

Universidade Anhanguera-Uniderp
Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes

A SUSTENTABILIDADE DAS AUTOGESTÕES EM SAÚDE NO BRASIL

DAGMAR DA SILVA LOPES PALLA

Monografia apresentada no Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Gestão de Planos de Saúde como requisito à obtenção do grau de **especialista em Gestão de Planos de Saúde.**

Área de concentração:
Visão Sistêmica na Gestão de Saúde

Orientador:
Prof.^a Alba Valéria Eira Fleury

Natal (RN)
2011

RESUMO

Este trabalho se constitui num esforço para compreensão da autogestão como programas de assistência médica e hospitalar disponibilizado nos moldes de plano de saúde. Envolve também a participação da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde e sua atuação nesse mercado regulamentado. Supõe-se que a autogestão serviu como parâmetro para a regulamentação do setor suplementar atuando como colaboradora desse processo. As maiores autogestões, em tamanho de beneficiários, são de empresas públicas ou estatais mesmo considerando o processo de privatização pelo qual vem passando.

Para realização desse estudo foi feita uma revisão da literatura disponível sobre o tema, pesquisa de campo com entrevistas e coleta de dados de empresas de autogestão.

Conclui-se que a origem da autogestão fundamenta-se, principalmente, na organização de programas de assistência médica e hospitalar para trabalhadores organizados pelas próprias empresas empregadoras, com ou sem a participação dos empregados, ou por organizações exclusivamente de trabalhadores.

Palavras-chave:

Autogestão, plano de saúde, regulamentação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – SAÚDE: DIREITO DE TODOS	11
CAPÍTULO 2 – O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	15
2.1 – A EVOLUÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	15
2.2 – IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO	16
CAPÍTULO 3 – AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA E PANORAMA ATUAL	18
3.1 – CARACTERÍSTICAS QUE DIFERENCIAM AS AUTOGESTÕES DAS DEMAIS MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR	28
3.2 – PERFIL DA POPULAÇÃO ASSISTIDA	33
CAPÍTULO 4 – DESAFIOS PARA A SUSTENTABILIDADE DAS AUTOGESTÕES	41
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45

INTRODUÇÃO

O setor suplementar de saúde nasceu e cresceu sem regras governamentais específicas para seu funcionamento. Nos últimos anos, esse setor adquiriu maior visibilidade e importância na agenda governamental, ganhando legislação específica e passando a ser regulado pela ANS, criada para este fim dentro do processo de reforma do Estado brasileiro, que é orientado para a revisão do papel do Estado e a reforma administrativa.

Este trabalho se insere no cenário da regulamentação do setor suplementar de saúde com o objetivo de descrever a autogestão a partir de suas diferenças e semelhanças com as outras modalidades de planos de saúde, seu papel diante da regulamentação do setor suplementar de saúde e suas estratégias gerenciais para sobrevivência diante desse novo cenário.

A apresentação do trabalho é feita em capítulos. O primeiro apresenta as dimensões do setor suplementar de saúde, os deveres do Estado e as diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde.

O segundo capítulo trata do impacto da regulação no setor de saúde suplementar com o advento da promulgação da Lei n.º 9656/98, a qual regulamenta as operadoras do mercado de saúde suplementar e a instituição da ANS como responsável pela regulação dessas empresas.

O terceiro capítulo aborda o surgimento das autogestões em saúde no Brasil, mostra que o setor de saúde suplementar se desenvolveu a partir da previdência e apresenta as principais características que diferenciam as autogestões das demais modalidades de planos de saúde principalmente quanto ao perfil de sua carteira de beneficiários.

Por fim, no quarto capítulo, são expostos alguns dos maiores desafios na qual as autogestões enfrentam, descreve os esforços para sua sustentabilidade no mercado, responsabilidade social e luta para controle da sinistralidade.

1 – SAÚDE: DIREITO DE TODOS

A legislação brasileira¹ define a saúde como direito de todos os cidadãos, garantido pelo Estado, e considera como princípios doutrinários e éticos a universalidade, a equidade no acesso e a integralidade da assistência. De outro lado, as ações e serviços privados de saúde também podem ser prestados por meio de planos de saúde, oferecidos por operadoras, no campo que se convencionou nomear de saúde suplementar.

Em consequência à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o país se viu diante da necessidade de reformular a política sanitária, para construir um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana (ASSIS *et al.*, 2003²). Apesar dos 23 anos da legitimação do SUS e os incontestáveis resultados obtidos, o sistema convive ainda com contradições e entraves quando se consideram as dimensões sócio-culturais, políticas e econômicas nas quais se concretiza (PRADO *et al.*, 2007³). A superação deste quadro implica na redefinição de diretrizes estruturais para construção de modelos inovadores de atenção à saúde, a partir de métodos e instrumentos de planejamento e regulação do sistema, bem como num amplo processo de desenvolvimento das capacidades de gerência e gestão, na busca da qualidade da assistência.

Nessa perspectiva, faz-se necessário o desenvolvimento de processos de regulação, para o alcance de eficiência, de eficácia e de efetividade dos sistemas de saúde e na garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde. Deve ser considerado, entretanto, que o processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance. A Regulação Assistencial ou regulação do acesso à assistência pode ser

¹ Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

² ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. "Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003.

³ PRADO S. R. L. A., FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 399-407.

definida como: um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado.

A intervenção do Governo Federal nesse mercado e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar para regular o setor associam-se a outras iniciativas institucionais ao longo da década de 1990. O regime por regulação se integra às iniciativas de defesa dos consumidores, buscando compensar as assimetrias existentes entre os agentes do setor e reduzir as falhas relativas ao risco moral, seleção de risco e seleção adversa. As novas regras estabelecidas a partir da Lei nº 9.656/98 deram aos usuários uma série de garantias. As operadoras, por sua vez, preocupam-se com o desequilíbrio econômico-financeiro de suas empresas.

As operadoras de planos de saúde são classificadas em diferentes modalidades:

Administradora de plano de saúde: Empresa que administra planos de saúde, sem assumir o risco decorrente da operação desses planos, e que se priva de rede prestadora de serviço de saúde. Essas administradoras não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;

Cooperativa Médica: Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde;

Cooperativa Odontológica: Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos;

Autogestão: Modalidade na qual é classificada uma entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. As autogestões podem

ser classificadas em autogestão por RH, autogestão com mantenedor e autogestão sem mantenedor;

Autogestão com mantenedor: Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, classificada como autogestão, vinculada a uma entidade pública ou privada mantenedora que garante os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio da apresentação de termo de garantia financeira nos termos da regulamentação vigente.

Autogestão não patrocinada: Entidade de autogestão sem vínculo com algum patrocinador. Nota: esse termo deixou de ser utilizado, após a Resolução Normativa ANS n.º 137, de 14 de novembro de 2006.

Autogestão patrocinada: Entidade de autogestão ou empresa que se responsabilizava pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. Notas: i) Esse termo deixou de ser utilizado após a Resolução Normativa ANS n.º 137, de 14 de novembro de 2006. ii) A cobertura está limitada ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas que possuem gestão própria.

Autogestão por RH: Pessoa jurídica de direito privado, classificada como autogestão, que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde nos termos da regulamentação vigente.

Autogestão sem mantenedor: Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, classificada como autogestão, que garantirá os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor.

Seguradora especializada em saúde: Empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro. Nota: para fins da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano privado de assistência à saúde;

Filantropia: Modalidade na qual é classificada a operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS);

Medicina de Grupo: Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos de saúde,

excetuando-se as classificadas nas modalidades: administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde;

Odontologia de Grupo: Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera exclusivamente planos odontológicos. Excetuam-se as classificadas na modalidade cooperativa odontológica;

A sustentação econômica do mercado de planos e seguros de saúde se dá por meio de um mecanismo de cooperação voluntária conhecido como mutualismo. Este instrumento de autoproteção funciona quando muitos indivíduos contribuem financeiramente (por meio do pagamento de prêmios) para que alguns poucos indivíduos possam, quando da ocorrência de um estado adverso da natureza (doença), utilizar os recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos, para o pagamento das despesas médicas.

