

Cenário nacional da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para a pessoa idosa na saúde suplementar

National panorama of health promotion and risk and disease prevention for older persons in the private health sector (abstract: p. 18)

Escenario nacional de la promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades para los ancianos en la salud suplementaria (resumen: p. 18)

João Paulo Damásio Sales^(a)

<joaopaulo.sales@gmail.com> 

Lucas Matheus Rodrigues^(b)

<lucasmtrd@gmail.com> 

Fábio Resende de Araújo^(c)

<resende_araujo@hotmail.com> 

Kenio Costa de Lima^(d)

<limke@uol.com.br> 

^(a) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) (Doutorado). Departamento de Odontologia. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Sen. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova. Natal/Rio Grande do Norte, Brasil. Cep 59056-000.
^(b) Engenheiro de Produção. Natal/Rio Grande do Norte, Brasil.

continua pág. 14

O cenário nacional dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para a pessoa idosa na saúde suplementar é descrito em pesquisa com dados secundários de 1999 a 2019, fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Para análise qualitativa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo com apoio do *software* IRaMuTeQ® e, para a quantitativa, do *software* RStudio. Encontraram-se 87 programas exclusivos para a pessoa idosa. As motivações apresentadas foram: aumento da população-alvo no Brasil; aumento do número de beneficiários da população-alvo; mudanças nos padrões de morbimortalidade; e necessidades de adoção de um novo modelo assistencial. As principais atividades foram: rede multidisciplinar de atenção; ações multidisciplinares; e desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado. O número de programas mostra-se insuficiente em relação à demanda. Esperam-se atitudes mais rígidas na regulamentação do setor e mudanças no modelo assistencial vigente.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Pessoa idosa. Saúde suplementar. Regulamentação governamental.

Introdução

A transição demográfica traz impactos significativos para a sociedade e, por isso, deve ser levada em consideração em todas as áreas de interesse social, inclusive na Saúde. O Brasil apresenta uma redução nas taxas de natalidade concomitante à redução da mortalidade e à elevação da expectativa de vida, o que modifica a participação dos grupos etários e favorece o aumento do grupo de pessoas idosas, ocasionando o envelhecimento populacional¹. Essa dinâmica representa uma conquista para o país, trazendo-o para o patamar de países desenvolvidos, pois reflete a melhoria dos condicionantes de saúde².

Contudo, à medida que as pessoas alcançam idades mais elevadas, isso acarreta uma alteração no panorama epidemiológico e as doenças crônicas não transmissíveis passam a ser as principais causas de morte. Dado o caráter de país em desenvolvimento, essas transições constituem um desafio para a saúde em meio a uma realidade de pobreza, em um território extenso e marcado por diferenças sociais, econômicas e culturais². Não bastavam as práticas de saúde remeter aos anos 1970 para o tratamento de doenças agudas e infectocontagiosas; o envelhecimento ainda é visto como um problema e não como uma conquista social. Além disso, no Brasil, a desigualdade de acesso à saúde torna-se mais intensa devido à menor eficiência econômica atingida por um modelo de saúde ainda curativista.

Essa realidade também se estende à saúde suplementar, pois os planos de saúde representam uma parcela expressiva da assistência à saúde no Brasil, distribuídos em mais de novecentas operadoras pelo país³. O envelhecimento populacional torna-se desafiador, uma vez que um número maior de pessoas idosas gera um aumento proporcional do número de doenças crônicas comuns ao envelhecimento, o que intensifica o uso dos serviços pelo plano de saúde. Observa-se, ainda, um esforço da manutenção do vínculo de pessoas idosas com maior concentração em planos individuais e pouca rotatividade devido ao maior risco de adoecimento, o que gera aumento do número de pessoas idosas em contraposição à redução do número de beneficiários. Esses fatos desafiam o modelo tradicional de cuidado e tornam a pessoa idosa a maior vítima de sua própria fragilidade⁴.

O envelhecimento populacional intensifica uma demanda de mercado a ser explorada pela saúde suplementar no Brasil como alternativa assistencial para lacunas do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à população idosa. Apesar do cenário de desigualdade de acesso à saúde, uma parcela da população consegue alcançar a rede privada de saúde, mas depara-se com um modelo de assistência insuficiente para suas demandas que apenas lhe assiste basicamente nas situações de doença e agravos. Logo, a saúde suplementar não é configurada como alternativa eficaz de assistência, especialmente para a pessoa idosa, pois, mesmo com financiamento exclusivo, possui uma visão limitada de Atenção à Saúde e pouco eficiente em termos orçamentários. O resultado disso são planos que tendem a funcionar com altos custos repassados aos usuários para manter intacta a parcela de lucro das operadoras, o que leva à diminuição de sua cobertura de serviços para manter seus beneficiários^{5,6}.

Para reverter esse cenário, o país deve reformular o seu modelo assistencial com um cuidado diferenciado para atender com qualidade os cidadãos idosos^{1,4,7}. Isso exige uma adaptação das políticas públicas para o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção, a independência e a autonomia, além do controle e da redução das morbidades e de seus efeitos deletérios. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁸, o envelhecimento bem-sucedido deve conter: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida. Para que isso seja possível, o modelo assistencial não pode ser limitado ao modelo biomédico e marcado unicamente por uma prática assistencial curativista e hospitalocêntrica⁹. A ampliação do entendimento do processo saúde/doença na lógica da determinação social e da promoção da saúde precisa ser colocada em prática¹⁰.

