



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA - EPIDEMIOLOGIA

**DIABETES *MELLITUS* NO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE:
ESTUDO DO PERFIL DE BENEFICIÁRIOS DE UMA CAIXA
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO DISTRITO FEDERAL.**

7616, 4521
1181102
ex. 1

Ana Paula Brito Hortêncio

FORTALEZA

2006

ANA PAULA BRITO HORTÊNCIO

**DIABETES *MELLITUS* NO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE:
ESTUDO DO PERFIL DO BENEFICIÁRIOS DE UMA CAIXA
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO DISTRITO FEDERAL.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará -UFC, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Pontes

FORTALEZA

2006

ANA PAULA BRITO HORTÊNCIO

**DIABETES *MELLITUS* NO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE:
ESTUDO DO PERFIL DE BENEFICIÁRIOS DE UMA CAIXA
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO DISTRITO FEDERAL.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará -UFC, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia.

Aprovada em: 11 / 03 /2006.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo José Pontes - (Orientador)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Luciano Lima Correia

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. José Wellington de Oliveira Lima

Universidade Estadual do Ceará – UECE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos professores do curso de Mestrado em Saúde Pública – Epidemiologia, em especial à Professora Márcia Gomide da Silva Melo, ao Professor Ricardo José Pontes e ao Professor Alcides da Silva Miranda.

A experiência vivida durante o curso de mestrado e o aprendizado adquirido na intensa pesquisa bibliográfica que a elaboração desta dissertação exigiu, reafirma a máxima de que as políticas sociais são processos em movimento constante. O perfil da sociedade, influenciado pela ordem econômica, demográfica e política do país, exige flexibilidade e vocação para mudar rumos e crenças amparados na luta pela preservação dos valores inerentes à vida.

O caminho foi percorrido, se vencido o desafio, ainda não se sabe, mas confesso que valeu a pena perseverar na pesquisa e aprender que os rumos da saúde no Brasil precisam da participação de cada um de nós.

Obrigada a todos vocês por terem acreditado que eu sou capaz.

AGRADECIMENTOS

Primeiro, a Deus, em seguida aos meus pais, Paulo e Noélia, que me incentivaram nesta reta final e que não mediram esforços para impedir que eu desistisse da batalha, nas tantas ocasiões em que a angústia parecia vencer o desejo.

Agradeço aos muitos colegas e amigos, que não por acaso, cruzaram o meu caminho no longo percurso da elaboração deste estudo. Todos os conselhos que recebi, todas as longas conversas que tivemos, madrugadas a dentro, estão agora materializados na finalização deste trabalho.

Aos dirigentes, representados pela Dra. Alba Fleury, e colaboradores, representados pelo Sr. Edson da Silva, da empresa onde efetivou-se o estudo, deixo minha gratidão pela concessão de acesso aos dados que possibilitaram a análise da incidência e da prevalência do diabetes *mellitus* entre os associados da caixa de assistência médica, do segmento de autogestão em saúde.

Ao concluir o estudo percebe-se, agora com mais nitidez, que as doenças crônicas não transmissíveis tendem a ser o elo de conexão entre os setores público e privado de saúde, materializando de forma inovadora e responsável, as parcerias público - privadas no setor de saúde do país.

O meu agradecimento é sincero e meu compromisso com esta sociedade, onde me formei, é ainda maior, porque hoje sei que não é à toa que escolhemos os desafios como medida da capacidade de aprender.

AGRADECIMENTOS

Primeiro, a Deus, em seguida aos meus pais, Paulo e Noélia, que me incentivaram nesta reta final e que não mediram esforços para impedir que eu desistisse da batalha, nas tantas ocasiões em que a angústia parecia vencer o desejo.

Agradeço aos muitos colegas e amigos, que não por acaso, cruzaram o meu caminho no longo percurso da elaboração deste estudo. Todos os conselhos que recebi, todas as longas conversas que tivemos, madrugadas a dentro, estão agora materializados na finalização deste trabalho.

Aos dirigentes, representados pela Dra. Alba Fleury, e colaboradores, representados pelo Sr. Edson da Silva, da empresa onde efetivou-se o estudo, deixo minha gratidão pela concessão de acesso aos dados que possibilitaram a análise da incidência e da prevalência do diabetes *mellitus* entre os associados da caixa de assistência médica, do segmento de autogestão em saúde.

Ao concluir o estudo percebe-se, agora com mais nitidez, que as doenças crônicas não transmissíveis tendem a ser o elo de conexão entre os setores público e privado de saúde, materializando de forma inovadora e responsável, as parcerias público - privadas no setor de saúde do país.

O meu agradecimento é sincero e meu compromisso com esta sociedade, onde me formei, é ainda maior, porque hoje sei que não é à toa que escolhemos os desafios como medida da capacidade de aprender.

RESUMO

Objetivos. 1) *Geral*: Descrever o perfil da demanda dos diabéticos aos serviços de assistência à saúde entre os anos de 2000 a 2004, através dos indicadores de uso e de custo da assistência prestada. 2) *Específico*: Avaliar a taxa de “sinistralidade” dos diabéticos estudados em 2004.

Material e Métodos. Os dados foram coletados no Sistema de Informações Gerenciais da empresa-alvo do estudo. Estão organizados em cinco faixas etárias (40 a mais de 80 anos). O critério de inclusão na amostra foram os associados do Distrito Federal (DF) submetidos, pelo menos, a um exame anual de hemoglobina glicosilada, entre os anos de 2000 a 2004. O tipo de estudo é exploratório, descritivo e se configura como análise por demanda.

Resultados. 44,99% dos associados da caixa de assistência médica (CAM), residentes no DF, têm idade acima de 40 anos. O DF representa 6,51% do total de associados da CAM do país. 51,1% dos associados são do sexo feminino e 48,9% do sexo masculino. Há um crescimento progressivo no número de associados que realizaram o exame de hemoglobina glicosilada (HG) nos de 2000 a 2004. Entre 40-49 anos, há o aumento anual dos que fazem controle da doença. O diabetes *mellitus* é mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens. As diabéticas procuram mais os serviços de saúde. Esta frequência aumenta com a idade. Os homens diabéticos, em idade mais avançada, internam-se mais do que as mulheres; têm permanência hospitalar aumentada e maior percentual de custo à empresa. A “sinistralidade” do diabetes, em 2004, foi de 127%, isto é, os portadores da doença contribuíram financeiramente para o plano de saúde 27% menos do que gastaram.