Os crescentes custos com assistência médica podem ser diretamente atribuídos a três componentes distintos. O primeiro deles decorre da inflação geral, geralmente o parâmetro utilizado pela ANS para avaliar os reajustes reivindicados pelas operadoras. A incorporação tecnológica é o segundo aspecto a impactar diretamente os custos médicos. Novos exames muitas vezes não substituem os existentes e, o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas geralmente torna os procedimentos mais onerosos. O terceiro componente com impacto em custos é a elevada taxa de utilização dos recursos e serviços de saúde.

2 – O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

As regras que orientam o funcionamento do setor estão definidas na Lei nº 9.656/98 e na MP nº 2.177-44 atualmente em vigor. De forma complementar à legislação setorial, outras normas foram fixadas pelo CONSU - Conselho de Saúde Suplementar - e pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O texto legal estabeleceu critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor, discriminou os padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das Operadoras e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

Em adição, a legislação definiu os atributos essenciais e específicos dos planos de saúde que servem de referência para todos os contratos que venham a ser celebrados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde que trabalha para promover o equilíbrio nas relações entre esses segmentos para construir, em parceria com a sociedade, um mercado sólido, equilibrado e socialmente justo.

2.1 – A EVOLUÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Condicionada no texto constitucional a uma estrita regulação do Estado, a participação da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro envolveu 10 anos de negociações no Congresso Nacional até ser definida em lei.

A Lei nº 9.656/98, portanto, é o resultado dessas discussões que se iniciaram no Legislativo após a promulgação da Constituição Federal. Vale destacar

que a sua aprovação no Senado somente foi possível pela introdução de determinadas alterações no enunciado legal por meio de Medida Provisória - MP, solução política adotada - com a concordância dos atores sociais envolvidos - para evitar que o setor permanecesse operando sem regras por mais tempo.

Como marco legal do processo de regulação, portanto, entende-se o conjunto formado pela Lei nº 9656/98 e a MP, que à época tomou a numeração 1.665. Esta MP, republicada várias vezes leva atualmente o número 2177-44. Ao conjunto Lei + MP foi acrescentado, em janeiro de 2000, a Lei nº 9961, que criou a ANS e lhe deu as atribuições de regulação do setor.

2.2 – IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO

O setor de planos de saúde vive uma densa transformação desde o início da vigência da Lei nº 9656/98.

A partir de janeiro de 1999, as operadoras que desejam atuar no setor tem que obter na ANS um registro provisório de funcionamento. Da mesma forma, cada plano de saúde para ser comercializado precisa estar registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

As Operadoras também estão impedidas de recorrer à concordata e de seus credores pedirem a sua falência. Agora, uma operadora só pode ser liquidada a pedido da ANS, fórmula encontrada para assegurar os direitos dos consumidores.

Outro exemplo importante das mudanças introduzidas pela Lei foi a instituição da obrigatoriedade de informações. Isso permite à ANS promover diversas análises e, em especial, acompanhar a evolução dos custos, condição essencial para a autorização de aumento das mensalidades dos planos individuais.

Tipos de planos de saúde anteriores à Lei nº 9656/98 foram proibidos de serem comercializados. Agora, os contratos firmados entre consumidores e operadoras de planos de saúde tem garantia de assistência a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde, além de impedimento às restrições de número de consultas e internações, dentre outros benefícios.

Mesmo os contratos antigos também obtiveram algumas garantias com a nova legislação: não podem ser rescindidos de forma unilateral pela operadora, as internações não podem ser encerradas a não ser por alta médica e as mensalidades

dos planos individuais ou familiares só podem ser aumentadas com autorização expressa da ANS.

A segurança do usuário de planos privados de assistência à saúde aumentou com a regulamentação pela ANS de medidas necessárias à manutenção da integridade das operadoras e da garantia da continuidade da prestação dos serviços de assistência contratados.

Os regimes especiais de direção fiscal e direção técnica e as liquidações extrajudiciais de empresas sem condições de operar são procedimentos a que a ANS pode recorrer sempre que verificar alguma grave ou insanável irregularidade que coloque em risco o atendimento à saúde contratada no plano.

3 – AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA E PANORAMA ATUAL

As raízes da assistência à saúde nas organizações brasileiras encontram-se nas empresas de estrada de ferro do início do século XX, um dos ramos mais importantes da economia do país. Demandava formas de serviço sanitário e assistencial, além de medidas de caráter coletivo, que garantissem a saúde de seus funcionários, de modo a não interromper o desenvolvimento do setor.

Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria.

Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos.

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919.

Através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais.

Com o Decreto nº 4.682/23, conhecido como a Lei Eloy Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresas; depois os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais.

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários (1923), o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía.

Segundo POSSAS⁴ (1981): "*tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAPs possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores.*"

A comissão que administrava a CAP era composta por três representantes da empresa, um dos quais assumindo a presidência da comissão, e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos.

O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do INPS (1967), quando foram afastados do processo administrativo (POSSAS, 1981).

O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que de acordo com o determinado pelo artigo 3º da lei Eloy Chaves, eram mantidas por: empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta); e consumidores dos serviços das mesmas. (OLIVEIRA & TEIXEIRA⁵, 1989).

A esse respeito, dizem SILVA e MAHAR *apud* OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989):

A lei Eloy Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da união. Havia, isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União. O mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais) refere-se à contribuição pelos empregados, empregadores e União foi obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 (alínea h, § 1º, art. 21).

No sistema das Caixas estabelecido pela lei Eloy Chaves, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

4 POSSAS, Cristina A. Saúde e trabalho – A crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p.

5 OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. (Im) Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 360 p.

Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º da lei Eloy Chaves:

1º - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;

2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º - aposentadoria;

4º - pensão para seus herdeiros em caso de morte

E ainda, no artigo 27, obrigava as CAPs a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho.

Em 1926, os mesmos direitos adquiridos pelos funcionários das estradas de ferro passaram a valer para as categorias dos portuários e marítimos. Como eram organizadas por empresas, empregadores ou categorias profissionais, as Caixas deixavam de fora boa parte da população.

Mesmo com a regulação do Estado, o rápido crescimento do sistema de Caixas não permitia ao governo monitorar seu funcionamento. Ao final da República Velha, nos anos 20, o Estado era totalmente desprovido de instâncias de controle social e fiscalização das políticas e ações voltadas à sociedade civil.

A criação das CAPs deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século passado, como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social.

Em 1930, o sistema já abrangia 47 Caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas.

Ainda em 1930, comandada por Getúlio Vargas é instalada a revolução⁶, que rompe com a *política do café com leite*⁷, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República.

Vitorioso o movimento, foram efetuadas mudanças na estrutura do Estado. Estas objetivavam promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação

⁶ A Revolução de 1930 foi um movimento revolucionário que derrubou a República Velha

⁷ A política do café-com-leite foi um acordo firmado entre as oligarquias estaduais e o governo federal durante a República Velha para que os presidentes da República fossem escolhidos entre os políticos de São Paulo e Minas Gerais.

dessas mudanças. Foram criados o Ministério do Trabalho, o Ministério da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde e juntas de arbitramento trabalhista.

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões⁸: o dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição definia, no artigo 46, os benefícios assegurados aos associados:

- a) aposentadoria;
- b) pensão em caso de morte, para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55 :
- c) assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias;
- d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração .

§ 2º - O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8%, da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.

Os IAPs foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa. Após o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), vieram: em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI) e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).

Em 1934, com a nova constituição, o estado e o setor industrial através dele, instituiu uma política social de massas que na constituição se configura no capítulo sobre a ordem econômica e social.

A implantação do Estado Novo⁹ representava o acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil.

Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações

⁸ Autarquias centralizadas do governo federal, sob a égide do Ministério da Educação e Saúde.

⁹ O Estado Novo é o nome que se deu ao período em que Getúlio Vargas governou o Brasil de 1937 a 1945. Este período ficou marcado, no campo político, por um governo ditatorial.

radicais na estrutura da grande propriedade agrária. Em 1937 foi promulgada nova constituição que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura).

Muitas CAPs foram transformadas em IAPs, como foi o caso dos trabalhadores de trapiches e armazéns, que passaram a constituir o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados de Estiva, Transportes e Cargas (IAPETC). O último instituto criado na década de 40 foi o dos servidores do Estado.

O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçadas a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical.

Em 1939 regulamenta-se a justiça do trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

O modelo mais antigo de assistência à saúde suplementar, no entanto, surge em 27 de janeiro de 1944 com a criação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, segundo Vicentini et al¹⁰.

A lei que criou o IAPI representa o exemplo mais radical da tendência geral restrita do período da criação dos institutos de aposentadorias e pensões. Seu artigo primeiro apresenta o Instituto como tendo por fim principal, conceder aposentadoria aos seus associados e pensão aos seus respectivos beneficiários. A mesma lei colocava na condicional a possibilidade de prestação de assistência médica podendo inclusive ser sujeita a uma contribuição suplementar.

A intenção do Instituto ao instalar a assistência patronal foi de proporcionar ao servidor melhores condições de atendimento médico-hospitalar, visando uma recuperação mais rápida com a qual a própria instituição seria também beneficiada. A assistência patronal ainda oferecia alguns auxílios pecuniários como adiantamentos, auxílio natalidade e seguro complementar.

Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes.

É principalmente a partir da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo

10 CIEFAS. A História da Autogestão em Saúde no Brasil. São Paulo: CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, 2000.

médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros.

A escassez de recursos financeiros associado a pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época.

Em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se (naquela época) a um mero desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

O processo de unificação dos IAPs já vinha sendo gestado desde 1941 e sofreu em todo este período grandes resistências, pelas radicais transformações que implicava. Após longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social só foi finalmente sancionada em 1960, acompanhada de intenso debate político a nível legislativo em que os representantes das classes trabalhadoras se recusavam à unificação, uma vez que isto representava o abandono de muitos direitos conquistados, além de se constituírem os IAPs naquela época em importantes feudos políticos e eleitorais. Finalmente em 1960 foi promulgada a Lei nº 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência.

Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema 03 anos mais tarde, quando foi promulgada a Lei nº 4.214 de 02 de março de 1963 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

O processo de unificação só avança com movimento revolucionário de 1964, que neste mesmo ano promove uma intervenção generalizada em todos os

IAPs, sendo os conselhos administrativos substituídos por juntas interventoras nomeadas pelo governo revolucionário. A unificação veio se consolidar em 02 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

Durante quase 20 anos (1940-1960), a única forma de assistência médica prestada era pelas CAPs e IAPs, que beneficiavam somente parte dos trabalhadores formais. Este era um sistema excludente, pois deixava sem assistência muitas categorias formais menos organizadas, toda a população de trabalhadores rurais e o setor de economia informal dos grandes centros.

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do IAPs. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 70 (o chamado milagre econômico), do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a da assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios.

No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de captar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia.

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos

(pró-labore¹¹), o que propiciou a estes grupos se capitalizar, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial.

Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados. A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período de 1969 (74.543) a 1984 (348.255).

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise em 1975. Primeiro, porque o capitalismo a nível internacional entra num período também de crise. Segundo, porque em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB¹², tornando o crescimento econômico não mais sustentável.

A idéia do que era preciso fazer “*crescer o bolo*” (a economia) para depois redistribuí-lo para a população não se confirma no plano social. Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos, sendo o país um dos que apresentavam um dos maiores índices de concentração de renda em nível mundial.

Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo).

O sistema tornava-se oneroso e o Estado promoveu uma retirada do financiamento. A partir daí começou a se configurar um sistema de assistência à

¹¹ Pró-labore é a remuneração do trabalho realizado por sócio, gerente ou profissional.

¹² PIB (Produto Interno Bruto) é a soma de todos os serviços e bens produzidos num período (mês, semestre, ano) numa determinada região (país, estado, cidade, continente).

saúde nas empresas que mais se aproxima do que hoje é denominado autogestão em saúde. Muitas delas assumiram a responsabilidade de oferecer a assistência médica, principalmente ambulatorial, a seus empregados. Sem serviços próprios estruturados, algumas contrataram planos de saúde privados. Outras investiram na montagem de estrutura própria.

Todo esse movimento surgiu para criar uma alternativa à precária assistência médica oferecida pelo INAMPS. O benefício passou a ser também fator determinante para as empresas atraírem profissionais no mercado de trabalho. Essa situação levou ao crescimento acelerado da medicina de grupo, das UNIMEDs¹³, dos seguros-saúde e, também, dos serviços próprios das empresas.

Na tentativa de conter custos e combater fraudes o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS.

O CONASP passa a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários.

O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes.

O plano propunha a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema e a perda do seu status.

O movimento das “DIRETAS JÁ¹⁴” e a eleição de Tancredo Neves (1985) marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande

¹³ Cooperativas de serviços médicos. Fundada em 1967 em Santos/SP o sistema é composto atualmente por 372 cooperativas médicas e está presente em 83% do território nacional.

¹⁴ Movimento civil de reivindicação por eleições presidenciais diretas no Brasil ocorrido em 1983-1984.

mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988.

É preciso fazer um pequeno corte nesta sequência para entender como o modelo médico neo-liberal procurou se articular neste momento da crise.

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos a partir de 1964, tendo recebido neste período vultosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”.

A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação.

Direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizar uma nova base estrutural.

Deste modo foi concebido um subsistema de atenção médico-supletiva composta de várias modalidades assistenciais.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei nº 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Algumas destas concepções serão expostas a seguir.

Primeiramente a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente: *“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”*.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada participar do SUS em caráter complementar.

Em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993.

Embora desde a Constituição de 1988 houvesse o reconhecimento de que a saúde é livre à iniciativa privada, somente dez anos depois, com a Lei nº 9.656/1998, os planos e seguros privados de saúde passaram a ser caracterizados como um segmento relevante do sistema de saúde.

O novo padrão de intervenção do Estado no mercado de saúde suplementar, após a edição da Lei nº 9.656/1998 foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), considerado o marco legal do processo de regulação e promoveu profundas alterações na dinâmica da indústria de planos privados de assistência à saúde e nas estratégias competitivas das firmas no Brasil.

Até o surgimento da ANS, o órgão criado por meio de medida provisória para regulamentar a Lei dos Planos de Saúde era o CONSU¹⁵.

Após a edição da Lei nº 9.656/1998 e a instalação da ANS, prosseguiu a mobilização em torno da regulamentação do setor. Diversas manifestações, reivindicações e ações judiciais ocorreram, por parte das operadoras ou de entidades de defesa dos consumidores, usuários e prestadores de serviços. Os principais marcos após a edição da lei foram o Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde no Senado Federal, em 2001, a CPI¹⁶ dos Planos de Saúde na Câmara dos Deputados e o Fórum de Saúde Suplementar, organizado pelo Ministério da Saúde, ambos em 2003.

