosa nos serviços de saúde e um número crescente de internações sugerindo o alto risco na saúde dessa

população no contexto da medicina suplementar. Vale ressaltar que a hospitalização é um grande agente causador da mortalidade entre os idosos.

4.2- Histórico da Saúde Suplementar e da Agência Nacional de Saúde.

A saúde suplementar no Brasil surgiu em meados da década de 1960. Contou com o auxílio governamental durante 30 anos em que o mercado de saúde se desenvolvia. Em 1970 o governo concedeu incentivos da previdência Social que possibilitou o crescimento das cooperativas e empresas de medicina de grupo, que após a retirada dos incentivos os planos passam a se estabelecer diretamente com as empresas médicas. A comercialização de planos individuais surge em 1980 juntamente com a Reforma Sanitária (CORRÊA, 2004).

A promulgação da constituição 1988 afirma o direito à saúde e a garantia de acesso a todos, de modo que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada desde que visem o atendimento, à redução do risco de doença e agravos à saúde e disponham de serviços para promoção, proteção e recuperação do indivíduo. O desenvolvimento do SUS em um período de crise econômica causa uma deficiência na atenção à saúde, ampliando as responsabilidades do Estado que apresenta dificuldades em cumprir os princípios que regem o Sistema Público de Saúde, e deste modo, acaba por fortalecer o serviço privado de saúde. A regulação do sistema privado de saúde apesar do descrito na constituição só é consolidada no final da década de 1990 (CORRÊA, 2004).

Em 2000 é revisto o modelo de regulação dos planos de saúde. O governo resolve com a Lei nº 9.961 de 2000, criar a ANS que assume a regulação do setor, tendo por finalidade defender o interesse público na saúde suplementar, regular as operadoras e as relações prestadoras e consumidores no desenvolvimento de ações de saúde (CORRÊA, 2004).

Os contratos de planos de saúde individuais são comercializados de modo que os consumidores consigam escolher o que desejam com aquele serviço. Já as empresas atuam na estratégia de preços, serviços ofertados a fim de atrair lucros à operadora. O mercado competitivo dos planos de saúde usa para o apereçamento a seleção adversa, ou seja, as classes de risco e/ou a faixa etária refletindo um custo médico-assistencial médio ao consumidor (WANICK, 2004).

Atualmente existe um mecanismo de seleção adversa de consumidores no mercado privado de saúde que constrói barreiras na garantia de acesso aos serviços de saúde. O Brasil possui uma distribuição de renda desigual entre os indivíduos e grupos de riscos, em

determinados casos ocorre à exclusão de grupos sociais do mercado de serviço de saúde. Para que a cobertura seja completa sem exclusão de indivíduos ou grupo a solução encontrada pelo governo foi à criação de faixas etárias com prêmios diferentes, ou seja, os valores cobrados entre o plano mais caro e mais barato devem respeitar o percentual estipulado, permitiu-se planos de adesões em segmentos, de acordo com o grau de cobertura desejado pelo contratante (CORRÊA, 2004).

O Estatuto do Idoso surge no intuito de impedir os aumentos exorbitantes na faixa que cobre pessoas com mais de sessenta anos de idade. A ANS definiu 10 faixas etárias, fixando um teto de valores a serem cobrados, de modo que o idoso, última faixa, não pague mais que seis vezes o valor cobrado as pessoas da 1ª faixa. Portanto, os custos dos serviços utilizados pelos idosos seriam subsidiados com o auxílio dos consumidores dos planos de saúde mais jovens. A cobrança de preço único a todas as pessoas torna-se inviável para a sustentabilidade das OPS, pois o mercado da saúde considera o consumo de serviços, como os diagnósticos e terapêuticos, por exemplo, pelos diferentes grupos populacionais para organizar sua rede de prestação de serviços e definir preços por faixas de clientes (SOUZA, 2011).

É possível melhorar o planejamento e gestão do serviço através de estratificação da população de acordo com o risco, pois há possibilidade de dimensionar o quantitativo de indivíduos para intervenção e planejar a assistência adequada em especial para casos de médio e alto risco, que engloba a proporção apontada como sendo a correspondente ao idoso frágil na população geral (ESTRELLA et. al., 2009).

4.3- Utilização dos serviços de saúde por idosos

A utilização dos serviços de saúde é compreendido pelo contato do profissional de saúde com o indivíduo em todos os níveis de atenção e cuidado: ambulatorial, hospitalar, domiciliar, preventivos ou de reabilitação, onde o profissional define o tipo de cuidado e os recursos a serem usados na prestação do cuidado a saúde (VIEIRA JUNIOR, 2013).

A necessidade de cuidados de saúde é apontada como principal fator para a utilização dos serviços de saúde. O termo 'necessidade' é compreendido como a percepção do indivíduo do estado de saúde ou da identificação do profissional de saúde. Desse modo, o envelhecimento populacional é visto como um importante fator para o aumento da utilização dos serviços de saúde, pois os mesmos são vistos como maiores frequentadores do serviço de

saúde possuem maior tempo de tratamento, ocasionando um aumento nas despesas com assistência à saúde (VIEIRA JUNIOR, 2013).

As demandas dos idosos na área de saúde requerem uma atenção especial, pois padrões de morbi-mortalidade são diferentes da população jovem, as chamadas enfermidades crônicas, do qual se torna necessário dispor de maiores quantias de recursos financeiros. Devido à grande variedade de patologias que acometem os idosos, eles por sua vez passam a usufruir da diversidade de especialidades médicas, apresentando a iatrogênia como um problema de saúde para o próprio indivíduo e para o sistema acarretando consequências indesejáveis (BRASIL, 2012).

4.4- Panorama do Setor de Saúde Suplementar: cenários internacionais e nacionais

A cobertura por planos e seguros privados de saúde não são significativas em termos mundiais, mas podemos ver que no Brasil o sistema público convive com um considerável mercado de operadoras de saúde, diferente dos Estados Unidos da América (EUA), onde os planos privados de saúde têm maior prevalência e o governo é responsável apenas pela atenção à saúde do idoso, o estado encarrega-se da assistência à saúde apenas dos indivíduos com alto risco. Temos como exemplo o *Medicare*, programa do sistema público de saúde norte-americano voltado para indivíduos maiores de 65 anos e inválidos (BAHIA E SCHERFFER, 2010).