Conclusões. O estudo demonstra a alta representatividade do diabetes *mellitus* na caixa de assistência médica e mostra que a prevalência da doença aumentou de 81,3/1000 em 2000 para 175,5/1000 em 2004 na faixa etária de 40 a 80 anos, sendo o intervalo de 40 a 59 anos o de maior risco para a manifestação do diabetes tipo II.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus* - setor suplementar de saúde - planos de saúde – sinistralidade

ABSTRACT

Objectives. 1) Generality: To describe the profile of the demand of the diabetic ones, to the services of assistance to the health in years of 2000 the 2004, through pointers of use and cost of the given assistance. 2) Specific: To evaluate the tax of casualty of the diabetic ones studied of 2004.

Material and Methods. The numbers had been collected in the System of Management Information of the company - white of the study they are organized in five ages band (the 40 more than 80 years). The inclusion in the sample had been the associates of the submitted DF, to little, an annual examination of glucosilade hemoglobine , between the years of 2000 the 2004. The type of study is exploratory, descript and if it configures as demand analysis.

Results. 44,99% of the associates of the box of medical assistance, live in the DF, have age above of 40 years. The DF represents 6.51% of the total of associates of the box of medical assistance of the country. 51,1% of the associate are of feminine sex and 48.9% of the masculine sex. It has a gradual growth in the number of associates who had carried through the examination of HG in the ones of 2000 the 2004. Between 40-49 years, it has the annual increase of that they make control of the illness. The diabetes mellitus is more prevalent in the women of whom it in the men. The diabetic ones look more the health services. This frequency increases with the age. The diabetics men, in more advanced age, intern more of the one than the women; they have increased hospital permanence and they have percentile greater of cost to the company. The casualty of diabetes, in 2004, was of 127%; that is, the carriers of the illness had contributed less for the plan of health 27% of the one than they had spent.

Conclusions: The study it demonstrates to the high representation of diabetes mellitus in the box of medical assistance and sample that the prevalence of the illness increased of 81,3/1000 of 2000 for 175,5 2004 in the age band of 40 -59 years, being band of bigger risk for the manifestation of the type two diabetic.

Key words: Diabetes mellitus - supplemental health management – health plans – casualty.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de associados existentes no Brasil, por sexo, segundo o ano. CAM.....	112
Tabela 1.1: Proporção de associados existentes no Brasil em relação ao sexo, segundo o ano. CAM.....	112
Tabela 1.2: Número de associados existentes no Brasil por faixa etária, segundo o ano. CAM.....	112
Tabela 1.3: Proporção de associados existente no Brasil em relação a faixa etária, segundo o ano. CAM.....	112
Tabela 1.4: Distribuição etária dos associados, segundo intervalos selecionados pelo estudo, entre os anos de 2000 a 2004. CAM .Brasil.....	113
Tabela 2: Número de associados existentes no Distrito Federal, por faixa etária, segundo o ano. CAM.....	113
Tabela 2.1: Proporção de associados existentes no Distrito Federal em relação a faixa etária, segundo o ano. CAM.....	113
Tabela 2.2 : Número de associados existentes no Distrito Federal, por sexo, segundo o ano. CAM.....	113
Tabela 2.3: Proporção de associados existentes no Distrito Federal em relação ao sexo, segundo o ano. CAM.....	114
Tabela 3: Número de associados com diabetes existentes no Distrito Federal. CAM.....	114
Tabela 3.1: Total de associados com e sem diabetes <i>versus</i> prevalência da doença de 2000 a 2004. CAM. DF.....	114
Tabela 3.2: Número de associados com diabetes por faixa etária. CAM.....	114
Tabela 3.3: Proporção de associados com diabetes por faixa etária. CAM.....	115
Tabela 3.4: Número de associados com diabetes por sexo. CAM.....	115
Tabela 3.5: Proporção de associados com diabetes por sexo. CAM.....	115
Tabela 3.6: Prevalência do diabetes por sexo, no período de 2000 a 2004. CAM. DF.....	115
Tabela 4: Total de consultas realizadas pelos associados com diabetes, segundo faixa etária. CAM.....	116
Tabela 4.1: Total de consultas realizadas pelos associados com diabetes, segundo sexo. CAM.....	116

Tabela 4.2: Gasto produzido com consultas pelos associados com diabetes, segundo faixa etária e sexo. CAM.....	116
Tabela 5: Total de exames realizados pelos associados com diabetes, segundo faixa etária. CAM.....	116
Tabela 5.1: Total de exames realizados pelos associados com diabetes, segundo sexo. CAM.....	117
Tabela 5.2: Gasto produzido com exames pelos associados com diabetes, segundo faixa etária e sexo. CAM.....	117
Tabela 5.3: Sinistralidade dos associados diabéticos em relação aos gastos com consultas, exames – ambulatoriais e hospitalares. CAM. DF . Ano 2004	117
Tabela 6: Total de internações realizadas pelos associados com diabetes, segundo faixa etária. CAM.....	118
Tabela 7: Número de pacientes diabéticos em tratamento por faixa etária, segundo ano. Distrito Federal. HIPERDIA 2000 a 2004.	118
Tabela 7.1: Número de pacientes diabéticos em tratamento por sexo, segundo ano. Distrito Federal. HIPERDIA 2000 a 2004.	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Beneficiários do setor suplementar, segundo região geográfica. Fonte: ANS- dez/2004.....	Erro! Indicador não definido.
Figura 2: % de Beneficiários por classificação de operadora (beneficiários de todas as operadoras). Fonte ANS/DEZ-2004	Erro! Indicador não definido.
Figura 3: Proporção de associados por faixa etária existente no Brasil. CAM.....	75
Figura 3.1: Proporção de associados por sexo existente no Brasil. CAM.....	76
Figura 3.2: Proporção de associados existentes no Distrito Federal, por faixa etária, segundo o ano. CAM.....	76
Figura 3.3: Proporção de associados existentes no Distrito Federal, por sexo, segundo o ano. CAM.....	77
Figura 4: Número de associados com diabetes existentes no Distrito Federal CAM.....	80
Figura 4.1: Proporção de associados com diabetes em relação à população total do Distrito Federal. CAM.....	81
Figura 4.2: Número de associados com diabetes por faixa etária. CAM.....	81
Figura 4.3: Proporção de associados com diabetes por faixa etária. CAM.....	82
Figura 4.4: Número de associados com diabetes por sexo. CAM.....	82
Figura 4.5: Proporção de associados com diabetes por sexo. CAM.....	83
Figura 5: Total de consultas realizadas pelos associados com diabetes, segundo faixa etária. CAM.....	86
Figura 5.1: Total de consultas realizadas pelos associados com diabetes, segundo sexo. CAM.....	86
Figura 6: Total de exames realizados pelos associados com diabetes, segundo faixa etária. CAM. 2004.....	90
Figura 6.1: Total de exames realizados pelos associados com diabetes, segundo sexo. CAM. 2004.....	90
Figura 7: Total de internações realizadas pelos associados com diabetes, segundo faixa etária. CAM.....	92
Figura 8: Gasto produzido com exames pelos associados com diabetes, segundo faixa etária . CAM. 2004.....	95
Figuras 8.1: Gasto produzido com exames pelos associados com diabetes por sexo. CAM.2004.....	95