3.1 – CARACTERÍSTICAS QUE DIFERENCIAM AS AUTOGESTÕES DAS DEMAIS MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR

A autogestão em saúde não possui fins lucrativos e destina-se a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou associados, e seus dependentes, participantes de empresas, associações, sindicatos, fundações, caixas de assistência ou entidades de classes profissionais.

¹⁵ Conselho de Saúde Suplementar.

¹⁶ A Comissão Parlamentar de Inquérito é um organismo de investigação conduzido pelo Poder Legislativo que visa a apuração de denúncias e proteção dos interesses da coletividade (da população brasileira).

A autogestão é a forma na qual as próprias empresas administram programas de assistência à saúde para seus empregados. As organizações podem ainda contratar terceiros para administrar os programas. Algumas chegam a financiar totalmente os planos de seus funcionários. Na maior parte dos casos, a conta é dividida com os beneficiários, sendo que esta contribuição é geralmente proporcional ao salário e descontada em folha de pagamento.

É a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública que, em muitos casos, criaram instituições privadas sem fins lucrativos para a gestão da assistência.

Até 2002 as entidades representativas das autogestões eram a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS). As entidades uniram-se e hoje o setor é representado pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), que tem abrangência nacional e está representada em todos os estados do País.

Foi o IBGE¹⁷, por meio do PNAD¹⁸ de 1998, que identificou pela primeira vez o tamanho e perfil da população usuária da saúde suplementar. Naquele ano, estimava-se que 38,7 milhões de brasileiros tinham planos de saúde, concentrados na zona urbana (95%), com renda média familiar inferior a 10 salários mínimos (52%) e jovens, em sua maioria (67% com menos de 40 anos).

Dados do setor, publicados no site da ANS, registraram em dezembro/2010, o vínculo de 45,5 milhões de beneficiários de planos de assistência médica com ou sem odontologia e 14,5 milhões a planos exclusivamente odontológicos. A taxa de cobertura de planos de assistência médica no país é de 23,9%. Das operadoras que possuem beneficiários, 1.044 são médico-hospitalares e 376 exclusivamente odontológicas.

O crescimento acumulado no último ano¹⁹ (8,7% em planos de assistência médica e 14,9% em planos exclusivamente odontológicos) apontou situações opostas nos dois segmentos. O ano de 2010 registrou o maior crescimento de

¹⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O IBGE é uma instituição da administração pública federal, subordinado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

¹⁸ A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD investiga anualmente, de forma permanente, características gerais da população, de educação, trabalho, rendimento e habitação e outras, com periodicidade variável, de acordo com as necessidades de informação para o País.

¹⁹ Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2010

beneficiários em planos de assistência médica em cinco anos e o menor crescimento em planos exclusivamente odontológicos no mesmo período.

A distribuição etária dos beneficiários de planos de assistência médica²⁰ evidenciou uma população ligeiramente mais envelhecida que a população total residente²¹. Cerca de 11,2% dos beneficiários de planos de assistência médica são idosos, ou seja, tem idade igual ou superior a 60 anos (contra 10,1% na população). Entre os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos o percentual de beneficiários idosos é de 4,0%.

Tabela 1 – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil 2006-2010)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
dez/06	36.763.983	7.259.022
dez/07	38.498.426	8.816.601
dez/08	40.427.009	10.352.425
dez/09	41.923.639	12.688.822
dez/10	45.570.031	14.575.160

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2010

Das operadoras de planos privados de saúde observa-se concentração de beneficiários em poucas operadoras. Na assistência médica, duas operadoras têm 10,4% do total de beneficiários. Entre os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, a concentração é mais evidente. A maior operadora tem 27,6% do total e o restante se distribui nas demais operadoras.

A maior parte das operadoras em todas as modalidades, com exceção das seguradoras, é de pequeno porte: entre as que possuem beneficiários 72,2% tem até 20 mil beneficiários.

Em 2009, as operadoras médico-hospitalares obtiveram uma receita de contraprestações de R\$64,2 bilhões. Considerando as despesas assistenciais de

²⁰ Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2010.

²¹ Fonte: População - IBGE/DATASUS/2009.

R\$53,3 bilhões, a sinistralidade (ou seja, a relação entre essas despesas e a receita) foi de 83,0%. A receita média por beneficiário foi de R\$116,24 mensais.

A receita das operadoras exclusivamente odontológicas, em 2009, foi de R\$1,3 bilhão, com sinistralidade de 48,5% e receita média por beneficiário de R\$11,07. A receita das operadoras médico-hospitalares (R\$64,2 bilhões) cresceu 8,6% em relação a 2008. As despesas assistenciais tiveram crescimento um pouco maior (12,2%), aumentando a taxa de sinistralidade.

O crescimento da receita das operadoras exclusivamente odontológicas foi de 16,0%. Houve, também, crescimento do número de beneficiários. A taxa de sinistralidade não sofreu alterações significativas.

Tabela 2 – Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil 2005-2010)

Modalidade da operadora	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (3º trimestre)
Total	80,7	79,0	79,9	79,7	82,3	80,3
Operadoras médico-hospitalares	81,4	79,7	80,6	80,3	83,0	81,1
Autogestão	87,6	83,0	87,6	91,9	94,4	87,8
Cooperativa médica	81,8	80,7	79,6	81,3	82,4	79,7
Filantropia	73,5	75,2	53,5	53,0	82,7	78,3
Medicina de grupo	75,7	75,9	77,0	77,4	79,1	79,2
Seguradora especializada em saúde	90,0	84,0	89,7	81,5	83,6	82,8
Operadoras exclusivamente odontológicas	49,4	44,9	48,1	48,0	48,5	45,8
Cooperativa odontológica	65,7	56,8	64,8	65,0	63,8	63,2
Odontologia de grupo	41,2	39,6	41,0	40,2	41,9	39,0

Fonte: DIOPS/ANS/MS – 06/12/2010

Nota: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

A autogestão em saúde constitui-se em um sistema que beneficia, de maneira equânime, os beneficiários, os profissionais e instituições de saúde e as próprias organizações patrocinadoras. Por não visar ao lucro, este segmento prima pela transparência de suas ações e da gestão dos recursos disponíveis. Na autogestão, a abrangência da assistência à saúde tem sido maior e a qualidade dos serviços prestados, melhor, geralmente com custos menores que os praticados pelos demais segmentos da saúde supletiva.

Entre as vantagens observadas nos planos de saúde das autogestoras estão a eliminação de intermediários entre o beneficiário e o prestador de serviços de saúde; o pagamento dos serviços médicos e hospitalares efetivamente utilizados, maior ou plena cobertura das patologias e respectivos tratamentos; a possibilidade de implementação de programas de prevenção da doença e promoção da saúde; a gestão conjunta da assistência à saúde e da medicina ocupacional.

O sistema de autogestão demonstra ser um dos modelos mais adequados e eficazes para as organizações preocupadas com a qualidade de vida dos seus colaboradores. A gestão da assistência à saúde dos funcionários de uma empresa, e seus dependentes, traduz em uma importante ferramenta de Gestão de Pessoas: permite a definição de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde voltados às características e necessidades da população assistida, servindo também de instrumento de motivação e de melhoria do clima organizacional. Com um sistema bem administrado, a organização pode contabilizar, com sucesso, as ações nesta área para a sua imagem institucional.

A flexibilidade no gerenciamento dos recursos é uma das principais vantagens da autogestão, possibilitando uma melhor relação custo/qualidade dos serviços contratados e o adequado controle dos gastos. Trata-se de um sistema que prioriza os beneficiários em todas as suas decisões, com atenção integral e preventiva, o que contribui de forma decisiva para o bom atendimento ao usuário e a significativa redução de custos.