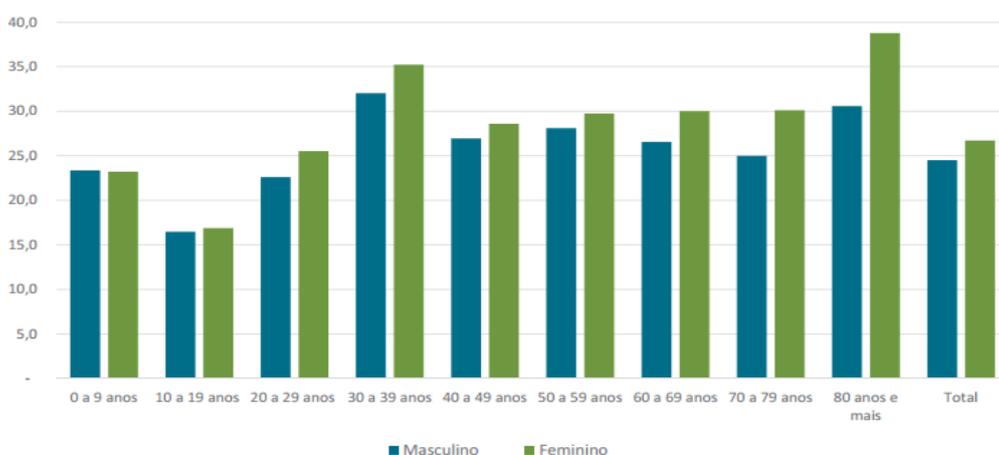
O EUA possui o único sistema de saúde em que os planos e seguros privados representam a principal forma de cobertura e financiamento. Nos países como Canadá, França, Alemanha, Suíça e Holanda os planos privados correspondem a aproximadamente 10-15% dos gastos com saúde. Esse percentual pode ser ainda menor quando se tratam de Austrália, Espanha, Irlanda, Áustria e Nova Zelândia, sendo a cobertura de planos privados correspondente a apenas 4-10% dos gastos em saúde. Conforme apresentado, podemos inferir que o setor público nesses países é bastante eficaz na cobertura de saúde, transformando o sistema privado em complementar as ações públicas em saúde (BAHIA E SCHERFFER, 2010).

O sistema suplementar de saúde do Reino Unido a partir da década de 1990 contou com a ampliação do setor privado de saúde onde possui Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar. O setor privado, para ganhar espaço, reconhece a necessidade de ser

bastante criativo e inovador, para se firmar no mercado como real opção a um dos mais tradicionais e respeitados sistemas público de saúde do mundo. Para isso os beneficiários de uma grande operadora de saúde no Reino Unido recebem incentivos financeiros para deixarem seus carros parados e caminharem, usando o pedômetro com monitor cardíaco e prática de exercícios físicos em academias, há também os descontos na compra de frutas e legumes em uma rede de supermercados associada à empresa de saúde (BRASIL, 2012).

No Brasil, em 2004, o MSS contava com aproximadamente 30 milhões de beneficiários. Os contratos privados de saúde comercializados podem ser individuais ou coletivos. Neste período 72,60% do total de segurados possuíam contratos coletivos de planos de saúde, enquanto 27,40% tinham contratos individuais (WANICK, 2004). No ano de 2015, a ANS fez um levantamento e constatou que o número de idosos que participam da saúde suplementar é expressivo, dos aproximadamente 50 milhões de vínculos de beneficiários a planos privados de assistência médica no Brasil, 12,5% referem-se a pessoas com 60 anos ou mais de idade – idosos. (BRASIL, 2015). Conforme apresentado na figura a seguir, o destaque é para o grupo etário de 80 anos e mais, principalmente entre a população feminina em que 38% das idosas têm contratação dos serviços das OPS. Este fato sinalizando o grande quantitativo desse grupo populacional que tem cobertura da atenção à saúde por meio de planos de saúde.

Figura 2- Cobertura de planos privados de assistência médica na população brasileira, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2016



Fonte: Sistema de Informação de Beneficiários/Agência Nacional de Saúde (ANS, 2016).

Ao analisar os dados abaixo, pode-se verificar que na maior parte dos anos o número de beneficiários dos planos privados de saúde tem aumentado. Este fator pode estar relacionado às grandes dificuldades econômicas e administrativas encontradas atualmente no SUS.

Quadro 2- Beneficiários dos planos de saúde no Brasil de 2007 à 2016.

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica
Dez/2007	39.316.313
Dez/2008	41.486.019
Dez/2009	42.561.398
Dez/2010	44.937.350
Dez/2011	46.025.814
Dez/2012	47.791.280
Dez/2013	49.422.494
Dez/2014	50.377.684
Dez/2015	49.265.921
Dez/2016	47.898.787

Fonte: Sistema de Informação de Beneficiários/Agência Nacional de Saúde (2016).

4.5- Qualificação das Operadoras de Saúde

A ANS classifica as empresas operadoras dos planos de saúde de assistência médico-hospitalar em seis modalidades: Administradoras de benefícios que administram planos de saúde não possuindo beneficiários; Autogestões: empresas com planos próprios para seus empregados, não possui fins lucrativos e não comercializam planos de saúde; Cooperativas médicas, criadas para preservar a autonomia médica; Filantropias entidades sem fins lucrativos, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, normalmente denominadas como Santa Casa; Medicina de grupo, empresas privadas lucrativas que oferecem serviços de assistência médica por meio de prestadores próprios ou credenciados; Seguradoras especializadas em saúde: empresas lucrativas, vinculadas a seguradoras e bancos (ANS, 2017).

A ANS criou em 2004 o Programa de Qualificação de Operadoras, em 2015 passou por uma reformulação. O objetivo da reestruturação do programa foi promover melhorias de acordo com as novas regras e práticas estabelecidas para a Saúde Suplementar (ANS, 2017).

A avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), sendo referente ao ano anterior ao da divulgação e calculado a partir de 4 indicadores, cada um com o peso de 25%, são eles:

1. Qualidade em atenção à saúde que avalia o conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, enfatizando as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde;
2. Garantia de acesso que visa às condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso e a oferta de rede de prestadores;
3. Sustentabilidade no mercado monitora o equilíbrio econômico-financeiro, a satisfação do beneficiário e os compromissos com prestadores;
4. Gestão de processos e regulação afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS (ANS, 2017).

Os indicadores são atribuídos aos planos por faixas, quanto maior a pontuação melhor a posição na faixa de notas da avaliação. A maior faixa engloba notas de 0,8 até 1 classificado como melhor e a menor de 0 a 0,2. No ano de 2016, ano-base 2015, foram classificados como melhor 164 operadoras de saúde. Vale ressaltar que as operadoras foram qualificadas em suas individualidades, ou seja, o IDSS pode ser diferente na mesma operadora em diversas localidades. O quadro a seguir mostra as dez primeiras do ranking (ANS, 2017).

Quadro 3- Ranking de desempenho, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, das operadoras de planos de saúde no Brasil no ano de 2015.