Na Constituição Federal de 1988¹¹, o Estado brasileiro assumiu como um de seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, e foram elaborados documentos que permitiram diversas pactuações entre os diferentes setores da sociedade, o que contribuiu na elaboração do SUS pela Reforma Constitucional¹². Essa intenção reforçou o processo de redemocratização pelo amplo debate com vários segmentos da sociedade e foi proposta, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)^{13,14}.

A PNPS¹³ estabeleceu que “as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes” (p. 9). Dessa forma, a política foi instituída com vistas a favorecer o diálogo entre diversos setores (governo, setor privado e sociedade), como forma de reafirmar compromissos individuais e coletivos, assim como corresponsabilidades quanto à qualidade de vida dos sujeitos e do coletivo.

No setor privado, a implementação de estratégias de promoção da saúde começou com sua regularização, que foi intensificada após a PNPS¹³. O oferecimento de serviços de saúde privados, apesar de funcionar no Brasil desde os anos 1950, iniciou sua regulação em 1998, com a Lei n. 9.656.3, que disciplinou o funcionamento dos planos de saúde e a atuação das empresas que poderiam ser constituídas como suas operadoras^{5,15,16}. Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que busca intensificar a regulamentação, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades de assistência suplementar à saúde¹⁷.

Em 2008, a ANS foi incluída no Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde¹⁸, o que proporcionou integração entre os setores públicos e privados, e o aumento do desenvolvimento de estratégias no setor suplementar. Dessa forma, em 2009, a ANS intensificou essas estratégias e promoveu estímulo ao desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev). Esses programas são definidos como projetos contínuos que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade; e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações¹⁹.

Os estímulos empreendidos para o desenvolvimento de programas dessa natureza, nos últimos vinte anos, foram: 1) estabelecimento da Resolução Normativa (RN) nº 94, de estímulo à integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco e a finalidade de prorrogar prazos para as operadoras que desenvolvessem programas Promoprev; 2) Instrução Normativa que estabelece a contabilização de valores aplicados como investimentos no Plano de Contas Padrão; 3) publicação de RN que estabelece critérios para a prorrogação dos prazos de integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, pelas operadoras que desenvolvem programas Promoprev; 4) plano de reorganização do setor para um modelo voltado ao cuidado integrado das condições crônicas, racionalização de recursos e melhoria da saúde com base no envelhecimento ativo; 5) criação da RN n. 265/2011, que estabelece incentivos a beneficiários que aderirem aos programas; 6) proposta de conceito de plano de cuidado à pessoa idosa que abrange projeto terapêutico e linha de cuidado com ações articuladas e integralizadas^{4,18}.

Embora haja o crescente incentivo para a criação e o desenvolvimento de programas Promoprev, destaca-se que as operadoras de saúde suplementar são conduzidas pela lógica de mercado, o que torna necessário conciliar as políticas estabelecidas pelo Estado e os aspectos econômicos, representando um desafio para o Ministério da Saúde e demais órgãos reguladores²⁰. Na literatura, estudos mostram as relações entre operadoras, beneficiários e agência estatal na oferta, na utilização e na regulação de programas de promoção da saúde na saúde suplementar, e evidenciam que a lógica da sustentabilidade e da lucratividade é o objetivo primário das operadoras de planos de saúde, que veem nos programas a possibilidade de superação da concorrência e dos altos custos assistenciais^{21,22}.

Foram desenvolvidos mecanismos de condução e criação de novos programas na saúde suplementar como forma de modificar os padrões assistenciais de cuidado por parte das operadoras de saúde e proporcionar redução dos custos assistenciais. A ideia é que as ações sejam centradas na pessoa e não na doença, com atividades que estejam pautadas nas políticas vigentes de atenção à pessoa idosa a fim de promover o envelhecimento ativo. A literatura ainda não apresenta estudos sistematizados sobre o planejamento e a implementação dos programas Promoprev, o que indica a relevância desta pesquisa para o debate sobre saúde suplementar e modelos assistenciais. Para melhor compreender o planejamento dessas ações, o trabalho tem por objetivo descrever o cenário nacional dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças exclusivos à pessoa idosa na saúde suplementar.



Método

Trata-se de uma pesquisa com dados secundários solicitados à ANS na plataforma Fala BR, sob protocolo de manifestação de n. 25820.007002/2020-59, com base na Lei de Acesso à Informação n. 12.527, de 18 de novembro de 2011²³, e refere-se às respostas das operadoras de saúde aos Formulários de Cadastramento (FCs) e Formulário de Alteração (Falt) de programas Promoprev aprovados na área de atenção ao adulto e ao idoso.

Os dados possuem abrangência nacional e contêm informações de projetos com atividades no período de 1999 a 2019. Entretanto, o cadastro formal de programas Promoprev foi iniciado e atualizado somente a partir de 2009. O FC e o Falt foram disponibilizados pela ANS em planilhas eletrônicas com um total de 432 e 677 linhas, respectivamente. Cada linha do FC representa um programa cadastrado e cada linha do Falt representa uma alteração do registro do FC.