Os sistemas de autogestão compreendem, geralmente, um maior número de serviços e atendem doenças e procedimentos que não tem cobertura pelos demais planos existentes no mercado de saúde supletiva. Observa-se também a presença de coberturas para transplantes superiores aos obrigados pela legislação, além de assistência farmacêutica e atendimentos gerais domiciliares de urgência e pós-internação. É significativo o número de autogestoras que assumem o compromisso com estes procedimentos, que possuem peso significativo no contexto geral das despesas.

A oferta de programas de atenção à saúde relacionados a grupos de usuários em condições de risco ou portadores de patologias específicas também está presente na assistência prestada pelas autogestões.

Entre medidas efetivas para aprimorar os controles dos planos de assistência à saúde estão o gerenciamento da demanda, a hierarquização do

acesso, o controle de autorizações prévias, a adequada orientação ao beneficiário e a eficaz gestão da informação. Modelos alternativos de atenção à saúde como os médicos de família, o atendimento pré-hospitalar e as internações domiciliares (*home care*²²) são também opções para melhoria dos serviços prestados, com resultados positivos tanto para a saúde dos usuários quanto para o custo da assistência.

Um dos fatores que mais influenciam na direção dos programas de prevenção é o aumento da expectativa de vida e o crescente envelhecimento da população brasileira, que colaboram para a maior incidência das patologias crônicas, por exemplo. Diante desse cenário, as autogestões compreenderam a importância e a necessidade de investimentos em ações preventivas, que se tornaram mais evidentes nos últimos anos.

Estudos sobre o perfil epidemiológico da população assistida permitem, por exemplo, mapear a situação da saúde dos beneficiários e as causas ou fatores responsáveis pelas doenças, monitorando a frequência de aparecimento das patologias, dos agravos à saúde e os fatores responsáveis pela sua incidência. Tornam-se um importante instrumento de gestão da assistência em saúde, que possibilita priorizar os investimentos.

3.2 – PERFIL DA POPULAÇÃO ASSISTIDA

O segmento de autogestão é o que possui a maior proporção de idosos. Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerada uma real conquista se não for apenas um período de sobrevida, mas uma vida plena com qualidade.

²² Assistência à saúde no domicílio, que vai de cuidados básicos de enfermagem até internação com suporte respiratório.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta no documento “Envelhecimento ativo: Um projeto de política de saúde²³” sua posição sobre os principais desafios relacionados ao envelhecimento da população a serem enfrentados no mundo e destaca o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação de vários setores. Além disso, a OMS recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais.

A longevidade tem se mostrado um fenômeno mundial, evoluindo em diferentes países do mundo com intensidade variada. No Brasil, a expectativa de vida vem aumentando ao longo das últimas décadas, de tal forma que em 1990 era de 67 anos, em 2009 passou para 73 anos e segundo projeções será de 81 anos em 2050, o mesmo observado hoje na China e no Japão²⁴.

Com a diminuição da fecundidade e da mortalidade no país, a melhoria nas condições de vida e de saúde e o desenvolvimento médico-tecnológico, observa-se o aumento na participação de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (idosos) na população. Hoje os idosos equivalem a cerca de 10% da população do Brasil e em 2050 representarão 29%. No âmbito dos planos privados de saúde, esse fenômeno parece ocorrer com intensidade semelhante: entre 2000 e 2009 verificou-se aumento de 4,6% na participação percentual de beneficiários idosos. Em 2009, cerca de 11% do total de beneficiários pertenciam a esta faixa etária.

Paralelamente à transição demográfica, nos últimos 40 anos o país tem passado por um acelerado processo de transição epidemiológica, gerando uma superposição de cenários onde se observa a alta prevalência de doenças crônicas, a persistência de doenças infecto-parasitárias e o reaparecimento de epidemias em áreas urbanas, fazendo com que o contexto de saúde brasileiro seja muito mais

²³ Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc>. Acesso em: 31 jan. 2011.

²⁴ BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050*. Número 24. Revisão 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

complexo do que o observado em países que completaram esse processo de transição mais lentamente.

Dado que um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas é a idade, diversos estudos abordam a relação entre o envelhecimento e o aumento dos gastos com atenção à saúde. A natureza das relações entre gastos com cuidados em saúde, idade e os anos que antecedem o morrer ainda não está muito clara e precisa ser melhor explorada.

Da perspectiva do envelhecimento populacional, diversos autores reportam uma elevação no padrão de utilização de serviços e nos custos com assistência à saúde com o avançar da idade. Nessa linha, em importante estudo sobre idosos realizado por FUCHS²⁵, as despesas assistenciais do grupo etário com mais de 85 anos foram três vezes maior que o gasto per capita do grupo de 65 a 74 anos e duas vezes maior que do grupo de 75 a 84 anos. Da mesma forma, ALEMAYEHU & WARNAR²⁶, ao analisar os gastos com assistência médica ao longo da vida, observaram que a maior parte das despesas assistenciais ocorreram após os 65 anos de idade, resultados similares aos encontrados por SPILLMAN & LUBITZ²⁷.

Já autores como DUNLOP et al.²⁸ e CHELLURI et al.²⁹ identificaram que a gravidade das doenças era mais importante que a idade na predição dos gastos com assistência médica e algumas pesquisas destacam que custos elevados com atenção à saúde estão associados a cuidados prolongados e ao fim da vida de uma pessoa. Para esses autores, a relação entre idade e gastos com saúde pode ser um artefato produzido pela forte associação entre a proximidade da morte e as despesas assistenciais ocorridas nesse período. Estudos realizados nos Estados Unidos e no Canadá mostram que a “distância do evento morte” tem maior potencial preditivo dos gastos com assistência médica do que a idade. Deste modo, o

²⁵ Fuchs, V. Provide: The Economics of Aging. National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper nº 6642. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 1998.

²⁶ Alemayehu B, Warner K E. The Lifetime Distribution of Health Care Costs. *HSR: Health Services Research* 2004; 39(3):627-642.

²⁷ Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Engl J Med* 2000; 342:1409-15.

²⁸ Dunlop WE, Rosenblood L, Lawrason L, Birdsall L, Rusnak CH. Effects of Age and Severity of Illness on Outcome and Length of Stay in Geriatric Surgical Patients. *American Journal of Surgery* 1993; 165(5):577-80.

²⁹ Chelluri L, Pinsky MR, Donahoe MP, Grenvik A. Long-term Outcome of Critically Elderly Patients Requiring Intensive Care. *JAMA* 1993; 269(24):3119-23.

envelhecimento populacional pode não ser o principal vilão dos maiores gastos com cuidados em saúde.

No Brasil, alguns estudos investigaram as relações entre idade e gastos em saúde e demonstraram que além de mais frequentes, as internações hospitalares entre os idosos são também mais prolongadas e custam mais, em virtude da multiplicidade de suas patologias quando comparados às outras faixas etárias. Porém, segundo KANAMURA & VIANNA³⁰, os gastos com saúde não se distribuem de maneira uniforme e a tendência é que uma minoria gaste muito, enquanto a grande maioria gaste pouco.

Um dos grandes desafios na gestão em saúde é o manejo dos eventos mórbidos que resultam em gastos elevados. No que diz respeito à saúde suplementar, até a promulgação da Lei nº 9.656, em 3 de junho de 1998, os planos privados de assistência reduziam o risco que esses eventos representavam ao limitar a cobertura de procedimentos e de exames de alto custo, chegando até a excluir da cobertura determinadas doenças, o que desde 1998 é proibido.