Classificação	Nº Registro	Nome Operadora	IDSS
1º	41124-8	Associação policial de assistência à saúde/Presidente Venceslau (APAS)	0,9705
2º	31466-8	Abertta Saúde	0,9553
3º	33456-1	Unimed Blumenau	0,9542
4º	41795-5	Associação de assistência médico hospitalar dos magistrados do estado do Paraná (JUDICEMED)	0,9467
5º	33864-8	Fundação Sanepar de assistência social	0,9400
6º	40663-5	Associação policial de assistência à saúde/Itapetinga (APAS)	0,9397
7º	36311-1	Hospital de caridade de Vargem Grande do Sul	0,9353
8º	34215-7	Unimed Morrinhos	0,9311
9º	38470-4	Associação dos Empregados da companhia estadual de habitação e obras públicas (ASSEC)	0,9291
10º	40670-8	Assistência personalizada á saúde (APS)	0,9273

Fonte: Adaptado de ANS (2016).

A ANS desenvolve ainda outros programas que avaliam e estimulam a qualidade do serviço prestado pelas operadoras neste setor privado, entre elas estão o Programa de Acreditação de Operadoras e Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (ANS, 2017).

4.6- Mecanismos de redução de riscos à saúde do idoso na saúde suplementar

O modelo de atenção compreendida na Saúde Suplementar ainda é predominado pelo modelo médico/hospitalar. “Na Saúde Suplementar, o modelo de atenção hegemônico caracteriza-se pelo enfoque biológico da saúde/doença/cuidado, desconsiderando seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente” (BRASIL, 2007, p.15).

De acordo com Brasil (2007) a criação da ANS foi de suma importância para a regulação das operadoras de planos privados e objetivou a criação do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para estimular a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no Setor Suplementar. O programa visa ainda melhorar a qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, ressaltando que parte das doenças é passível de prevenção.

A ANS começou no ano de 2000 a estruturação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças com o propósito de modificar o modelo assistencial vigente nos

planos privados de saúde visando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos beneficiários desses planos privados. O programa teve como principais objetivos: contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar; induzir a mudança dos modelos assistenciais vigentes; contribuir para a qualificação da gestão das operadoras, incentivando-as a conhecer Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar, o perfil de saúde e doença da sua população de beneficiários; estimular o trabalho de equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado; contribuir para a qualificação da assistência prestada e para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde (BRASIL 2012).

A ANS por meio de regulamentações vem buscando desenvolver programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e estimular as operadoras de saúde, que além de estimular hábitos saudáveis, podem incentivar os beneficiários de forma a oferecer descontos e prêmios nos planos. O incentivo dado aos beneficiários como redução de mensalidades para os participantes dos programas é válido em todas as faixas etárias, mas tem sua extrema importância entre os idosos com ações de envelhecimento ativo. A Resolução Normativa nº 264 prevê incentivos às operadoras que realizem programas de promoção e prevenção como pontuação bônus no IDSS; redução de exigências mensal com aproveitamento das despesas com os programas aprovados pela ANS (VIEIRA JUNIOR, 2013).

5- Metodologia

5.1- Tipo de estudo e análise de conteúdo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo na análise de políticas, programas e projetos com enfoque na implementação de orientações dos programas de saúde á idosos. Segundo LIMA-COSTA E BARRETO (2003) a epidemiologia descritiva tem por objetivo determinar condições relacionadas à saúde onde a utilização de base de dados primários é um dos aportes para o desenvolvimento de estudos. Um estudo exploratório é compreendido devido à necessidade de novas informações já que o tema abordado e os objetivos da pesquisa foram até o momento pouco explorados (DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008).

O método utilizado nessa pesquisa é exposto com clareza por DALFOVO, LANA, SILVEIRA (2008), por se tratar de um levantamento de dados e a importância destes para o contexto em que se insere. Conceitua a pesquisa quantitativa que visa a mensuração tanto na coleta quanto no manuseio e tratamento das informações, evitando distorção na análise e interpretação dos dados quando utilizadas as técnicas estatísticas, possibilitando maior margem de segurança; e pesquisa qualitativa por descrever determinado problema onde se faz necessário a compreensão e classificação dos processos que são passíveis de mudanças e aperfeiçoamento, possibilitando o entendimento das peculiaridades presentes.

A análise de conteúdo e mensuração dos dados utilizou para fins de obter maiores informações sobre o tema em bancos de dados disponíveis como: documentos oficiais do governo, artigos científicos e páginas web da ANS e das operadoras credenciadas.

Foi escolhido nesse trabalho o marco inicial para o mapeamento dos dados o ano de 2000 por ser o ano de surgimento da ANS baseado na Lei nº 9.961 de 2000. Este estudo utilizou-se de uma série temporal marcada com o surgimento da ANS que representa o período em que as operadoras tiveram para se adequarem ao novo regimento. Haddad (2004) afirma que um estudo longitudinal nas ciências da saúde busca conhecer ao longo do tempo as probabilidades de uma dada situação durar, ou seja, destinam-se a estudar um processo ao longo do tempo para investigar mudanças que podem vir a refletir em uma sequência de fatos.

5.2- Procedimento de coleta e variáveis

Com o uso das palavras chaves: idoso, saúde do idoso, política de saúde do idoso, planos de saúde, mapear na base de dados os artigos científicos a serem utilizados, além de buscar no site da ANS por documentos de programas, políticas e projetos de alcance à temática idoso. As unidades de análise usadas foram programas relacionados à qualidade de vida e saúde do idoso e operadoras de saúde credenciadas a esses programas. Identificar os 10 principais planos de saúde no ranking da ANS e as OPS credenciadas no programa Idoso Bem Cuidado, mapear se possuem programas de qualidade de vida para os idosos e compilar os dados para análise a partir da extração das informações.

Para o mapeamento das OPS e dos planos de saúde foram utilizadas as variáveis: Tem programa de qualidade de vida para idosos, sim ou não? Qual o ano de criação do programa de qualidade de vida para idosos? Tem documento (livro digital ou página web) que explique o programa de qualidade de vida para idosos? Quais as intervenções e técnicas que o programa de qualidade de vida de idosos oferece aos seus clientes do plano de saúde? O programa de qualidade de vida para o idoso, oferta práticas integrativa em saúde (ex: meditação, terapia comunitária, massagem, acupuntura, yoga entre outras)? Quais? O programa de qualidade de vida para idosos oferece intervenções para o cuidado paliativo? Quais? Fora, localizadas outras informações que consideradas relevantes divulgar sobre o programa de qualidade de vida da OPS? Qual o quantitativo de clientes que participam do programa de qualidade de vida de idosos na OPS mapeado?

5.3- Limites da pesquisa

A pesquisa terá como limite as políticas e programas específicos para idosos assim como as contribuições das operadoras de planos de saúde credenciadas aos programas específicos para idosos não agregando ação de prestadores de serviços nem os programas que incluem os idosos.