Figuras 8.2: Gasto produzido com consultas pelos associados com diabetes, segundo faixa etária . CAM. 2004.....	97
Figuras 8.3: Gasto produzido com consultas pelos associados com diabetes, por sexo. CAM. 2004.....	97

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS:.....	Erro! Indicador não definido.
2.1 Geral:.....	Erro! Indicador não definido.
2.2 Específicos:.....	Erro! Indicador não definido.
3 Referencial Teórico:.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 Magnitude das doenças crônicas e o rastreamento do diabetes <i>mellitus</i> no Brasil:	Erro! Indicador não definido.
3.1.1 Prevenção e controle: estratégias eficazes na epidemiologia do diabetes:Erro! Indicador não de	
3.1.2 O SUS frente ao crescimento do diabetes no Brasil:.....	Erro! Indicador não definido.
3.1.3 Análise crítica da experiência realizada pelo SUS no rastreamento do diabetes <i>mellitus</i> :	Erro! Indicador não definido.
3.2 Atenção privada à saúde no Brasil: uma alternativa para o tratamento das doenças crônicas? Evolução e tendências do setor suplementar:Erro! Indicador não definido.	
3.2.1 A evolução da demanda privada de saúde no Brasil:	Erro! Indicador não definido.
3.2.2 Restrições contratuais e legais à cobertura de planos e seguros de saúde aos portadores de doenças crônicas e o impacto para o SUS:.....	Erro! Indicador não definido.
3.2.3 O sistema privado no Brasil: agonia ou expansão?.....	Erro! Indicador não definido.
3.3 Parceria público-privadas no Brasil e no mundo: legitimando o resgate do sistema de saúde:	Erro! Indicador não definido.
3.3.1 Público <i>versus</i> Privado: como o dinheiro público financia os planos de saúde privados:.....	Erro! Indicador não definido.
3.3.2 Autogestão em saúde no Brasil : o ponto de encontro ou de colaboração entre o público e o privado:.....	Erro! Indicador não definido.
4 Metodologia e Material:.....	66
4.1 Tipo de estudo:	66
4.2 População do estudo:	66
4.3 Método:	66
4.4 Aspectos a serem investigados:	67
4.5 Instrumentos utilizados:	67
4.6 Fonte do estudo:	68
4.7 Aspectos éticos da pesquisa:	70
5 Resultados do estudo e discussão:.....	Erro! Indicador não definido.

5.1 Considerações gerais:.....	Erro! Indicador não definido.
5.2 Descrição e discussão dos resultados:.....	73
5.2.1 Quanto ao perfil dos associados da Caixa de Assistência Médica no Brasil e no Distrito Federal:	73
5.2.2 Perfil dos diabéticos da Caixa de Assistência Médica no Distrito Federal:	77
5.2.3 Uso dos serviços de assistência pelos diabéticos da Caixa de Assistência Médica, residentes no Distrito Federal:	83
5.2.3.1 Em relação às consultas médicas ambulatoriais:	83
5.2.3.2 Em relação aos exames ambulatoriais:	86
5.2.3.3 Em relação às internações hospitalares:	91
5.2.4 Gastos com a assistência ambulatorial prestada aos diabéticos da Caixa de Assistência Médica no Distrito Federal:	93
5.2.4.1 Em relação à assistência de apoio diagnóstico e terapêutico dos portadores de diabetes:	93
5.2.4.2 Em relação às consultas ambulatoriais dos portadores de diabetes:	96
CONCLUSÕES:	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	Erro! Indicador não definido.
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:.....	109
ANEXOS:.....	111

INTRODUÇÃO

A crise do sistema social e, em especial, da saúde no Brasil tem a prevalência e o comportamento das doenças crônicas. Instala-se, silenciosamente, e vai-se agravando com o tempo e de acordo com os cenários político e econômico que o país constrói (Couto Filho, 2004).

As disparidades sociais no Brasil e no mundo, sucumbem-se à incapacidade de provisão financeira e gerencial dos governos para atender a uma população que se renova menos e que envelhece mais a cada ano, na medida em que a expectativa de vida aumenta, surpreendendo as projeções dos censos demográficos nacionais (FIBE,2000). Este cenário, aliado à fatores de subdesenvolvimento histórico, de insegurança alimentar na maioria das nações, de poucos investimentos em políticas públicas e a indefinição de modelos assistenciais capazes de proteger as populações, oportuniza e evidencia, atualmente, o alastramento das doenças crônicas não transmissíveis como um dos fatores preocupantes dos perfis epidemiológicos traçados em todo o mundo (Monteiro,1995).

Contrariando o paradigma da estatização plena pretendida pelo Sistema Único de Saúde, o Brasil convive hoje com um setor privado de assistência à saúde que potencializa a inclusão de 26% da população nacional (PNAD,2003).

Um setor em conflito, mas sedimentado, composto de um segmento populacional crítico, do ponto de vista demográfico e epidemiológico e recentemente regulado pelo estado (ANS, 2001).

O setor privado de saúde, mesmo carecendo de muitos dos conteúdos que a saúde pública já desenvolveu, é um setor fortemente presente no cenário brasileiro, respondendo às demandas de aproximadamente 33 milhões de pessoas, das quais 37% têm mais de 40 anos de idade (ANS, 2004). A concentração das faixas etárias mais avançadas no setor privado clama por especial atenção, uma vez que a relevância deste estudo está amparada pela análise – descritiva e quantitativa do perfil da demanda de serviços dos portadores de diabetes *mellitus* (DM) em uma empresa de autogestão em saúde do setor privado no Brasil. Para esta abordagem, a distribuição etária da população tem total significância, na medida em que, estudos setoriais de tendência quanto às doenças crônicas não transmissíveis apontam que a incidência do DM aumenta a partir dos quarenta anos, quando a doença deixa a sua fase de sintomas silenciosos exigindo, dos núcleos de assistência, maiores e mais custosos cuidados com os seus portadores (MS, 2001, Montone, 2002).