A preparação dos dados ocorreu em três etapas. Primeiro, os pesquisadores realizaram a leitura completa do material e discutiram entre si, com consulta às publicações técnicas disponibilizadas pela ANS. Em seguida, foram definidos os dados que fariam parte deste estudo para melhor adequação aos objetivos da pesquisa. E, por fim, determinou-se a forma de análise de acordo com a natureza dos dados.

Como forma de atender ao objetivo deste estudo, os dados foram filtrados de acordo com a faixa etária atendida pelo programa e foi possível gerar as seguintes classificações: exclusivo para a pessoa idosa, não exclusivo para a pessoa idosa e não contempla a pessoa idosa. Neste estudo, foram considerados somente os dados de Promoprev exclusivos para pessoas idosas, com faixa etária acima de sessenta anos.

Os dados de natureza quantitativa foram submetidos à análise descritiva com o uso do *software* estatístico RStudio para organização e sumarização dos dados. Quanto aos dados qualitativos, adotou-se o uso da técnica de análise de conteúdo temática (pré-análise, exploração do material, categorização e interpretação)²⁴, com apoio do *software* IRaMuTeQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set et de Questionnaires), interface que executa diferentes processamentos estatísticos sobre um *corpus* textual²⁵. Do universo de dados, o Quadro 1 detalha quais dados foram selecionados para o estudo e sua natureza.

Quadro 1. Dados extraídos do FC e do Falt referentes aos Promoprev exclusivos para a pessoa idosa vinculados à ANS e sua natureza. Brasil, 1999 a 2019

INFORMAÇÃO	DETALHES	NATUREZA
Plano de ação do programa	Justificativa do programa	Qualitativo
Plano de ação do programa	Principais atividades	Qualitativo
Descrição da população-alvo	-	Qualitativo
Identificação da operadora	Razão social	Quantitativo
Identificação da operadora	Modalidade	Quantitativo
Identificação da operadora	Total de beneficiários	Quantitativo
Identificação da operadora	Porte	Quantitativo
Identificação da operadora	Mês de início do programa	Quantitativo
Identificação da operadora	Ano de início do programa	Quantitativo
Descrição do programa	Local de desenvolvimento do programa	Quantitativo
Descrição do programa	Área de atenção	Quantitativo
Plano de ação do programa	Equipe envolvida programa	Quantitativo
Estratégias de identificação dos beneficiários para o programa	-	Quantitativo
Estratégias de identificação dos beneficiários para o programa	-	Quantitativo

Fonte: Autor (2021).

Na etapa de pré-análise, dois pesquisadores realizaram a leitura e a interpretação do material e selecionaram as partes que constituíram o *corpus*. Nas etapas de exploração do material e categorização, um *corpus* distinto para cada conjunto de dados (Quadro 1) foi submetido ao IRaMuTeQ®, no qual foi realizada a Análise Hierárquica Descendente (CHD).

Na CHD, o *software* faz o dimensionamento das Unidades de Contexto Elementares (UCEs) e classifica o *corpus* de acordo com seus respectivos vocábulos, por meio de avaliação da frequência da forma e do valor do qui-quadrado associado à classe (categorias). Para compor essas classes, foram selecionadas palavras que possuíam X^2 de associação à classe $\geq 3,87$ ($p < 0,05$). Na etapa de interpretação, dois pesquisadores realizaram a discussão e a inferência dos resultados gerados pelo *software*.

Resultados

Caracterização dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para a pessoa idosa

Identificaram-se 87 programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças exclusivos para a pessoa idosa, com faixa etária do público-alvo acima de sessenta anos. Esses programas distribuem-se entre 81 operadoras de planos de saúde com distintas modalidades de atuação. A modalidade cooperativa médica concentra 59% dessas operadoras, seguida por medicina de grupo, com 24%, e autogestão e filantropia, com 12% e 5%, respectivamente.

Como forma de compreender o porte dessas operadoras, a classificação adotada computa a quantidade de beneficiários. Desse modo, 13% das operadoras possuíam de 1.001 a dez mil beneficiários, 32% tinham de 10.001 a cinquenta mil, 23% contavam com um total entre 50.001 e cem mil beneficiários e 32% possuíam um quantitativo acima de cem mil beneficiários.

Os programas cadastrados na ANS datam o início das atividades em 1999. Até 2009, a quantidade de programas iniciados permaneceu relativamente constante, com uma alta em 2010, seguida por uma queda em 2012. A partir do ano de 2017, é perceptível um crescimento na execução desses programas.

Apesar de importante, o cadastramento do programa pela ANS não exige informações geográficas de atuação e contempla somente sua abrangência, classificada como municipal (67%), grupo de municípios (20%), estadual (6%), grupo de estados (6%) e abrangência nacional (1%).

Foco temático adotado pelos programas

Quanto ao foco temático prioritário, os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças exclusivos para a pessoa idosa possuem temáticas diversas, distribuídas entre 22 temas. Os programas podem ter enfoque em mais de uma temática, em que 44% dos programas adotavam entre um e cinco eixos temáticos; 25% abordavam entre seis e 10; 21%, entre 11 e 15 temas; e 10% desenvolviam entre 16 e vinte.