5.4- Considerações éticas

Por tratar-se de uma revisão sistemática, estudo que utiliza informações disponíveis publicamente, ou seja, base de dados primários e secundários, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 510 de 2016, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

6- Resultados e Discussão

Ao realizar buscas na página oficial da ANS, no que tange Gestão em Saúde foi verificado a existência de um programa desenvolvido pela ANS específico para a saúde do idoso que propõe um modelo inovador de gestão, o programa é denominado como “Idoso bem cuidado”, envolve instituições parceiras comprometidas com a iniciativa de um envelhecimento ativo, qualidade da atenção. O projeto surgiu com a necessidade de melhoria do cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil, conta com uma lista de 49 operadoras e 18 prestadoras de serviço credenciadas ao programa (ANS, 2017).

Quadro 4- Instituições que fazem parte do programa Idoso Bem Cuidado

UsiSaúde (Usiminas)	Unimed-Belém	BioVida Saúde	Golden Cross	Unimed-Joinville	Unimed-Pelotas	Unimed-Caruaru
Caberj	Amil	Sobam	ASFEB	Clinipam	Cafaz	Economus
Unimed-Erechim	Unimed-Fortaleza	Unimed Vitória	Unimed Sete Lagoas	Unimed-Petrópolis	Notre Dame Intermédica	Unimed-Ceará
Unimed-Campinas	Unimed-Litoral	Metrus Saúde	Nossa Saúde	SPA Saúde	Camed Saúde	Cemig Saúde
Unimed-Belo Horizonte	Unimed-Noroeste	Passa Saúde (Vale)	Unimed- São Carlos	Unimed- Juiz de Fora	Santa Helena Saúde	São Cristóvão Saúde
Unimed-Goiânia	Unimed Franca	Geap Saúde	Sepaco Autogestão	Central Unimed	Unimed Anápolis	Vitallis Saúde
Unimed Santa Bárbara D'Oeste	Unimed-Estado do Paraná	Plano Amazônia Saúde	Sul América Saúde Ativa	Unimed Poços de Caldas	Unimed Norte de Minas	Unimed Espírito Santo

Fonte: ANS (2017).

O quadro acima apresenta todas as OPS selecionadas pela ANS para participarem do projeto Idoso Bem Cuidado e desenvolverem ações de promoção à saúde específicas para o grupo etário.

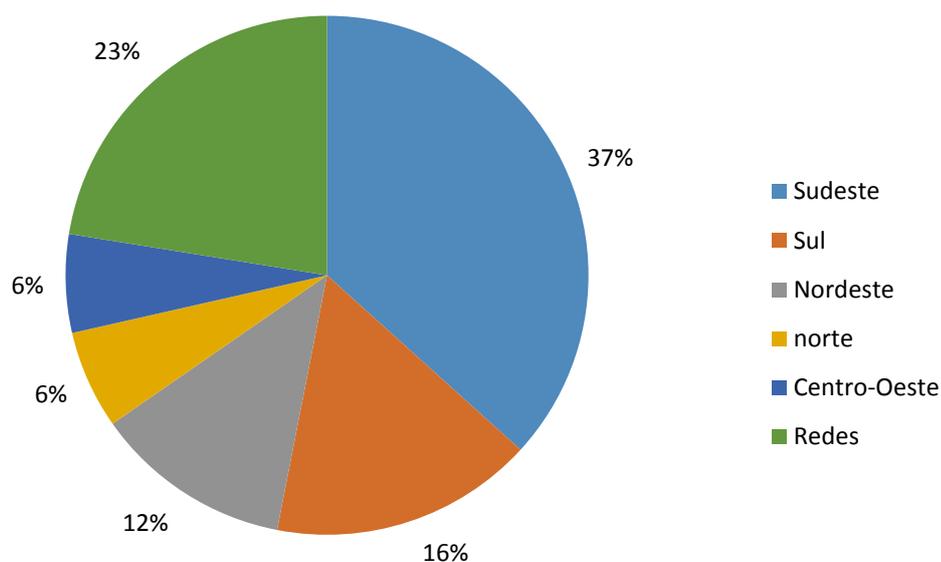
O modelo do programa é composto pelo acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico, cuidados complexos de curta duração e cuidados de longa duração. O destaque maior nesse modelo de estrutura em níveis de hierarquização esta para os três

primeiros níveis, onde se aproximam mais do compromisso e meta do projeto que é a melhoria da qualidade de vida e do atendimento prestado aos idosos desde a porta de entrada do sistema privado e ao longo de todo o cuidado (ANS, 2017).

Operadoras de planos privados de saúde de todo o país estavam possibilitadas de aderir ao programa Idoso bem cuidado de maneira voluntária. A seleção pela ANS respeitou os seguintes trâmites, em um primeiro momento as operadoras interessadas manifestavam a intenção de adesão ao projeto por meio do preenchimento de um formulário, que era encaminhando a ANS junto com os documentos necessários solicitados, em seguida todas as OPS que manifestaram interesse apresentavam os programas desenvolvidos de acordo com o projeto piloto e apresentado pela ANS para implementação do modelo Idoso Bem Cuidado, os programas deveriam seguir as orientações descritas no Termo de Intenção de Adesão, os programas selecionados foram escolhidos com base nos critérios pré-estabelecidos.

As OPS credenciadas no projeto Idoso Bem Cuidado são das mais diversas regiões do Brasil. Algumas delas são redes que atendem em diversas regiões, outras são de regiões específicas. O gráfico abaixo apresenta de forma mais sucinta essa separação por regiões e redes com ampla cobertura:

Gráfico 1- Distribuição geográfica por região das operadoras de planos de saúde credenciadas no projeto Idoso Bem Cuidado.