O diabetes *mellitus*, avaliado sob o eixo da sua própria eclosão, cresce também no setor privado de saúde e atrai para um novo debate, os atores tanto dos setores público quanto privado, propondo que Parcerias Público – Privada (PPP), previstas pela Lei 11. 079 (DOU, 2004) sejam a alternativa estratégica para a resolução de alguns dos problemas que amarram os modelos de atenção financiados, de uma lado pelo SUS e, de outro, pelo setor privado, abrindo espaços para novas e necessárias redefinições de percursos para a saúde no Brasil. A forte tendência de que as chamadas PPP refiram-se, tão somente, a investimentos e não ao custeio de serviços, no enfoque apresentado, busca-se uma configuração contemporânea dos “sócio -mercados” no setor saúde (Bahia, 2003). Sob a ótica interdisciplinar da economia política e de seus métodos de análise, a relação Público - Privada na assistência à saúde, tende a exigir definições de novos papéis entre Estado e Mercado, estabelecendo compromissos de um e de outro, sob a égide da sociedade capitalista, sem perder de vista a sobrevivência de um

sistema nacional articulado entre si e capaz de assumir o enfrentamento dos problemas de saúde da sociedade brasileira (Cohn, 2003).

Sob a nova ordem social de saúde para todos, a iniciativa privada vem-se reorientando no cenário brasileiro. Nos cinco anos de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, características do setor privado têm sido reveladas e se sustentam como um dos princípios da democracia que garante, ao cidadão brasileiro, o direito de escolha entre o público e o privado, quanto ao acesso aos serviços de saúde (ANS, 2000).

O uso de serviços relacionados com a assistência aos portadores de doenças crônicas projeta-se, tanto nos estudos sobre os gastos do sistema de saúde, quanto nas emergentes proposições de adaptação de modelos de atenção em saúde afetando, tanto os setores público como o privados de assistência (Dranove, 1998).

Por outro lado, as projeções epidemiológicas que dão às doenças crônicas não transmissíveis, lugar de destaque no cenário da saúde no Brasil, estão exigindo que recomendações de caráter mais pragmático e que ponderações sobre os fundamentos e as razões dos gastos crescentes com saúde, no país, convoquem reflexões quanto à efetividade dos atuais modelos de proteção social da nação brasileira (Ugá, 2002).

A natureza e a extensão de doenças crônicas - derivadas da incorporação de novos e, muitas vezes, inseguros hábitos de vida, tanto em relação ao trabalho e ao emprego, à alimentação, ao sedentarismo como também ao estresse - apenas para citar alguns dos fatores subjacentes aos indivíduos, têm demonstrado que as condições sócio-econômicas e culturais do país projetam para os governos e para a sociedade a necessária e, cada vez maior,

previsão de gastos com saúde. Por outro lado, não se pode afastar a evidência de que a prevenção e o gerenciamento das doenças crônicas continuam sendo os caminhos mais eficazes para a redução dos custos assistenciais (Miranda, 2003). Todavia, neste cenário, a necessidade de padronização das práticas preventivas para que elas não fiquem apenas na configuração ideológica de sistemas integrados de atenção que não se viabilizam na prática exige, cada vez mais, a contrapartida na distribuição de responsabilidades sobre os gastos da saúde entre as iniciativas públicas e privadas (Nakagama,2003).

O crescimento das doenças crônicas e os seus crescentes custos assistenciais é um desafio mundial. Contudo, as peculiaridades do sistema nacional de saúde, sobretudo as relacionadas com as interfaces Público - Privada ou Estado-Mercado, adicionam variáveis autóctones ao equacionamento do problema dessas doenças, conforme será visto neste trabalho. A convivência de um sistema de saúde universal com a preservação de coberturas caracterizadas pela organização de subsistemas privados segmentados, segundo critério de *status* sócio-ocupacional, diferencia o sistema de saúde brasileiro, tanto daqueles orientados pelo mercado, quanto dos caracterizados pelo financiamento público e a prestação ou compra de serviços pelas instituições governamentais (SBD,1988, Fraige,2004, Andreazzi, 2002).

Entre as conseqüências da segmentação do sistema de saúde brasileiro elenca-se: a) o elevado padrão dos gastos privados com saúde provenientes de despesas com empresas empregadoras e das famílias (POF,1995-1996) ; b) a transferência de riscos relacionados com custos assistenciais do privado para o público, incluindo a cobrança de atendimento direto às famílias, em função do padrão de competição e de autonomia dos prestadores de serviços; (Lei 9.656/98, art. 32) c) o modelo diferenciado, segundo condição de cobertura, de utilização de serviços no que refere à quantidade de serviços consumidos e presumivelmente a qualidade

da atenção prestada. Nesse complexo e fragmentado sistema, interesses, conflitos e consensos relacionados com as dimensões políticas, éticas, econômicas e assistenciais renovam-se permanentemente (Iunes, 1998, Andreazzi,2002).

A mais visível e decantada anomalia nas interfaces Público - Privada do sistema de saúde brasileiro é o uso de serviços públicos pelos clientes de planos de saúde. A normatização da recuperação desses custos, o denominado “Ressarcimento ao SUS” (Lei 9.656/98,art 32) vem sendo considerado, desde os anos 90, por gestores públicos, agências multilaterais, como o Banco Mundial e o BID e setores da sociedade civil, uma ferramenta adequada à obtenção de maior equidade no financiamento da saúde (Bahia, 1999, Andreazzi, 2002).

Por outro lado, as empresas de planos de saúde e, mais recentemente, as entidades de representação de hospitais privados expõem argumentos contrários à tese da cobrança pelo atendimento de clientes de planos realizados em serviços públicos ou conveniados com o SUS. As principais razões de defesa contrária ao ressarcimento são a sua inconstitucionalidade e, por vezes, a sua inocuidade. Algumas empresas de assistência suplementar consideram que as suas coberturas, inclusive no que se refere ao consumo de procedimentos de alto custo, são muito superiores àquelas propiciadas pelo SUS (FBH,2004).

Dirimir tal polêmica é uma tarefa que exige a mobilização de referenciais teóricos e de bases empíricas muito mais extensas do que aquelas obtidas para este estudo. Porém, a tarefa de problematizar a afirmação genérica, segundo a qual o SUS é o responsável pela alta complexidade parece inadiável (CNS,2003), até mesmo pela pertinência retratada por

projeções que apontam pelo avanço e crescimento das doenças crônicas entre a população brasileira nos próximos vinte anos (MS, 2001).

A partir de um conjunto sistematizado de idéias e de defesas, expõe-se, nesta dissertação, questões sobre a redistribuição das responsabilidades quanto aos riscos assistenciais entre as esferas pública e privada. Neste sentido, considera-se como pressupostos: - a concentração de beneficiários dos planos privados de saúde no Brasil que coincide com a concentração de equipamentos médico-hospitalares (hospitais, SADT e especialidades médicas) em determinadas regiões geográficas do país, acentuando as desigualdades do mercado de saúde no Brasil (AMS,2000, Ocké, 2003).