A classificação adotada pela agência divide-se em dois grupos: o Grupo de Ação, subdividido em etário e sexo biológico, e a Área de Atuação, que varia de acordo com o grupo e engloba agravos, fatores de risco, morbidades e outros. Dentre essas classificações, destacam-se “terceira idade” e hipertensão arterial sistêmica, abordadas na maioria dos programas, e diabetes mellitus e alimentação saudável, como temáticas presentes em mais da metade dos programas. Outros temas são empregados, conforme se observa no Gráfico 1.

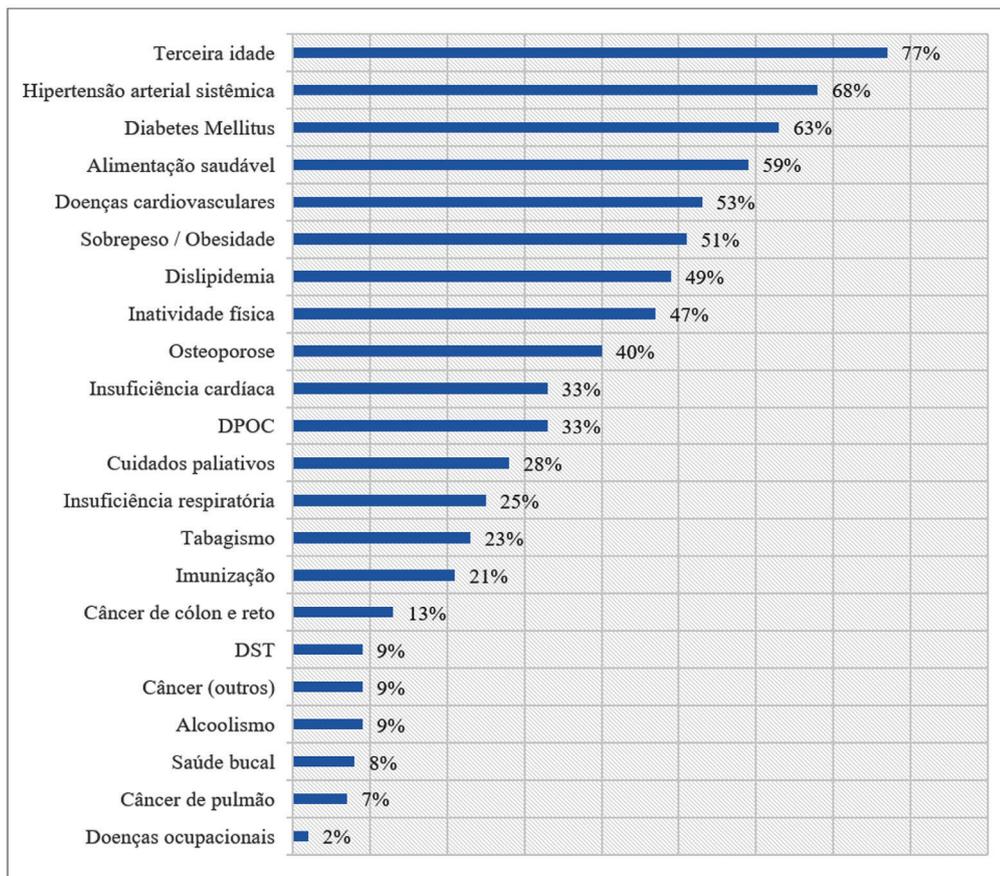


Gráfico 1. Distribuição percentual das temáticas prioritárias dos Promoprev exclusivos para a pessoa idosa (n = 87) vinculados à ANS. Brasil, 1999 a 2019

Fonte: Autor (2021).

Identificação e inserção dos beneficiários nos programas

Na identificação dos beneficiários que se enquadram na população-alvo, a “faixa etária” destaca-se como estratégia principal, adotada por 100% dos programas, seguida por “frequência de utilização de consultas, exames e/ou internações” e “estimativa de prevalência de doenças e/ou fatores de risco”, utilizadas por 91% e 90% dos programas, respectivamente. A estratégia com menor adesão é a “utilização de questionário sobre perfil de saúde e doenças”, presente em 9% do total de programas exclusivos para pessoas idosas. Além disso, 80% informaram adotar “Outras” estratégias para identificação do público. Nesse campo, as respostas são diversas, como: “histórico clínico e programação de cuidados” e “dados de auditoria clínica e dados dos prestadores de serviço”.

Quanto às formas encontradas pelas operadoras para a busca dos beneficiários a serem inseridos nos programas, a principal estratégia informada foi “busca ativa” (89,66%), seguida por “demanda espontânea” (86,21%), “encaminhamento pelos prestadores” (89,91%) e “captação em sala de espera” (62,07%). Além dessas, outras estratégias foram utilizadas (66,67%), como “demanda estimulada” e “migração de beneficiários que estavam em internação domiciliar e atingiram a alta por melhora clínica, porém ainda necessitam de assistência domiciliar para tratamentos seriados”. Ressalta-se que tanto a identificação quanto a busca pelos beneficiários podem ser realizadas por meio dessas diversas estratégias de forma simultânea.