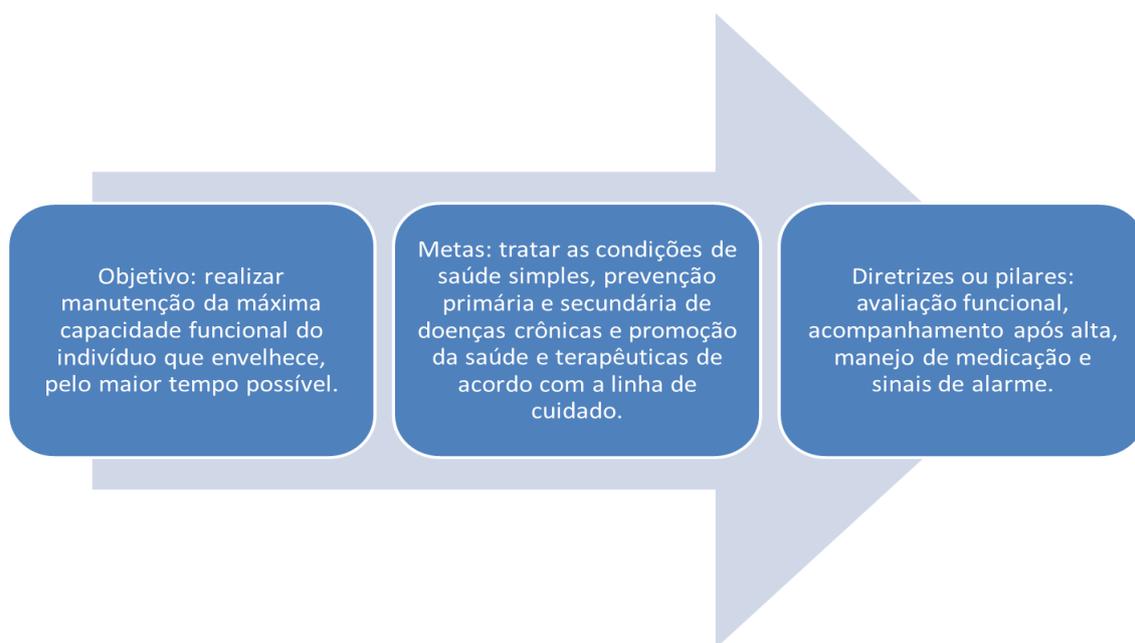


Fonte: Adaptada de ANS (2017).

O projeto Idoso Bem Cuidado foi desenvolvido para apresentar informações como a necessidade de mudança do sistema de cuidado em saúde da pessoa idosa, mostrar panorama político, assistencial, regulatório do cuidado com o idoso, como implementar a mudança do modelo de cuidado no mundo e no Brasil, apresentar propostas para estruturação de serviços de saúde na saúde suplementar: integralidade, sustentabilidade e qualidade no cuidado do idoso, mostrar o papel das emergências dentro do modelo de cuidado ao idoso, o cuidado do idoso no hospital, apresentar estruturas de apoio ao cuidado integral: continuação do cuidado e propor modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde: abordagens alternativas no cuidado ao idoso.

O projeto Idoso Bem Cuidado foi criado para alcançar o êxito contando com a ajuda e contribuição de todas as OPS credenciadas, para que isso ocorra, faz-se necessário que elas sigam o que está exposto no projeto da maneira coerente e de possível realização nos programas com foco a cumprir o exposto abaixo.

Figura 3: Idoso Bem Cuidado: Objetivo, Metas e diretrizes.



Fonte: Adaptada de ANS (2017).

Vale ressaltar que como observado nos quadros 3 e 4, as operadoras com melhores colocações no ranking da ANS que aborda a IDSS não aparecem como operadoras credenciadas no programa Idoso bem cuidado. Um caso excepcional pode ser visto no caso do Hospital de Caridade de Vargem Grande do Sul que é uma prestadora de serviço, entretanto

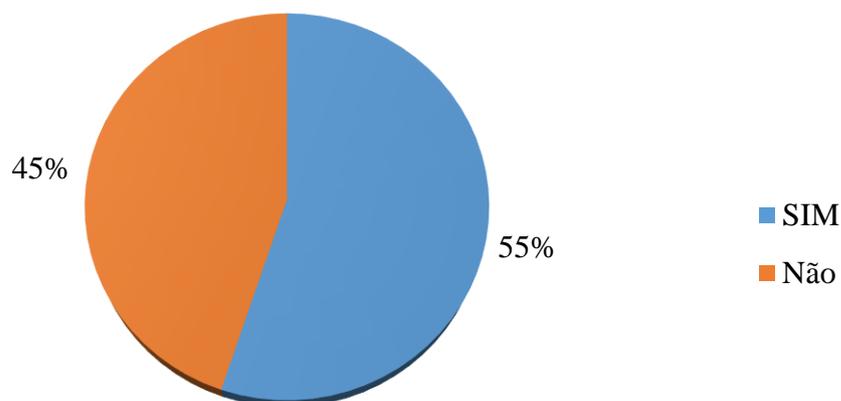
ela oferece os planos privados de saúde Notre Dame Intermédica e AMIL que estão credenciados junto ao programa Idoso Bem Cuidado.

Em observação as operadoras com melhor colocação no ranking da ANS foi possível constatar que a operadora Jucimed conta com um projeto chamado ginástica funcional para a terceira idade, com o intuito de envelhecer com saúde realizando praticas que ajudam no bom funcionamento do corpo e da mente, a operadora Abertta Saúde conta com o auxílio de 10 programas, entretanto nenhum deles é voltado especificamente a saúde do idoso e apresenta em uma de suas páginas dicas de como envelhecer de forma saudável, entretanto nenhum programa específico à saúde do idoso e a Sanepar conta em sua cartilha com 3 programas porém nenhum específico a saúde do idoso. As demais operadoras não apresentam informações diretamente ligadas ao tema nos sites.

Com o auxílio do Programa Idoso Bem Cuidado disponível pela ANS em seu portal, foi explorado algumas perguntas para análise da efetividade junto as operadoras credenciadas. Analisamos com o auxílio dos sites das operadoras de saúdes credenciadas alguns itens como: a existência de programa de qualidade de vida para os idosos, o ano da criação, a existência de documentos a cerca da qualidade de vida para idosos.

No gráfico a seguir, podemos verificar a existência de programas de qualidade de vida para idoso em 55% das OPS segundo disponível nas páginas web de cada site. Vale ressaltar que todas as OPS são participantes do programa Idoso Bem Cuidado apesar de não especificarem em seus sites a existência do mesmo ou ainda especificações sobre as ações de saúde.

Gráfico 2- Distribuição percentual das operadoras de saúde no Brasil em 2017.



Fonte: Elaboração própria.

Quadro 5- Operadoras de Saúde que apresentam programas de qualidade de vida do idoso.

Biovida Saúde	Metrus Saúde	Sul América Saúde ativa	Unimed - Erechim	Unimed - Litoral	Unimed Vitória
cameid saúde	Notre Dame Intermédica	Unimed - Belém	Unimed do Estado do Paraná	Unimed - Noroeste	Vitallis Saúde
cemig saúde	Pasa Saúde (VALE)	Unimed Belo Horizonte	Unimed - Franca	Unimed São Carlos	-
Central Unimed	Unimed Poços de Caldas	Unimed - Campinas	Unimed - Fortaleza	Unimed Sete Lagoas	-
geap saúde	Sobam	Unimed - Ceará	Unimed- Juiz de Fora	Unisaúde- Usiminas- Fundação São Francisco	-

Fonte: Elaboração própria.