A abordagem sobre as dimensões legais e operacionais das coberturas de procedimentos dispostas na Lei 9.656/98, a Lei dos Planos de Saúde, como outro ponto de conflito da saúde suplementar, tem ocupado a pauta do judiciário com demandas diárias que exigem a arbitragem de constitucionalidade da retroatividade das determinações da lei sobre aos planos anteriores à sua promulgação (Serrano,2004).

Este trabalho abandona qualquer pretensão de fazer recomendações a partir de modelos existentes de atenção. Limita-se a descrever o perfil dos portadores da doença em uma empresa de autogestão, residentes no Distrito Federal, no período de 2000 a 2004, analisando a demanda por serviços de saúde desses portadores no ano de 2004.

Segue-se à apresentação, os objetivos geral e específicos do estudo.

O referencial teórico do estudo está sedimentado em três principais linhas de abordagem, a saber:

A **primeira**, trata a magnitude das doenças crônicas (OPAS, 2003) enfocando o rastreamento do diabetes *mellitus* no Brasil, realizado em 2001 pelo Ministério da Saúde, a partir da implementação do Plano de Reorganização das Doenças Crônicas, dando consistência ao foco do presente estudo.

A **segunda**, referencia características importantes em relação ao setor privado de saúde no Brasil. Trata da organização e da reação do setor à multiplicidade de normas e desafios que a regulação e controle do público sobre o privado tem pretendido. Aborda as tendências de acumulação de capital no setor privado que representaram a demanda do setor e comenta a excessiva e conflitante legislação que tem sido dirigida ao setor desde a promulgação da Lei 9.656/98 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Aborda também a saúde financeira das operadoras de planos de assistência à saúde sob a lógica da cobertura ampla e do ressarcimento ao SUS prevista na Lei dos Planos de Saúde.

A **terceira**, expõe os elementos no entorno econômico, político e das políticas sociais que influenciam e são influenciados pelas mudanças que ocorreram nas relações Público - Privada no Brasil no anos 90. Estabelece-se um paralelo entre o público e privado como um sinal de alerta para a revisão da propalada seguridade social, fundamentada nos princípios do SUS que não conseguiu ainda resolver a sua questão de financiamento, sendo criticado por várias correntes ideológicas como o protagonista de uma universalidade excludente. As questões sociais e epidemiológicas que invadem os setores público e privado avançam na via paralela ao campo da competitividade do público com o privado e vice-versa, mostrando que

o setor saúde no Brasil, em que pese elementos da contradição Público - Privada é, na realidade um setor homogêneo (Favaret & Oliveira, 1990, Mendes, 2001, Andreazzi, 2002, Ocké,2003).

Insero, por fim, um contexto sobre a autogestão no setor privado de saúde no Brasil como um segmento que concretiza, sob a égide da integralidade, da solidariedade, da equidade e do controle social efetivo, a parceria Público - Privada, na medida em que, por cultivar valores que não desoneram o caráter filosófico do SUS, traduz, na prática, as preocupações econômico-financeiras do setor privado diante de uma realidade sócio-epidemiológica que tende a agravar-se nas próximas décadas (UNIDAS, 2004).

Ao referencial teórico, procede-se a abordagem da metodologia escolhida para a realização dos estudo em questão, com a descrição de material e instrumentos utilizados na construção deste trabalho.

Em seguida são apresentados os resultados do estudo, sobre os quais se processam discussões que se amparam pelo referencial teórico exposto no trabalho. Tais resultados permitem a descrição do perfil de uso dos serviços de saúde e revela características deste uso, do ano de 2000 a 2004, através das variáveis de gênero e de idade dos portadores de diabetes na caixa de assistência médica. Compara-se, no geral e como forma descritiva enriquecedora deste trabalho, os dados do estudo com o substrato recolhido do “HIPERDIA / DF” – Sistema Informatizado de registro e acompanhamento de diabéticos do Sistema Único de Saúde sem a pretensão de aprofundamento de possíveis vieses de subnotificação existentes naquele sistema.

Finda-se o estudo com a avaliação da “sinistralidade” do diabetes extraída da relação entre receita gerada pelos portadores da doença na faixa etária acima dos 40 anos e gastos produzidos pelos mesmos em 2004.

2 OBJETIVOS:

2.1 Geral:

Descrever o perfil de demanda aos serviços de saúde dos portadores de diabetes, residentes no Distrito Federal, associados de uma Caixa de Assistência Médica, do segmento de Autogestão em Saúde no período de 2000 a 2004.

2.2 Específicos:

2.2.1. Demonstrar a prevalência do diabetes *mellitus* entre os associados da amostra, a partir dos 40 anos de idade, em escala intervalar de 10 anos;

2.2.2. Demonstrar a frequência da utilização aos serviços de saúde pelos associados portadores de diabetes *mellitus* nas variáveis gênero e idade;

2.3.3. Descrever o perfil dos diabéticos que utilizaram os serviços de assistência, através das variáveis de gênero e de idade em consultas ambulatoriais, exames e internações;

2.3.4. Analisar os gastos dos pacientes diabéticos selecionados pela amostra em relação aos procedimentos de exames complementares e de consultas ambulatoriais;

2.3.5. Avaliar o resultado entre receitas e despesas geradas pelos portadores de diabetes da amostra aferindo a taxa de “sinistralidade” pela doença, entre os associados residentes no Distrito Federal, no ano de 2004.

3 Referencial Teórico:

3.1 Magnitude das doenças crônicas e o rastreamento do diabetes *mellitus* no Brasil:

O diabetes *mellitus* é considerado, no momento atual, um sério e crescente problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como também naqueles em desenvolvimento.

Em 1995, a Organização Mundial de Saúde estimava que o diabetes *mellitus* atingia 4% da população mundial adulta, e que em 2025, esta taxa subiria para 5,4% da população, o que equivalerá a 300 milhões de diabéticos em todo o mundo. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, e neles se acentuará o padrão de concentração de casos na faixa etária de 45 a 64 anos (King,1998).

Ainda, segundo tais projeções, enfatiza-se que 75% destes pacientes viverão em países em desenvolvimento, onde há maior dificuldade ao acesso a centros especializados de assistência médica e de diagnose. A maioria destes indivíduos apresentará diabetes tipo II e estará na faixa etária de 45 a 64 anos, portanto, em fase de grande participação no mercado de trabalho com elevado custo social, humano e para os sistemas de saúde dos países vulneráveis.