Equipe atuante nos programas

O Gráfico 2 apresenta o percentual referente à atuação de profissionais nos programas Promoprev. Enfermeiros, nutricionistas, médicos generalistas, fisioterapeutas e psicólogos estão presentes na maioria dos programas, com a representação de pelo menos um deles. Outros profissionais se destacam, como: profissional de educação física, assistente social, técnico de enfermagem, profissional administrativo e médico geriatra. Observou-se ainda que a maioria (62%) dos programas compunha sua equipe com mais de cinco profissionais distintos.

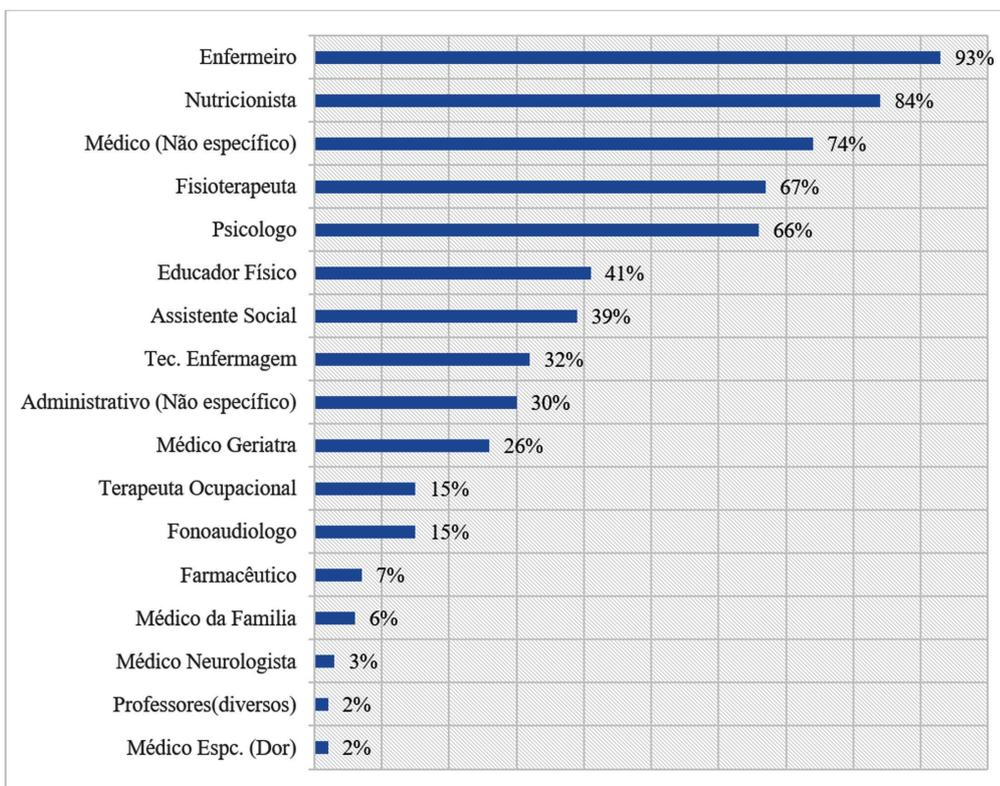


Gráfico 2. Distribuição percentual da formação profissional da equipe integrante de Promoprev exclusivos para a pessoa idosa (n = 87) vinculados à ANS. Brasil, 1999 a 2019. Fonte: Autor (2021).



Justificativa de criação dos programas

Referentes aos motivos que levaram a operadora a elaborar Promoprev para a pessoa idosa, os dados constituíram um *corpus* formado por 81 textos, com 81 UCEs, no qual se aproveitaram 81% do material textual e emergiram quatro categorias, como pode ser visto no Quadro 2.

Quadro 2. Categorias que emergiram do *corpus* acerca de justificativas que levaram a operadora a elaborar Promoprev para a pessoa idosa. Brasil, 1999 a 2019

Categorias	Detalhamento
Aumento da população-alvo no Brasil	Justificativas que abordam o aumento da população de idosos no Brasil como o motivo maior para a instalação de um programa dessa natureza.
Aumento do número de beneficiários da população-alvo	Informam o aumento de pessoas idosas na carteira de clientes da operadora e os impactos vinculados a esse fenômeno nos recursos da empresa.
Mudanças nos padrões de morbimortalidade	Relatam os padrões de morbimortalidade associados à pessoa idosa e consideram que, à medida que existe um aumento dessa população-alvo, novos desafios são postos para os sistemas de saúde.
Necessidade de adoção de um novo modelo assistencial	Diferentemente das populações mais jovens, populações mais envelhecidas possuem maior incidência de doenças crônicas, e os modelos assistenciais vigentes apresentam um problema crítico ao persistirem na excessiva focalização da doença.

Fonte: Autor (2021).

Atividades desenvolvidas pelos programas

Os dados que contribuem para a compreensão das principais atividades desenvolvidas por programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para a pessoa idosa foram divididos em três categorias, conforme o Quadro 3. Essas categorias foram construídas por meio de um *corpus* com 87 textos e 87 UCEs, com aproveitamento de 77% do material.