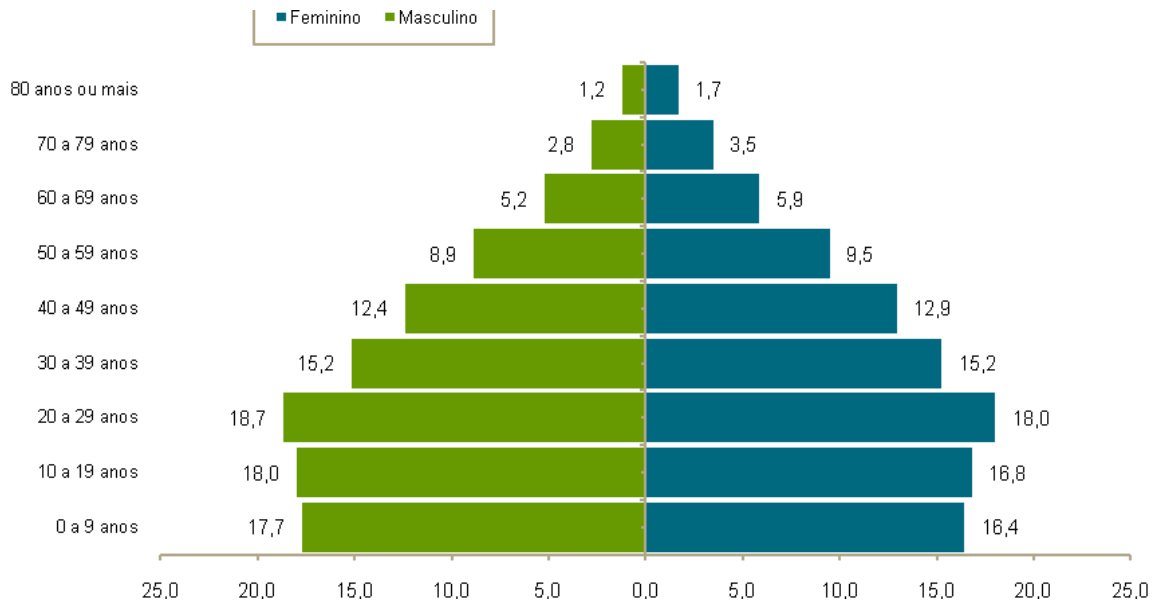
As aceleradas transformações na estrutura populacional observadas no Brasil indicam a importância cada vez maior de políticas públicas voltadas para a população idosa. Marco político relevante nesse sentido foi a promulgação do Estatuto do Idoso por meio da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003³¹, que regulou os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos.

Dos quase 43 milhões de beneficiários de planos de assistência médica no Brasil em 2009, pouco mais de 11% eram beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos. Em números relativos, esta participação vem se mantendo estável, se comparada à observada nas outras faixas etárias: houve redução do percentual de beneficiários com até 19 anos e aumento daqueles com idades entre 20 e 59 anos.

³⁰ Kanamura A H, Viana A L. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê? Rev Saúde Pública. 2007;41(5):814-20.

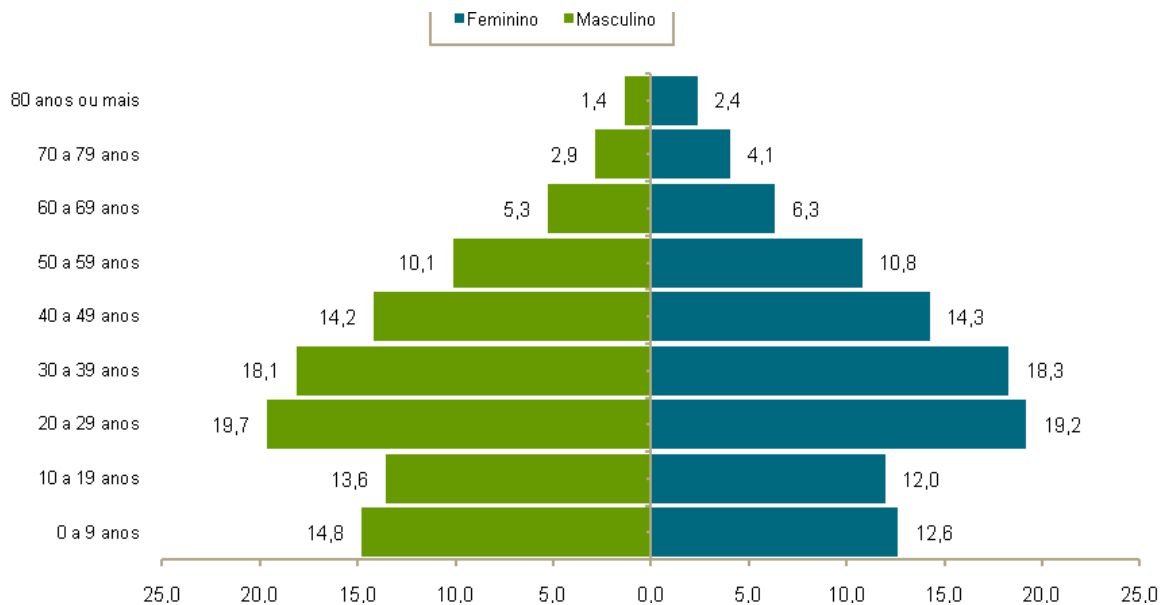
³¹ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 31 jan. 2011.

Gráfico 1 - Pirâmide etária da população, por sexo (Brasil - 2009)



Fonte: População - IBGE/DATASUS/2009
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2010

Gráfico 2 - Pirâmide etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica, por sexo (Brasil - junho/2010)

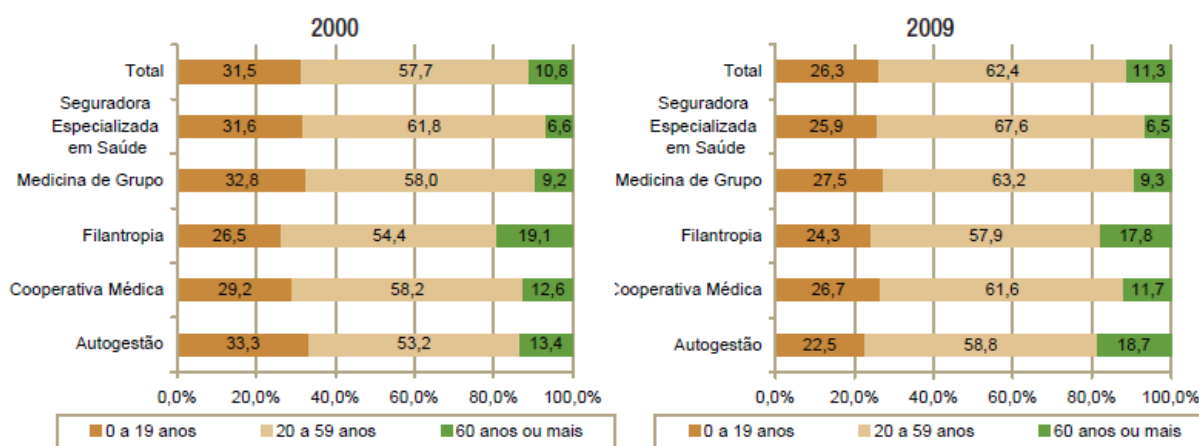


Fonte: SIB/ANS/MS - 06/2010
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2010

Quanto às modalidades de operadoras, verificou-se nos anos de 2000 e de 2009 que o maior percentual de idosos foi observado em autogestões, sendo a única modalidade a contribuir para a elevação da média de beneficiários idosos de planos privados de saúde. Deve-se considerar nesta análise que existem autogestões que estenderam os direitos básicos dos aposentados previstos na Lei nº 9.656/1998, assegurando o direito de manutenção como beneficiário do plano de saúde, independentemente do tempo de contribuição enquanto ativos (Figura 1 e 2).