O aumento da incidência de diabetes, em termos mundiais, tem sido relacionado às modificações de estilo de vida e do meio ambiente trazidas pela industrialização. Estas modificações levam à obesidade, ao sedentarismo e ao consumo de uma dieta rica em calorias e em gorduras (Narayan,2000).

No Brasil, o estudo mais abrangente sobre a prevalência de diabetes *mellitus* realizado em 1988, sob coordenação do Ministério da Saúde, em nove capitais brasileiras mostrou que a prevalência estimada de diabetes, ajustada para a idade, variou de 5,2% a 9,7% nos diferentes centros urbanos avaliados, sendo que cidades das regiões sul e sudeste apresentaram as maiores prevalências. Foi observado importante variação de prevalência de acordo com a faixa etária; ou seja, de 3% a 17% nas faixas de 30 a 39 anos e de 60 a 69 anos, respectivamente. A prevalência da tolerância diminuída à glicose, um estágio prévio ao diabetes em que a prevenção primária demonstrou-se clinicamente efetiva, era igualmente de 8%, variando de 6% entre 30-39 anos a 11% entre 60-69 anos de idade. Indivíduos com excesso de peso ou história familiar de diabetes apresentaram maiores risco de ter diabetes ou de intolerância diminuída à glicose (Malerbi,1992).

Reflete também o achado em outros países, a evidência de que 46%, quase a metade dos indivíduos brasileiros identificados como diabéticos, não conheciam o diagnóstico ao serem testados (WHO,2003). O diabetes apresenta alta morbi - mortalidade, perda importante de qualidade de vida e incorre em altos encargos para os sistema de saúde, tanto público como privado. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular em todo o mundo, incluindo doenças coronarianas e acidentes vasculares encefálico. A maioria das conseqüências do diabetes resulta dessas complicações incapacitantes para o trabalho (Almeida, 1998, Fraige,2002).

Nos Estados Unidos, estima-se que aproximadamente 33% dos indivíduos submetidos à terapia substitutiva renal - diálise ou transplante renal - têm o diagnóstico de insuficiência renal crônica atribuído, primariamente, pelo diabetes (URSDS,1999), sendo a metade destes devido a diabetes do tipo II (Perneger,1994). Por volta da metade de todas as amputações de membros inferiores no EUA ocorre em indivíduos diabéticos (Humpherey,1994). E mais, o risco de doença cardiovascular, incluindo doenças coronarianas e acidentes vasculares cerebrais é duas a quatro vezes maior em diabéticos da mesma idade e risco similar da doença cardiovascular devido a outros fatores (Haffner, 1998; Morrish,2001).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Indivíduos com diabetes precisam de, no mínimo, duas a três vezes mais recursos para o cuidado com a saúde do que os não diabéticos. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida para os doentes e suas famílias. O diabetes representa ainda carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (WHO,2002b).

Estudos realizados pela *American Diabetes Association* estimaram em 98 bilhões de dólares os gastos totais, ou seja, gastos diretos em saúde e indiretos, como a perda de produtividade por doença e morte precoces, atribuído ao diabetes (ADA, 1997).

As doenças não transmissíveis são responsáveis por 45,9% da carga de doenças em todo o mundo (WHO, 2002). Estima-se que em 2020, dois terços da carga de doenças será atribuída às doenças crônicas não transmissíveis (Chopra, 2002). As dietas altamente calóricas e o sedentarismo são os principais fatores relacionados ao aumento da prevalência da obesidade, outro fator de risco importante para o diabetes tipo II (Grubb,2002; Zimmet,2003).

Estudos patrocinados pela OMS no mundo apontam para o crescimento acelerado da obesidade entre os povos, reforçando a necessidade de programas preventivos, que teriam impacto na redução da incidência do diabetes (Chopra,2002;Group,2002; WHO, 2000; Perdue,2003; Wellman,2002). Tais programas deveriam incorporar orientações quanto aos hábitos alimentares mais saudáveis e a realização de atividades físicas regulares, mas também devem contemplar intervenções populacionais, como legislação, tributação e infra-estrutura visando reduzir o ambiente obesígeno a que as populações atualmente estão expostas, tantos em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Vinicor, 1998).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos apresentarão cegueira e 10% deficiência visual grave. Além disso, no mesmo período da doença, 30% a 45% dos seus portadores apresentarão algum tipo de retinopatia. 10% a 20% de nefropatia, 20% a 35% de neuropatia e 10% a 25% de doença cardiovascular (King, 1998).

3.1.1 Prevenção e controle: estratégias eficazes na epidemiologia do diabetes:

Vinitor (1998), sugere quatro pontos sobre os quais se poderia intervir na redução da carga do diabetes entre as populações: (a) prevenção primária; (b) rastreamento e diagnóstico precoce -prevenção secundária; (c) garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e (d) a qualidade do atendimento prestado pelos sistemas de saúde.

Os benefícios da redução de fatores de risco para as doenças cardiovasculares são significativos em indivíduos com diabetes *mellitus*, pois ensaios clínicos controlados demonstram a efetividade do controle intensivo da hipertensão arterial na redução de complicações em pacientes com diabetes e hipertensão (UKPDS,1998. Estácio, 2000;Scherier,2002). Outro ensaio prospectivo demonstra que o nível ótimo de controle da pressão arterial em pacientes diabéticos com hipertensão é menor do que aquele em pacientes hipertensos sem diabetes *mellitus* (Hansson,1998).

De acordo com o *National Screening Committee* do Reino Unido, os critérios gerais que devem ser considerados e preenchidos antes de se iniciar um programa de rastreamento são: a condição de saúde em questão, o teste a ser utilizado, o tratamento da condição de saúde a ser diagnosticada e o próprio programa de rastreamento que deve ser efetivo (UK *National Screening Committee*, 1998), o qual será descrito a seguir:

A condição de saúde a ser rastreada deve se constituir em um importante problema de saúde, sobre a qual aspectos epidemiológicos e história natural da patologia devem ser conhecidos. A doença deve apresentar um período latente ou estágio sintomático precoce e deve haver um fator de risco ou marcador detectável (WHO, 2002).

O teste a ser utilizado no rastreamento deve ser simples, seguro, preciso e validado. A distribuição dos valores do teste na população-alvo deve ser conhecida e o mesmo deve ser aceito pela população.

Deve haver uma política definida para posterior investigação diagnóstica e encaminhamento de indivíduos com um teste positivo. É preciso ainda ser estabelecido qual o tratamento e para quais indivíduos este será oferecido. O manejo clínico da condição deve ser otimizado por todos os prestadores de saúde anteriormente à implantação de um programa de rastreamento.