Quadro 3. Categorias que emergiram do *corpus* referente às principais atividades desenvolvidas por Promoprev para a pessoa idosa. Brasil, 1999 a 2019

Categorias	Detalhamento
Disponibilização de uma Rede Multidisciplinar de Atenção à Pessoa Idosa: um mecanismo de atenção integral	Inclui atividades que proporcionam ao idoso integração e coordenação do cuidado para atender às necessidades de saúde dessa população.
Ações multidisciplinares: estímulo à capacidade física e mental da pessoa idosa	Adoção de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo.
Desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado	Atividades que visam elaborar, acompanhar e revisar o plano de cuidado individualizado.

Fonte: Autor (2021).

Discussão

Em 2016, um ano antes do período de maior crescimento no número de programas destinados à pessoa idosa, a ANS desenvolveu um ciclo de melhorias especificamente para a saúde dessa população por meio de fóruns e debates nos diversos eixos de discussão, o que deu origem ao trabalho “Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor”²⁶. Entretanto, apesar do crescimento desse público, que triplicou os vínculos de indivíduos com oitenta anos ou mais e duplicou os de 75 a 79 anos nos últimos vinte anos²⁷, levando em consideração que a presente pesquisa possui abrangência nacional, os resultados apontaram poucos programas exclusivos da pessoa idosa (n = 87) em vinte anos. Esse fato demonstra uma urgência na ampliação de políticas para o desenvolvimento desse serviço na saúde suplementar. Tal ampliação precisa ser apresentada não somente em números, como também nas ações adotadas pelos programas.

Nos dados referentes ao foco temático prioritário dos Promoprev para a pessoa idosa, um quarto das operadoras de saúde atuava em até cinco temas simultaneamente, uma vez que as temáticas abordadas estão relacionadas às questões de agravos e riscos do perfil de morbimortalidade do envelhecimento. Entretanto, como visto nos resultados, os principais temas abordados pelos programas possuíam um foco prioritariamente biomédico e curativista, com baixo indicativo de ações que focassem a promoção da saúde. A implementação dos programas, se não realizada com critérios, pode repercutir nos seus impactos, o que reflete a necessidade de uma regulação descentralizada e com instrumentos adequados às características das ações.

Esse foco biomédico é naturalmente disseminado entre as atividades desenvolvidas por esses programas. Conforme apresentado, três categorias foram identificadas como agrupamento dessas atividades: “Desenvolvimento de um Plano de Cuidado Individualizado”, “Disponibilização de uma Rede Multidisciplinar de Atenção à Pessoa Idosa: um mecanismo de atenção integral”, e “Ações Multidisciplinares: estímulo à

capacidade física e mental da pessoa idosa”, que refletem um teor majoritariamente preventivo no modelo vigente de saúde suplementar, com foco em evitar o surgimento de doenças e agravos específicos²⁸. Esse modelo se caracteriza pelo perfil biologicista da saúde/doença, constituindo um modelo pouco eficiente, pouco eficaz e pouco efetivo⁴.

Além disso, existem distorções entre as atividades desenvolvidas pelos programas, seus objetivos e as orientações da Política Nacional de Promoção da Saúde¹³, na qual são identificadas temáticas prioritárias para ampliação da promoção da saúde, como a formação e a educação permanente, as práticas corporais e atividades físicas, a promoção da mobilidade segura, a promoção da cultura da paz e dos direitos humanos, e a promoção do desenvolvimento sustentável.

Essas distorções surgem, possivelmente, da necessidade de conciliar programas de promoção da saúde e programas de ações de prevenção de doenças e agravos. No entanto, na maioria das vezes, não se distinguem claramente as estratégias de promoção da saúde das estratégias preventivas^{28,29}, pois os programas afirmam atuar com a promoção da saúde, enquanto suas ações são, sobretudo, preventivas.

Quanto à formação de equipes dos Promoprev para o público estudado, os programas em questão cumprem o estabelecido pela ANS, que exige participação de, no mínimo, três profissionais distintos em um programa. Conforme defendido pelo Ministério da Saúde (MS), uma equipe multidisciplinar como parte de um programa de promoção da saúde e prevenção de doenças possibilita quebras de paradigmas ineficazes e pouco resolutivos, tais como a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica centrada na hospitalização^{26,30}. Entretanto, existe uma prevalência do enfermeiro e do médico (em suas especialidades) na composição das equipes, diferentemente das recomendações da PNPS¹³. A política aponta a necessidade de equipes formadas por profissionais diversos e considera ainda a atuação de educadores com atividades voltadas para a cultura da paz, os direitos humanos, artes e outras práticas socioeducacionais.

Nas motivações dos Promoprev para a pessoa idosa, constata-se argumentos em torno das vantagens competitivas e oportunidades para expansão no mercado, assim como proporcionar redução nos custos assistenciais. O foco único voltado a esses aspectos não aborda recomendações e princípios do SUS, desconsidera a saúde do beneficiário e a coloca em segundo plano diante de visões mercadológicas.