Das 27 OPS que apresentam programas específicos para a qualidade de vida do idoso na página virtual, 12 deles especificam as datas de criação do programa, sendo as mais antigas

criadas em 1999 e 2004 e as mais recentes criadas nos anos de 2016 e 2017, sendo para o último caso um quantitativo de 4 e 2 OPS respectivamente. A criação dos programas mais recentes pode ser um reflexo da criação do projeto para os idosos desenvolvido pela ANS.

Quadro 6- Operadoras de Saúde que especificam o ano de criação dos programas de qualidade de vida do idoso.

Unimed - Franca	Unimed – Noroeste	Unimed - Campinas
Unimed - Erechim	Unimed – Fortaleza	Unimed Vitória
Unimed - Belém	Metrus Saúde	Unimed São Carlos
Vitallis Saúde	Unimed Poços de Caldas	Unimed- Juiz de Fora

Fonte: Elaboração própria.

Das 27 OPS que informam aos seus beneficiários dos planos de saúde sobre os programas voltados aos idosos, 24 possuem documentos como livros digitais e paginas na web que explicam sobre a existência dos programas disponíveis ao público tanto interno quanto externo.

Quadro 7- Operadoras de Saúde que possuem documentos disponíveis sobre os programas de qualidade de vida do idoso.

Unimed - Franca	PASA SAÚDE (VALE)	Sul América Saúde ativa	Notre Dame Intermédica
Vitallis Saúde	Unimed Poços de Caldas	Unimed São Carlos	Unimed Belo Horizonte
Unimed - Noroeste	Unimed - Campinas	Unimed - Ceará	Camed saúde
Unimed - Fortaleza	Unimed Sete Lagoas	Unisaúde- Usiminas- Fundação São Francisco	Cemig saúde
Unimed - Litoral	Central Unimed	Unimed- Juiz de Fora	Geap saúde
Metrus Saúde	Unimed Vitória	Biovida Saúde	Unimed do Estado do Paraná

Fonte: Elaboração própria.

A Lista de intervenções e técnicas que o Programa de Qualidade de Vida para Idosos oferece aos seus clientes dos Planos de Saúdes são variadas. Apenas em 21 OPS foi possível localizar a descrição dessas práticas, são elas: palestras com diversos profissionais, nas mais variadas especialidades, oficinas, cuidado na atenção visando a melhora da qualidade do atendimento e coordenação da prestação do cuidado, atenção domiciliar, ações de prevenção e

reabilitação em conjunto com a promoção da saúde, ações educativas, de auto- cuidado, atividades de cultura e lazer como cinema, teatro, bailes, apresentação de grupos artísticos, coral, aulas de ginástica adaptada e alongamento, aulas de artesanato, biodança, saúde emocional, oficinas da memória, de histórias, de moda e beleza, informações de manutenção da autonomia, importância da integração social, riscos de quedas, estado nutricional e cuidados paliativos.

Quadro 8- Operadoras de Saúde apresentam intervenções e técnicas nos programas de qualidade de vida do idoso.

Unimed - Franca	Unimed Poços de Caldas	Unisaúde- Usiminas- Fundação São Francisco
Unimed - Erechim	Unimed - Campinas	Unimed- Juiz de Fora
Unimed - Belém	Unimed Sete Lagoas	Biovida Saúde
Vitalis Saúde	Central Unimed	Notre Dame Intermédica
Unimed - Noroeste	Unimed Vitória	Unimed Belo Horizonte
Unimed - Fortaleza	Sul América Saúde ativa	cameed saúde
Unimed - Litoral	Unimed São Carlos	Unisaúde- Usiminas- Fundação São Francisco

Fonte: Elaboração própria.

A Unimed Fortaleza oferece um programa voltado para sanar dúvidas relativas ao bem-estar, práticas esportivas e de lazer na melhor idade, Esse programa foi denominado pela instituição de envelhecimento saudável com o objetivo de incentivar uma vida mais saudável e ativa com maior longevidade e qualidade.

Segundo as portarias nº 971 de 2006, nº 145 de 2017 e nº 849 de 2017, o SUS incorporou um conjunto de práticas integrativas e complementares em saúde (PICs), buscando estimular os mecanismos naturais de promoção à saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes, seguras de qualidade e de baixo custo. A abordagem da atenção à saúde por meio das PICs enfatiza a escuta acolhedora, o estabelecimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade nos diferentes níveis de atenção. Mesmo assim, destaca-se o papel das PICs na atenção básica, como uma estratégia para se promover o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde dos usuários. Atualmente as PICS desenvolvidas pelo SUS são as seguintes: massoterapia, automassagem, shantala, meditação, reiki, osteopatia, naturopatia, terapia comunitária,

práticas corporais em medicina tradicional chinesa/ acupuntura, yoga, dança circular, biodança, ayurveda, arteterapia, musicoterapia e tratamento termal/crenoterápico.

Desse conjunto de PICS consideradas como prioridades na agenda governamental sanitária, verificou-se que apenas 9 OPS ofertam atividades relacionadas direta ou indiretamente com as PICS, que são as seguintes: terapia comunitária, massagens, musculação para a terceira idade, jogos de palavras, biodança, exercícios de alongamento e relaxamento entre outras. Dentre as atividades desenvolvidas dentro dos programas de promoção da saúde para os idosos 18 OPS não especificam a oferta de PICS no seu portfólio de serviços.

Quadro 9- Operadoras de Saúde realizam práticas integrativas em saúde nos programas de qualidade de vida do idoso.

Unimed - Erechim	Unimed - Litoral	Central Unimed
Unimed - Noroeste	PASA SAÚDE (VALE)	Unisaúde- Usiminas- Fundação São Francisco
Unimed - Fortaleza	Unimed - Campinas	Unimed do Estado do Paraná

Fonte: Elaboração própria.

No que tange cuidados paliativos, 16 operadoras não especificam se há programa de qualidade de vida ao idoso que se encontra em cuidados paliativos. Entre as OPS que apresentam informações disponíveis sobre o programa para qualidade de vida do idoso, 11 possuem algum tipo de intervenção para o cuidado paliativo, dentre elas estão medidas terapêuticas de controle e intervenção e grupo psicoeducativo com diversas temáticas e grupos de apoio aos beneficiários e familiares, discussão multidisciplinar e foco na promoção à saúde dos idosos a fim de evitar complicações de doenças crônicas.

Quadro 10- Operadoras de Saúde com estratégias para cuidados paliativos nos programas de qualidade de vida do idoso.

Unimed - Franca	Metrus Saúde	Biovida Saúde
Unimed - Belém	Unimed Vitória	Notre Dame Intermédica
Unimed - Noroeste	Unimed São Carlos	Cemig saúde
Unimed - Litoral	Unisaúde- Usiminas- Fundação São Francisco	-

Fonte: Elaboração própria.