O programa de rastreamento deve ser efetivo na redução da mortalidade ou morbidade, com evidências obtidas através de ensaios clínicos randomizados. Além disto, devem existir evidências de que o programa de rastreamento e o tratamento da condição sejam clínica, social e eticamente aceitáveis para os profissionais de saúde e para a população. O benefício do programa de rastreamento deve ultrapassar os danos - físicos e psicológicos - que o teste, procedimentos diagnósticos e tratamento poderiam potencialmente causar.

O custo de um programa de rastreamento deve ser economicamente justificado em relação a outros investimentos em saúde. Todas as outras opções para o manejo da condição

devem ter sido consideradas para assegurar que a nenhuma intervenção mais custo – efetividade pudesse ser introduzida ou que intervenções atualmente utilizadas pudessem ser otimizadas com os recursos existentes.

A *American Diabetes Association* – ADA - sugere sete critérios que devem ser preenchidos para se considerar apropriado o rastreamento para o diabetes *mellitus* em populações assintomáticas (ADA,2003): 1) a doença deve representar um importante problema de saúde com magnitude significativa; 2) a história natural da doença deve ser conhecida; 3) deve existir uma fase pré-clínica – assintomática - na qual a doença pode ser diagnosticada; 4) devem existir testes aceitáveis e confiáveis que possam detectar a fase pré-clínica da doença; 5) o tratamento após a detecção precoce deve resultar em benefícios superiores àqueles obtidos quando o tratamento é tardio; 6) os custos de determinação dos diagnósticos e tratamentos devem ser razoáveis e devem existir instalações e recursos para acompanhar e tratar os novos casos diagnosticados; e 7) o rastreamento deve ser um processo continuado e não um esforço isolado.

A ADA recomenda ainda que para o diabetes *mellitus* um rastreamento oportunístico que deve ser iniciado a partir dos 45 anos de idade, repetido a cada três anos, ou mais freqüentemente, se houver a presença de quaisquer fatores de risco descritos a seguir: (a) história familiar de diabetes - pais ou irmãos com diabetes-; (b) sobrepeso / obesidade - índice de massa corporal – IMC 25 kg/m²; (c) raça ou etnia - afro-americanos, asiático-americanos, hispano-americanos, indígena-americanos -; (d) intolerância à glicose identificada previamente; (e) hipertensão arterial - 140/90 mmHg em adultos - ; (f) colesterol HDL 35mg/dl e / ou triglicérides 250 mg / dl ou (g) história de diabetes gestacional ou parto de

recém nascido com peso superior a 4 kg. O teste recomendado pela ADA para o rastreamento é o da glicemia plasmática em jejum.

3.1.2 O SUS frente ao crescimento do diabetes no Brasil:

Na perspectiva de reduzir a morbi - mortalidade associada ao diabetes *mellitus* , o Ministério da Saúde implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus* no país, durante o período de 2001-2003 (SPS/MS 2001). Para viabilizar este trabalho o Ministério da Saúde reuniu representantes das sociedades científicas de cardiologia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, nefrologia, entidades nacionais de portadores, CONASS e CONASEMS, constituindo um comitê técnico com o propósito de assessorar na operacionalização do plano.

O objetivo geral do Ministério da Saúde foi o estabelecimento de diretrizes e metas para reorganização da atenção tanto à hipertensão arterial como ao diabetes no Sistema Único de Saúde, através da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do pacientes às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores das referidas patologias na rede pública de saúde.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus* foi composto pelas seguintes ações:

- A. Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais de saúde que atuam na rede básica do SUS na atenção aos portadores das patologias;

- B. Campanhas de rastreamento e promoção de hábitos saudáveis de vida;
- C. Confirmação diagnóstica e início de terapêutica;
- D. Cadastramento e vinculação dos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* às unidades básicas de saúde para acompanhamento e tratamento.
- E. Avaliação do impacto do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus* .

A Campanha Nacional de Detecção de Diabetes *mellitus* realizou-se no período de 6 de março a 7 de abril de 2001. Anterior a ela, foi distribuído material informativo e educativo sobre fatores de risco e possíveis complicações decorrentes da doença, realizando-se ainda, uma intensa campanha de mídia. Os casos suspeitos recebiam instruções para realização da confirmação diagnóstica dentro do SUS, baseadas na urgência indicada pelo resultado do rastreamento.

O Plano estabelecia que todos os casos confirmados deveriam ser cadastrados e vinculados às unidades básicas de saúde e às equipes do Programa de Saúde da Família para acompanhamento continuado, clínico e laboratorial.

Foi também implantado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus* , concomitante à implantação do HIPERDIA, sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão nas unidades básicas de saúde. Esse Programa baseava-se no cadastro de todos os casos de diabetes e hipertensão, o que possibilitava ao gestor federal, estadual ou municipal, planejar as necessidades de atendimento desse público.

Como se tratou de uma iniciativa controversa (a estratégia de rastreamento ainda não é consensual entre os estudiosos da epidemiologia mundial) e de grande magnitude, foi dado prioridade no processo de avaliação do impacto da campanha de rastreamento e da implementação do Plano como um todo. Esta avaliação foi feita por meio de uma série de estudos realizados em esfera nacional. O plano de pesquisa compôs-se de vários estudos e avaliou aspectos relacionados ao impacto do Plano, tais como: (a) participação dos municípios; (b) participação da população-alvo; (c) percentual de participantes identificados como positivos no rastreamento; (d) confirmação diagnóstica dos participantes identificados como positivos no rastreamento; (e) caracterização de indivíduos com rastreamento positivo e dos casos confirmados de diabetes; (f) vinculação e acompanhamento dos pacientes diagnosticados na campanha; (g) estimativa populacional do diagnóstico de diabetes *mellitus* e vinculação ao serviço de saúde; (h) custo-efetividade das Campanhas Nacionais de Detecção de Diabetes *mellitus* e de Hipertensão Arterial; e (i) mudanças estruturais e de processos nos serviços de saúde (MS / OPAS, 2004).

Os resultados verificados na campanha de detecção de suspeitos de diabetes e suas etapas posteriores impressionam pela magnitude em si e pelo seu pioneirismo e caráter inédito – uso de recursos típicos de campanhas de vacinação, aplicados na prevenção de doenças crônico-degenerativas. Com a participação de 22,1 milhões de adultos com mais de 40 anos, houve uma grande capacidade de mobilização de municípios e da população-alvo (Barbosa,2001).

Dentre os indivíduos mobilizados, 16% foram identificados como positivos ao rastreamento e receberam orientação para confirmação diagnóstica de acordo com o nível de glicemia verificada na campanha (SPS / MS,2001). Os passos posteriores à Campanha,

diagnóstico e vinculação de casos novos de diabetes aos serviços de saúde foram avaliados em amostra probabilística dos participantes com rastreamento positivo.