A análise da sinistralidade das operadoras (resultante do cálculo da despesa assistencial sobre a receita de contraprestações) indicou que, para o período analisado, operadoras com maior proporção de idosos em suas carteiras tenderam a apresentar maior sinistralidade. Já entre operadoras com maiores percentuais de beneficiários com idade até 19 anos, a sinistralidade foi inferior àquelas cuja participação deste grupo etário é menor. Na análise segundo percentual de beneficiários com idades entre 20 e 59 anos, observou-se oscilação da sinistralidade não permitindo a identificação de um padrão.

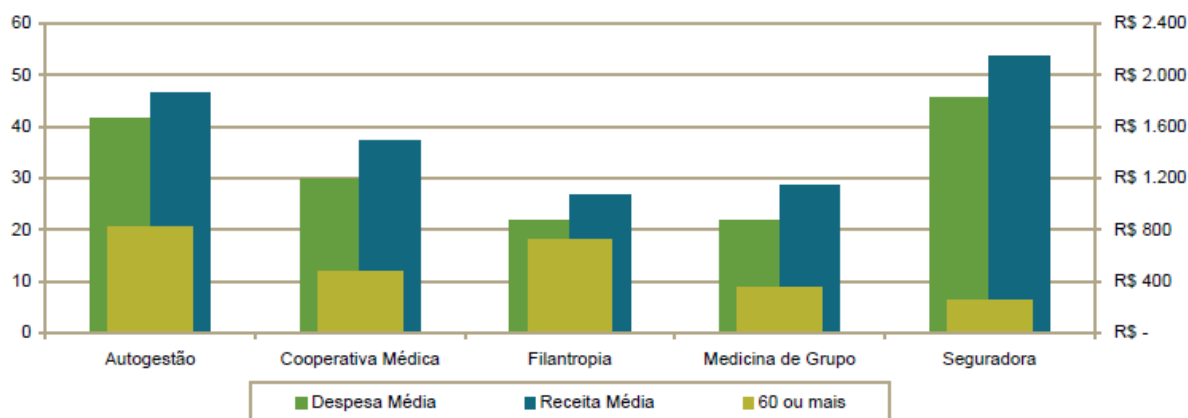
Figura 1 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de assistência médica por grupos de faixas etárias, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2000-2009)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2009

Nas autogestões as diferenças no padrão das despesas médias entre as faixas etárias se destacaram, o que indica significativo aumento das despesas conforme aumenta a idade dos beneficiários.

Figura 2 - Percentual de beneficiários idosos, despesa média e receita média segundo modalidade da operadora (Brasil - 2007-2008)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2009 e DIOPS/ANS/MS - 01/2010

O fato de a legislação brasileira impor limites à variação de preços cobrados de acordo com a faixa etária tem provocado desequilíbrio entre os valores de mensalidade cobrados e aqueles que deveriam ser cobrados para financiar o custo da saúde em cada faixa etária. Com isto, o valor não arrecadado nas faixas etárias com maior risco inevitavelmente é incorporado no preço das faixas etárias mais jovens, que pagam um preço mais alto do que o necessário para se financiarem.

Com o esperado envelhecimento populacional esse sistema pode se tornar insustentável dentro de um prazo não muito longo, pois se prevê que a proporção de idosos no Brasil cresça 47% entre 2010 e 2020. O pagamento do custo dos idosos pelos mais jovens induzirá cada vez menos a adesão de pessoas saudáveis em planos, inviabilizando o sistema, que tem sua precificação calculada a partir do custo de saúde per capita de cada faixa etária. A precificação enrijecida poderá vir a provocar um aumento do preço dos planos à venda para que se consiga sustentar financeiramente os planos já vendidos - tanto os planos anteriores quanto os posteriores à Lei.

Outro ponto a destacar é a tendência da população apresentar maior longevidade. Este efeito desestabilizará o equilíbrio atuarial dos planos de saúde, pois a mensalidade da faixa etária a partir de 59 anos é calculada com base na distribuição etária dos idosos à época do cálculo. Com o aumento da proporção dos

idosos o custo per capita com despesas de saúde aumentará, sem que haja previsão na regulamentação para se corrigir este efeito.

Além de uma população mais idosa, esta se tornará também mais longeva (maior número de idosos muito idosos). As previsões demográficas devem servir de alerta para os gestores tanto da saúde pública quanto da privada para atender às demandas assistenciais futuras – seja por financiamento público ou privado. Para a saúde suplementar, é necessário aprofundamento nessas legislações acerca da sustentabilidade econômico-financeira do setor frente às mudanças demográficas e as legislações em vigor.

4 – DESAFIOS PARA A SUSTENTABILIDADE DAS AUTOGESTÕES

O atual cenário da autogestão em assistência à saúde é motivo de preocupação e de esperança, na avaliação de especialistas e autoridades da área. Preocupação em virtude das intempéries que caracterizam o momento do mercado de assistência à saúde para todos os segmentos que nele atuam. A esperança reside justamente no contraponto que se pode fazer a essa situação. O sistema de autogestão pode ser concebido como aquele que melhor resposta oferece ao desafio de prestar assistência integral à saúde dentro de uma adequada relação custo-benefício.

Nas últimas duas décadas, o país passou por inúmeras situações que trouxeram significativo impacto para o segmento de autogestão, tais como os vários planos econômicos, os ciclos das privatizações e da terceirização de serviços, os movimentos de entidades da classe médica e a própria regulamentação do setor de saúde suplementar.

A autogestão tem um desafio constante: provar no dia a dia que é a melhor opção em termos de qualidade e custos, comparativamente aos demais segmentos de saúde supletiva existentes no mercado. São aspectos importantes a considerar: o controle dos custos, a regulação da demanda, o sistema de remuneração e o modelo de gestão da saúde, entre outros.

Isto requer que toda autogestão monitore permanentemente o seu desempenho em relação a planos equivalentes, em termos de cobertura e de rede credenciada, e persiga o melhor equacionamento entre custo e benefício, revendo, se necessário, seus processos de gestão. As empresas devem buscar a mudança do modelo assistencial, eliminando distorções e investindo em um sistema que reflita a responsabilidade pela condução da saúde da população assistida.

Ao dirigirem o foco para a lógica da assistência em saúde, desde seu início, as autogestões demonstraram a preocupação com a prestação do serviço com a melhor qualidade possível dentro do orçamento de que dispõem. Este é um

dos desafios do setor: equacionar a relação entre o orçamento e o custeio do plano, oferecendo um modelo de assistência racional e de qualidade. A busca de uma maior profissionalização no gerenciamento, em especial na gestão da informação em saúde, estão entre as oportunidades de aprimoramento das autogestões.

O futuro do segmento de autogestão, assim como do setor supletivo, passa por uma revisão do modelo assistencial e do sistema de saúde do país como um todo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) questiona³²: Como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento? Já que as pessoas estão vivendo por mais tempo, como a qualidade de vida na 3ª idade pode ser melhorada? Um grande número de pessoas na 3ª idade causará a falência dos nossos sistemas de saúde e de segurança social? Como podemos equilibrar o papel da família e o do Estado em termos de assistência àqueles que estão envelhecendo e que necessitam de cuidados? Como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos? A OMS define que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo mero assistencialismo. Os países precisam desenvolver políticas amplas e intersetoriais que procurem assegurar o envelhecimento saudável.

No Brasil, os esforços ainda são pontuais e desarticulados. O Ministério da Saúde nos últimos anos incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional. Entretanto o efeito prático ainda não foi alcançado. O peso assistencial continua preponderante e a desarticulação do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica fundamentada em uma avaliação multidimensional. Tais desafios são em grande parte respondidos pelo sistema suplementar de saúde, mas pouco se sabe da abrangência e do impacto desta resposta.