Quando se trata do quantitativo de clientes que participantes do programa nas OPS mapeadas, foi observada a ausência de informações disponíveis publicamente a cerca da participação dos idosos nos programas criados e desenvolvidos pelas OPS credenciadas, desde o período de vigência dos programas. Em alguns casos pode ser observada a quantificação mínima ou máxima para o programa, entretanto não há especificações da efetiva participação dos beneficiários.

7- Considerações Finais

Sabe-se a população idosa vem crescendo ao longo dos anos e a taxa de natalidade vem diminuindo, com isso os gastos em saúde vêm aumentando, pois os idosos necessitam de maior atenção e consomem mais o serviço de saúde. Para que se possa ter um gasto controlado com a prestação de serviços de saúde aos idosos de qualidade e gastando menos é necessário investir cada vez mais em estratégias, ações e programas de saúde principalmente as OPS.

Pode-se perceber uma grande falta de informação quanto aos programas e ações desenvolvidos pelas OPS, o que impede que os usuários do serviço façam adesão ao programa. A divulgação desta iniciativa deve ser tomada por cada OPS, associar a mudança no estilo de vida com a promoção à saúde e diminuição de risco de doenças para reduzir custos de tratamento.

A dificuldade na pesquisa das informações sobre o ranking das operadoras, a complexidade do site da ANS, ausência das informações sobre a população envolvida nos projetos, programas e intervenções sinaliza a complexidade posta que dificultam ainda mais a busca a cerca das informações necessárias.

Sobre o ranking desenvolvido para qualificar as OPS segundo os serviços prestados, deve agregar em seus requisitos uma pontuação para as empresas que seguem o projeto Idoso Bem Cuidado desenvolvendo com eficiência as ações vinculadas, podendo ser um bônus que auxiliaria no resultado final da classificação do IDSS.

Com o presente estudo foi possível perceber que apesar do empenho da ANS em desenvolver um projeto para o cuidado a saúde do idoso, o numero de adesões ainda é baixo por parte das OPS. E por se tratar de um projeto amplo com diversas possibilidades de ações, existe uma grande disparidade dos meios de execução dos programas, além da falta de informações públicas a cerca das atividades prestadas e desempenhadas pelas OPS.

Vale ressaltar que a ANS por se trata de uma agência reguladora de saúde, deve desenvolver estratégias de monitoramento e avaliação para o projeto Idoso Bem Cuidado, na qual abriu processo voluntário e aceitou diversas OPS como parceiras na ação de promoção da qualidade de vida para o idoso, devendo ainda inserir o projeto como um dos critérios para a classificação do IDSS.

Esse trabalho sinaliza a importância do papel do sanitário em regular a atuação das operadoras de planos de saúde por meio da atuação da ANS na relação público-privado no

setor saúde, de modo a contemplar todas as necessidades humanas, na extensão da prevenção, reabilitação e principalmente na promoção da saúde que reduz a necessidade de cuidados médicos hospitalares reduzindo assim custos ao setor saúde.

Diante do estudo, faz-se necessário pensar em estratégias para outros trabalhos a cerca do aprimoramento do ressarcimento das intervenções dos idosos que tem planos de saúde e que por algum motivo deixam de ser atendidos pelo mesmo e utilizam o SUS como direito à atenção à saúde, além de possibilitar a inclusão do tema nas pautas de conferências publico-privadas no discurso de privatização da saúde. Auxilia em futuros estudos para que avaliem os gastos em saúde com o portfólio da promoção da saúde e redução dos gastos médico-hospitalares com a promoção da saúde.

Em uma lógica inversa, o presente trabalho permite pensar no investimento em saúde ao invés da lógica de vender doença, que permite estudos sobre a efetividade dos programas de promoção a saúde desenvolvida pelas OPS.

8- Referências bibliográficas

- ABERTTA SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.aberttasaude.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.
- AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Programa de Qualificação de Operadoras** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>> Acesso em: abril de 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Projeto Idoso Bem Cuidado** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-idoso-bem-cuidado>>. Acesso em: maio de 2017.
- ALMEIDA- ANDRADE, P. **Análise da Política Nacional de Ciência, tecnologia e inovação em saúde (1990 a 2004):** a influência de atores e agendas internacionais. Dissertação de Mestrado em Política Social- Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, Brasília, 2007, 224p.
- ALMEIDA- ANDRADE, P. **Avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde:** contribuições para a pesquisa & desenvolvimento em biotecnologia em saúde (2004 – 2014). Tese de doutorado em Política Social. Universidade Brasília. Brasília. 2015, 269p.
- AMIL. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<https://www.amil.com.br/portal/web/institucional>> Acesso em: maio de 2017.
- ASSISTÊNCIA PERSONALIZADA EM SAÚDE (APS). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://saudeaps.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.
- ASSOCIAÇÃO DE SERVIDORES FISCAIS DO ESTADO DA BAHIA (ASFEB). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.asfeb.org.br/saude/>> Acesso em: maio de 2017.
- ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP (ASSEC). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.assecsaude.com.br/site/>> Acesso em: maio de 2017.
- ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DE ITAPETININGA (APAS). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.apasitapetininga.com.br/index.html>> Acesso em: maio de 2017.
- ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DE PRESIDENTE VENCESLAU (APAS). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://apaspv.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

AUTO GESTÃO EM SAÚDE DA MAGISTRATURA PARANAENSE (JUCIMED). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.judicemed.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

BAHIA, L; SCHEFFER, M. **Planos e Seguros de Saúde**. Editora UNESP, São Paulo, 2010.

BIOVIDA SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.alosenior.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. Ed. revista e atual, Rio de Janeiro, ANS, 2011.

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

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico**. 2. Ed. revista e atual. Rio de Janeiro, ANS, 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, IBGE, 2016. P.108

BRASIL. Lei n ° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica.

BRASIL. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto: Promoção da Saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília, Ministério da Saúde. 2002. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. Ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: **PNPS**: revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC N° 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

BRASIL. Resolução Normativa n° 264 de 19 agosto de 2011. Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CABERJ). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<https://www.caberj.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES FAZENDARIOS ESTADUAIS (CAFAZ). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.cafaz.org.br/>> Acesso em: maio de 2017.

CAMED SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://novoportall.camed.com.br/PortalCamed/>> Acesso em: maio de 2017.

CEMIG SAÚDE. **Idoso Bem Cuidado** [online]. 2017. Disponível em: <<https://www.cemigsaude.org.br/site/pagina/detalhe/10309>> Acesso em: maio de 2017.

CLINIPAM. Link: <http://www.clinipam.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

Corrêa. G. A necessidade da regulação do setor privado de saúde no Brasil: razões e perspectivas. In: PIOLA. S, JORGE, E. organizadores. **1º Prêmio Nacional – 2004**: coletânea premiada. Economia da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Brasília, p. 45-78, 2005.