A saúde, quando vista sob a ótica empresarial, tem como foco a rentabilidade de curto prazo. Logo, é dever do Estado impor limites e atuar como regulador na perspectiva de assegurar saúde como direito social. Para uma real mudança no cenário atual, é necessário que a saúde suplementar priorize o atendimento das necessidades da população beneficiária de forma integral e com qualidade, uma vez que as pessoas idosas não são o problema, desde que o sistema de saúde esteja preparado para atendê-las^{31,32,33}.

Justificar a adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças com viés mercadológico é um problema quando essa é a única motivação. No entanto, no contexto econômico, a adoção de modelos com práticas preventivas e de promoção da saúde pode gerar impactos benéficos, principalmente quando levado

em consideração o envelhecimento populacional. Gastos com saúde têm diferenças significativas em função da faixa etária do indivíduo³⁴ por demandar, por períodos mais longos, tratamentos (principalmente internações hospitalares) e tecnologias cada vez mais onerosos³⁵. Em 2013, os gastos das operadoras de planos de saúde eram de R\$ 92 bilhões, e em 2018 alcançaram R\$ 160 bilhões, uma alta de 74%³⁶.

Nessa perspectiva, é imperativa a necessidade da transição da lógica das estruturas e do modo de cuidar como forma de atender às necessidades impostas por essa nova configuração²⁶. E isso permeia questões imprescindíveis, como: hierarquização do cuidado; organização da demanda baseada na identificação do perfil de risco; busca ativa e informação ao paciente; busca por adesão e participação dos beneficiários por meio de incentivos^{4,31}. Essa abordagem atua na redução dos custos assistenciais em paralelo à ampliação da qualidade de vida. Pelo montante que opera e por sua relevância social, é um setor que necessita de forte regulação, que extrapole o controle de variáveis mínimas como cobertura de serviços. No entanto, a estrutura organizacional da ANS não apresenta capilaridade nos municípios onde os programas operam.

Como limitação da pesquisa, os dados não garantem completa atualização do cadastro inicial dos programas Promoprev voltados à pessoa idosa, ou seja, alguns dados podem não abranger possíveis modificações realizadas pelas operadoras. Neste estudo foram considerados somente programas classificados como exclusivos para a pessoa idosa e, assim, não são abordadas informações sobre programas que atendem o público adulto e idoso, de forma conjunta, devido à impossibilidade de distinção do funcionamento, de justificativas e ações para os diferentes públicos. Além disso, trata-se de uma análise do planejamento adotado pelos programas Promoprev e não necessariamente de sua execução.

Considerações finais

Este estudo descreve o cenário nacional dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças exclusivos da pessoa idosa na saúde suplementar. Nessa perspectiva, esta pesquisa questiona o potencial transformador da ANS no estabelecimento, no monitoramento, no controle e na fiscalização do segmento para assegurar as necessidades e o interesse público. Dada a necessidade de regulação desse segmento, é cabível a descentralização das ações por meio de articulações permanentes com governos locais e com ampla coordenação do Ministério da Saúde. Os dados revelam que a saúde suplementar, mesmo com aporte financeiro próprio, opera seu modelo assistencial e reproduz padrões historicamente usuais e pouco eficazes em resultados de saúde e monetários.

Manifesta-se, assim, a necessidade de mudanças no modelo assistencial vigente, o qual precisa ser modificado paulatinamente por meio de estratégias destinadas ao sistema de saúde suplementar, assim como ao Sistema Único de Saúde, na construção de uma nova proposta de Atenção à Saúde. Essas mudanças devem ser desenvolvidas com a participação do poder público e do privado, a fim de proporcionar o empoderamento e a emancipação dos indivíduos por meio da promoção da saúde, o que os torna sujeitos ativos de sua própria saúde.



Para pesquisas futuras, recomenda-se ampliar as investigações para dados referentes à execução dos programas como forma de verificar a implementação dos projetos aprovados, frutos de análise deste estudo. Ademais, pesquisas nessa temática podem ampliar a abrangência do estudo quanto à classificação por meio da verificação de programas que atuam com pessoas idosas e adultos de forma conjunta.

Afiliação

^(c) Departamento de Administração Pública e Gestão Social. Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública (PPGP). Centro de Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/Rio Grande do Norte, Brasil.

^(d) Departamento de Odontologia. Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/Rio Grande do Norte, Brasil.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes), Código de Financiamento 001.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Denise Martin

Editora associada

Lina Rodrigues de Faria

Submetido em

09/10/21

Aprovado em

30/03/22

Referências

1. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia*. 2019; 15(31):69-79. Doi: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.
2. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoting health among the elderly: actions in primary health care. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018; 21(2):155-63. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>.
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e Indicadores do Setor [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 10 Nov 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
4. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA, Pasinato MT. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis*. 2016; 26(4):1383-94. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400016>.
5. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da agência nacional de saúde suplementar na regulação do setor. *Physis*. 2008; 18(4):767-83. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312008000400009>.
6. Vieira Junior WM, Martins M. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela agência nacional de saúde suplementar. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(12):3817-26. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.11082014>.
7. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis*. 2018; 28(4):1-24. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280411>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 1 Nov 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
9. Maeyama MA, Brusamarello A, Cardoso C, Munaro CA, Oliveira IC, Pegoretti ML. Saúde do idoso e os atributos da atenção básica à saúde. *Braz J Dev*. 2020; 6(8):55018-36. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-063>.
10. Pettres AA, Da Ros MA. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. *ACM Arq Catarin Med*. 2018; 47(3):183-96.
11. Brasil. Senado Federal. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
12. Dias MAS, Oliveira IP, Silva LMS, Vasconcelos MIO, Machado MFAS, Forte FDS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(1):103-14. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
14. Vilela CSB, Dias ALS, Freitas JR, Lima AO, Souza DB, Silva PFN, et al. Espaço promotor de saúde: uma estratégia para a qualidade de vida do idoso à luz da promoção da saúde. In: *Anais do 16o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*; 2019; Brasília. Brasília: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 2020. p. 1-7.



15. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 4 Jun 1998 [citado 21 Jan 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm
16. Uga MAD, Lima SML, Portela MC, Vasconcellos MM, Barbosa PR, Gerschman S. Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):157-68. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100016>.
17. Gamarra TPN. A produção acadêmica sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar: um olhar a partir da biblioteca digital brasileira de teses e dissertações. *Saude Soc*. 2017; 26(3):712-25. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169923>.
18. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação [Internet]. Brasília: OPAS; 2014 [citado 22 Jan 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49108/9789275718162-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4a ed. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
20. Noronha JC, Santos IS, Pereira TR. Relação entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); 2010. p. 152-79. (Coleção Pensar em Saúde).
21. Silva KL, Rodrigues AT. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. *Saude Soc*. 2015; 2 Supl 10:193-204. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01017>.
22. Alves DC, Ugá MAD, Portela MC. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. *Cad Saude Colet*. 2016; 24(2):153-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020199>.
23. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.527, de 18 de Novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5 [Internet]. Brasília; 2011 [citado 1 Out 2020]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm
24. Bardin L. Análise de conteúdo. Pinheiro LARA, tradutor. Lisboa: Edições 70; 2010.
25. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013; 21(2):513-8. Doi: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
26. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Idosos na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
27. Minami B. Panorama dos idosos beneficiários de plano de saúde no Brasil: março 2021. São Paulo: Instituto de Estudos em Saúde Suplementar; 2020.
28. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(4):701-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>.
29. Borges CD, Jesus LO, Schneider DR. Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. *Psicol Pesqui*. 2018; 12(2):5-13. Doi: [10.24879/2018001200200458](https://doi.org/10.24879/2018001200200458).



30. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS; 2019.
31. Veras R, Cordeiro R. A contemporary care model for older adults should seek coordinated care, greater quality and the reduction of costs. *Int J Fam Community Med.* 2019; 3(5):2104. Doi: <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2019.03.00159>.
32. Freitas CAL, Silva MJ, Vieira NFC, Ximenes LB, Brito MCC, Gubert FA. Evidências de ações de enfermagem em promoção da saúde para um envelhecimento ativo: revisão integrativa. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2010; 15(2):267-77. Doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.12836>.
33. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. A saúde suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017; 20(5):625-34. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170132>.
34. Santos SL, Turra C, Noronha K. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Estud Popul.* 2018; 35(20):1-30. Doi: <https://doi.org/10.20947/S102-3098a0062>.
35. Oliveira JAD, Ribeiro JM, Emmerick ICM, Lucia Luiza V. Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão. *Cienc Saude Colet.* 2020; 25(10):4045-54.
36. Lara N. Análise especial do mapa assistencial da saúde suplementar no Brasil entre 2013 e 2018. São Paulo: Instituto de Estudos em Saúde Suplementar; 2019.



This article provides a national panorama of health promotion and risk and disease prevention programs for older persons in the private health sector using secondary data from 1999 to 2019 provided by the Supplemental Health Agency. Content analysis was performed using the software IRaMuTeQ® and a quantitative analysis was conducted using RStudio. We found 87 programs targeting older persons. The reasons found were: an increase in the target audience; an increase in the number of beneficiaries among the target audience; changes in patterns of morbidity and mortality; and the need to adopt a new care model. The main activities were: multidisciplinary care network; multidisciplinary actions; and development of individualized care plans. The number of programs is insufficient to meet demand. A more stringent approach is expected in the regulation of the sector and changes need to be made to the current care model.

Keywords: Health promotion. Older persons. Supplemental health. Government regulation.

Se describe el escenario nacional de los programas de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades para los ancianos en la salud suplementaria, en investigación con datos secundarios de 1999 a 2019, suministrados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria. Para el análisis cualitativo se utilizó la técnica de análisis de contenido con apoyo del software IRaMuTeQ® y para el cuantitativo el software RStudio. Se encontraron 87 programas exclusivos para los ancianos. Las motivaciones encontradas fueron: aumento de la población-objetivo, cambios en los estándares de morbimortalidad y necesidades de adopción de un nuevo modelo asistencial. Las principales actividades fueron: red multidisciplinaria de atención, acciones multidisciplinarias, desarrollo de un plan de cuidado individualizado. El número de programas se muestra insuficiente con relación a la demanda. Se esperan actitudes más rígidas en la reglamentación del sector y cambios en el modelo asistencial vigente.

Palabras clave: Promoción de la salud. Ancianos. Salud suplementaria. Reglamentación gubernamental.