Estatísticas demonstram que a autogestão em saúde é o segmento mais compromissado com seus beneficiários, em especial os idosos, pessoas discriminadas pelos planos assistenciais de mercado: cerca de 20% dos seus

³² Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc>. Acesso em: 31 jan. 2011.

beneficiários tem mais de 60 anos de idade e centenas deles são pessoas com idades superiores a 100 anos.

A UNIDAS possui a convicção de ser o segmento mais comprometido, que indiscutivelmente oferece a melhor relação qualidade/custo/benefício, aguardou passivamente que as autoridades contemplassem a modalidade com tratamento diferenciado.

Ficaram evidentes no I Seminário dos Dirigentes e Gestores das Instituições de Autogestão em Saúde, em abril de 2010, as principais dificuldades enfrentadas pelo segmento. Identificou-se um forte sentimento de preocupação, que pode ser exemplificado nos seguintes fatores:

- A autogestão sofre impactos negativos com a legislação e regulação que regem o setor, sendo obrigada a cumprir a mesma regulação destinada às empresas lucrativas existentes no mercado. A aplicação de mesmas regras para condições tão diferenciadas encarece o segmento e provoca um sério problema social: a evasão de beneficiários que, pelo seu nível de renda, não serão absorvidos em outros planos de saúde no mercado suplementar.
- O estrangulamento da autogestão no setor de saúde suplementar é visível e preocupante. O capital excedente das empresas lucrativas além de concentrar em suas mãos as operadoras menores por processo de incorporação, investem na política de absorção de carteiras de planos de autogestão de órgãos e empresas públicas e privadas que patrocinam a assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

Há de se reconhecer que a modalidade de autogestão em saúde, iniciativa da sociedade brasileira há décadas, conseguiu vencer uma série de dificuldades e obstáculos para se manter fiel aos seus princípios: garantir ampla cobertura em serviços de assistência à saúde de qualidade e, sem fins lucrativos, focar a promoção da saúde e prevenção de doenças. Tudo isso se constituiu uma luta permanente em manter custos compatíveis com a capacidade contributiva de seus beneficiários, em 2010, aproximadamente 5,3 milhões³³ de vidas, entre trabalhadores, aposentados e suas famílias.

³³ Fonte: ANS TabNet: Beneficiários por operadora segundo a modalidade. Dezembro/2010.

CONCLUSÃO

É amplo o debate sobre as relações entre o envelhecimento e o aumento dos gastos em saúde. Neste trabalho, alguns dos pressupostos teóricos considerados é que ao predizer os gastos com assistência médica, múltiplos fatores como as características administrativas das próprias operadoras de planos privados de saúde, a composição etária das carteiras, a gravidade das doenças, a necessidade de cuidados prolongados e a proximidade do fim da vida – independentemente da idade – devem compor o modelo explicativo do aumento das despesas assistenciais nas carteiras das operadoras de planos privados de saúde. Os resultados desse estudo reforçaram a complexidade dessas relações.

A análise das despesas assistenciais indicou que na medida em que houve elevação da participação percentual de idosos nas carteiras das operadoras, também ocorreu aumento da despesa média por beneficiário. Paralelamente, foi possível observar que as variações da despesa assistencial foram acompanhadas por variações na receita de contraprestações, sendo os maiores gastos acompanhados pelas maiores receitas, independentemente das composições etárias das carteiras das operadoras. Ainda assim, como estas variações não ocorreram exatamente na mesma proporção, a sinistralidade das operadoras, no período analisado, tendeu a aumentar em operadoras com maior proporção de idosos.

Possivelmente outros fatores não explorados aqui influenciam os movimentos dos beneficiários - idosos ou não - no mercado de planos privados de saúde, contribuindo para o delineamento do setor e interferindo na composição dos gastos assistenciais. Este estudo pretende contribuir para a reflexão sobre a participação de idosos nas carteiras de planos privados de assistência à saúde na medida em que a modalidade de autogestão em saúde mostra ser a melhor alternativa (custo-benefício) do mercado, gerando ainda, inúmeros benefícios para os usuários do sistema.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Entenda o setor. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/entenda_setor.asp>. Acesso em: 31 jan. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados gerais. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

ALEMAYEHU B, WARNER K E. The Lifetime Distribution of Health Care Costs. HSR: Health Services Research 2004; 39(3):627-642.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. "Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática". Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003.

Autogestão em saúde suplementar: Um modelo estratégico de assistência à saúde privada em organizações militares. Administradores.com.br: online. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/autogestao-em-saude-suplementar-um-modelo-estrategico-de-assistencia-a-saude-privada-em-organizacoes-militares/11334/>>. Acesso em: 31 jan. 2011.

BERGAMASCO, Luciana de Barros. Operadoras filantrópicas: O desafio de se manter no mercado. In: UNIDERP-LFG. Limeira, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 17 fev. 2011.

BRASIL. Instrução normativa número 01/97, de 15 de maio de 1997. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do distrito federal as condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96. Brasília, Diário oficial da união de 15/05/97.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Número 24. Revisão 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 31 jan. 2011.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, mar. 2010.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2010.

CHELLURI L, PINSKY MR, DONAHOE MP, GRENVIK A. Long-term Outcome of Critically Elderly Patients Requiring Intensive Care. JAMA 1993; 269(24):3119–23.

CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. A História da Autogestão em Saúde no Brasil. São Paulo, 2000.

DIAS, Ronaldo Pinheiro. Interesses divergentes em saúde suplementar – Autogestão: Planejamento estratégico e ação comunicativa. In: UNIDERP-LFG. Rio de Janeiro, 2010.

DUNLOP WE, ROSENBLOOD L, LAWRASON L, BIRDSALL L, RUSNAK CH. Effects of Age and Severity of Illness on Outcome and Length of Stay in Geriatric Surgical Patients. American Journal of Surgery 1993; 165(5):577–80.

FUCHS, V. Provide: The Economics of Aging. National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper nº 6642. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 1998.

GAMA, Anete Maria. Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

GONÇALVES, Ingrid Melo, et al. Avanços e resultados da regulação do acesso aos serviços de saúde no SUS de Minas Gerais. III Congresso Consad de Gestão Pública. Painel 09/136. Minas Gerais: Consad, 2009.

KANAMURA, Alberto Hideki, VIANA, Ana Luiza D´ávila. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. Revista Saúde Pública 2007;41(5):814-20.

LEITE, Francine. Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 0042/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Glossário temático saúde suplementar. Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Do sanitarismo à municipalização. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126>. Acesso em: 30 jan.2011.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. (Im) Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petropolis: Vozes, 1985. 360 p.

Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc>. Acesso em: 31 jan. 2011.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 29 jan. 2011.

POSSAS, Cristina A. Saúde e trabalho – A crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p.

PRADO S. R. L. A., FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 399-407.

SOARES, Daniel Porto. Desafio da saúde pública e privada no Brasil: Contextualização histórica e discussão. In: UNIDERP-LFG. Passos, 2010.

SPILLMAN BC, LUBITZ J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. N Engl J Med 2000; 342:1409-15.

STOPASSOLI, Joice Fabiana da Silva. Assistência Médica Suplementar (AMS) e a verticalização. In: UNIDERP-LFG. Visão sistêmica na gestão da saúde. Florianópolis, 2010.

UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo, 2005.

UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Jornal Unidas. Ano IX – mar/abr 2010 – nº50. São Paulo: Unidas, 2010.

UNIMED DO BRASIL. Sobre a Unimed. Disponível em: <http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094>. Acesso em: 02 fev. 2011.

UOL EDUCAÇÃO. História do Brasil. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/historia-brasil/>>. Acesso em: 03 fev. 2011.

VERAS, Renato Peixoto et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. Revista Saúde Pública 2008;42(3):497-502.