DALFOVO, M.; LANA, R.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4, p.01- 13, 2008.

ECONOMUS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.economus.com.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>> Acesso em: maio de 2017.

ESTRELLA, K. [et al.] Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.507-512, 2009.

FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO (UNISAÚDE- USIMINAS). **Projeto Compartilhar** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.fsfx.com.br/atituderimacomsaude/sobre-o-projeto-compartilhar/>> Acesso em: maio de 2017.

GOLDEN CROSS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.goldencross.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científica. São Paulo, Roca, 2004.

HOSPITAL DE CARIDADE DE VARGEM GRANDE DO SUL. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<https://www.rhases.com.br/hospital/hospital-de-caridade-de-vargem-grande-do-sul/sp/vargem-grande-do-sul>> Acesso em: maio de 2017.

KILSZTAJN, S; SUGAHARA, G.; LOPES. E. Planos privados e assistência à saúde do idoso no Brasil. In: PIOLA. S, JORGE, E. organizadores. **1º Prêmio Nacional – 2004**: coletânea premiada. Economia da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Brasília, p. 239-260, 2005.

LIMA-COSTA, M.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, v.12, n.4, p.189-201, 2003.

METRUS SAÚDE. **De Bem Com a Idade** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.metrus.org.br/saude/saude/de-bem-com-a-idade>> Acesso em: maio de 2017.

NOSSA SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.nossasaude.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

NOTRE DAME INTERMÉDICA. **Programas de Medicina Preventiva** [online]. 2017. Disponível em: < <http://www.gndi.com.br/web/guest/saude/nossos-programas>> Acesso em: maio de 2017.

PLANO AMAZÔNIA SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://amazonioplanos.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO APOSENTADO (PASA SAÚDE- VALE). **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.planopasa.com.br/novosite/>> Acesso em: maio de 2017

SAMP. **Home** [online]. 2017. Disponível em: < <https://www.samp.com.br/es/>> Acesso em: maio de 2017

SANEPAR. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.fundacaosanepar.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

SANTA HELENA SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<https://www.santahelenasaude.com.br/>> Acesso em: maio de 2017. SUL AMÉRICA SAÚDE ATIVA. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://programasaudeativa.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://saudesao cristovao.com.br/?gclid=Cj0KEQjw6PJBRCO_br1qoOB4LAbEiQAekqcVSfZ1kaZXkxL8MIQMEq5BrkTx4vFwaqFtE90X3bFMcaAvNc8P8HAQ> Acesso em: maio de 2017.

SEPACO AUTOGESTÃO. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.sepacoautogestao.org.br/?pg=home>> Acesso em: maio de 2017. GEAP SAÚDE.

Home [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.geap.com.br/>> Acesso em: maio de 2017. SILVA, F.; SOUSA, A. Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v.14, n.1, p. 85-94, 2010.

SOBAM. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.sobam.com.br/default.aspx>> Acesso em: maio de 2017.

SOUSA, N. Plano de Saúde - O Envelhecimento e o Reajuste por Faixa Etária – Impacto da Lei nº 9.656 e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003). **Série Aperfeiçoamento de Magistrados**, Judicialização da Saúde - Parte I. 2011.

SPA SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.spasaude.org.br/site/>> Acesso em: maio de 2017

UNIMED ANÁPOLIS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: < <https://www.unimed.coop.br/web/apolis/home>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED BELÉM. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www2.unimedbelem.com.br/>> Acesso em: maio de 2017

UNIMED BLUMENAL. **Home**. [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=54440> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED CAMPINAS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimedcampinas.com.br/Default.aspx>>(Acessado em 03/06 às 13:15)

UNIMED CARUARU. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimedcaruaru.coop.br/portalunimed/>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED CEARÁ. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.planosunimedceara.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED CENTRAL. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.centralnacionalunimed.com.br/home>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED DE BELO HORIZONTE. **Programas de Atenção à Saúde** [online]. 2017. Disponível em: <http://portal.unimedbh.com.br/wps/portal/inicio/home/saude_sempre/programas_atencao_saude> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=51043> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED ERECHIM. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimederechim.com.br/site/>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED FORTALEZA. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimedfortaleza.com.br/>> Acesso em: maio de 2017

UNIMED FRANCA. **Unidade Franca adere ao novo modelo de atenção à saúde do idoso proposto pela ANS.** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimedfranca.com.br/noticias/unimed-franca-adere-a-novo-modelo-de-atencao-a-saude-do-idoso-proposto-pela-ans/>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED GOIÂNIA. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <https://www.unimedgoiania.coop.br/wps/portal/internet/!ut/p/z1/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziDSy8jQydgw18LVzCDA0cXczNAIzNgj08DQ30wwkpiAJJ4wCOIP1RhJR46Uel5QnQVzjmJdkbJGuH1WUmpZalFqkV1oEFM4oKSkotlI1UDUoLy_XS8_PT89J1UvOz9VLKII1wKYrI7-4RD8CQ7F-QW6EgW5UUmW5o6LiAF0lwSI> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED JOINVILLE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=55013> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED JUIZ DE FORA. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimedjf.coop.br/>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED LITORAL. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=52880> Acesso em: maio de 2017

UNIMED MORRINHOS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimedmorrinhos.com.br/site/>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED NOROESTE/RS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=58452&cd_secao=58444&cd_materia=412872/> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED NORTE DE MINAS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=63516> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED PELOTAS/RS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=53333> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED PETRÓPOLIS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=57314> Acesso em: maio de 2017

UNIMED POÇOS DE CALDAS. **Projeto Idoso Bem Cuidado** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=52346&cd_secao=124540> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED SANTA BARBARA D'OESTE E AMERICANA. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimedsa.com.br/novo/>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED SÃO CARLOS. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.unimedsaocarlos.com.br/>> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED SETE LAGOAS. **Saúde do Idoso** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=52397&cd_secao=80179> Acesso em: maio de 2017.

UNIMED VITÓRIA. **Unimed Vitória incentiva cuidado de atenção ao idoso** [online]. 2017. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/-/unimed-vitoria-incentiva-cuidado-de-atencao-ao-idoso>> Acesso em: maio de 2017.

VIEIRA JUNIOR, W. **Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

VITALLIS SAÚDE. **Home** [online]. 2017. Disponível em: <<http://www.vitallis.com/site/>> Acesso em: maio de 2017

WANICK, A. Seleção adversa, ajustamento ótimo de risco e regulação dos contratos individuais de planos de saúde In: PIOLA, S, JORGE, E. organizadores. **1º Prêmio Nacional – 2004: coletânea premiada**. Economia da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Brasília, p. 261-288, 2005.