Os resultados dessa avaliação permitiram estimar que 346 mil novos casos de diabetes foram diagnosticados a partir da Campanha efetivada pelo Ministério da Saúde. Em outras palavras, foi necessário rastrear 64 participantes para detectar um caso novo de diabetes. No padrão de confirmação diagnóstica adotado na Campanha, o custo por caso detectado foi de R\$ 139,00 considerando os custos federais e o custo da confirmação diagnóstica (OPAS,2004).

O impacto da Campanha foi também avaliado em aspectos estruturais e de reorganização dos serviços de atenção básica. Os dados sugerem que ocorreram algumas mudanças favoráveis, no curto prazo, no modelo de atenção à saúde estruturado pelo Ministério da Saúde (OPAS,2004).

A Campanha Nacional de Detecção do diabetes *mellitus* mostra características distintas das experiências de rastreamento até agora implementadas em outros países. Por fazer parte de um plano maior de reorganização dos serviços para a atenção ao diabetes, os objetivos primordiais eram a vinculação dos portadores da doença aos serviços básicos de saúde e a organização desses serviços para o seu manejo, e não só a detecção precoce da doença. Este é, sem nenhuma dúvida, um dos aspectos relevantes do Plano, porque os casos novos identificados pela Campanha e vinculados aos serviços de saúde poderiam estar anteriormente desvinculados dos serviços de saúde por serem assintomáticos e desconhecerem seu diagnóstico, ou por outra, revelar a desorganização da atenção básica do SUS para o atendimento ao diabetes, especialmente quanto aos aspectos de acesso e equidade.

Percebeu-se que um significativo número de pacientes participaram da Campanha já tendo diabetes, mas sem tratamento, passando pois a serem vinculados a partir da Campanha (OPAS / 2004).

O uso do referencial teórico sobre a iniciativa de rastreamento do diabetes *mellitus* levada a efeito pelo Ministério da Saúde tem total relevância para o presente trabalho, já que a mesma possibilita atualizar os dados nacionais sobre a prevalência da doença a partir dos 40 anos no Brasil.

3.1.3 Análise crítica da experiência realizada pelo SUS no rastreamento do diabetes *mellitus* :

À luz de critérios internacionais, encontrados na literatura científica pesquisada, ao se analisar, criticamente, a experiência brasileira em relação aos rastreamento do diabetes, identifica-se que:

1. Quanto à magnitude dos problemas de saúde pública no Brasil, os dados do rastreamento mostram que o diabetes *mellitus* é de fato prevalente na população brasileira e está associados à alta morbi - mortalidade com perspectivas de se agravar nas próximas décadas (King, 1998).
2. Existe um período de latência assintomático conhecido e significativo, que varia de quatro a doze anos, na qual a doença pode ser diagnosticada (DECODE, 2001).
3. Aproximadamente, a metade dos diabéticos não sabe da sua condição (Malerbi, 1992).

4. Existem testes que podem detectar a condição diabética na sua fase pré-clínica, entre estes cita-se a glicemia sérica em jejum e a glicemia capilar como sendo pouco invasivos e bem aceitos pela população (Engelgau, 1995).
5. Quanto ao custo-efetividade da estratégia, os custos para realização de campanhas de rastreamento são significativos. No entanto, o custo por caso diagnosticado de diabetes *mellitus* esteve em torno de R\$ 139,00 assumindo que 44% dos indivíduos com teste positivo no rastreamento confirmaram o resultado e que todos eles o fizeram, na rede do SUS. Este custo varia em função da proporção de indivíduos que retornaram para o diagnóstico e da proporção de exames confirmatórios realizados na rede pública (OPAS,2004).

Estes resultados permitem avaliar o rendimento do programa e o custo por caso detectado, sendo os valores relativamente baixos se considerado o montante gasto com a doença no Brasil. Comparando com estimativas de outros países, o custo por caso de diabetes diagnosticado, de aproximadamente US\$ 59,00 foi inferior aos US\$ 100,00 relatado por outros países. O real impacto econômico da campanha somente poderá ser avaliado se os casos detectados precocemente forem manejados com o objetivo de reduzir ou retardar as complicações e a mortalidade pela doença. Para ser atrativa do ponto de vista econômico, esta redução dos custos com a prevenção de complicações deve ser superior ao custo cumulativo do rastreamento e subsequente tratamento que será oferecido mais precocemente a esta população (WHO, 2002).

3.2 Atenção privada à saúde no Brasil: uma alternativa para o tratamento das doenças crônicas? Evolução e tendências do setor suplementar:

Após abordar a magnitude do diabetes *mellitus* no Brasil e as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde para estimar a prevalência da doença nas próximas décadas e organizar, simultaneamente a rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde, viu-se que o plano de rastreamento realizado resultou na identificação de uma população potencialmente diabética que não tinha, sequer, conhecimento do fato de ser portadora da doença e que obter a confirmação diagnóstica não logrou em garantia de acesso ao sistema público, para tratamento, impossibilitando, de certa forma, a análise efetiva do impacto econômico da campanha de rastreamento (OPAS,2004).

O diabetes *mellitus* foi propositadamente escolhido, pelo presente estudo, por se tratar de patologia em processo de crescimento exponencial no Brasil e no mundo, exigindo cuidados permanentes com os seus portadores.

Além da participação ativa do indivíduo portador quanto aos cuidados necessários, a doença sugere a necessidade de gerenciar o grau de risco familiar e de monitorar os cuidados para evitar complicações que, além de reduzir a sobrevida dos seus portadores, sobrepuja os gastos com assistência médico-hospitalar no Brasil e no mundo (SBD, 2003, OPAS, 2004).

Por enquanto, os serviços privados de saúde ainda estão tateando na construção de políticas e de programas de prevenção e promoção da saúde e de monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais, figura o diabetes *mellitus* (Miranda, 2003).

As iniciativas do mercado da saúde suplementar em ações de promoção da saúde e de prevenção primária, secundária e terciária de doenças têm amparo legal na própria Lei 9.656/98, mas são incipientes na prática do modelo de assistência que caracteriza o mercado privado (Czeresnia, 2003). Este mercado ainda se caracteriza, ao menos no Brasil, pela intervenção curativa e de reabilitação diretamente dependente do acesso aos serviços de assistência médico-hospitalar, com práticas eminentemente curativas (Miranda, 2003).

A demanda em saúde é um tema de razoável complexidade, em que se faz necessária a utilização de múltiplas abordagens que possam dar conta das suas determinações.

Da mesma forma, a organização tanto do SUS, quanto do setor privado de saúde no Brasil não deixa de ser uma abordagem também complexa e repleta de interesses conflitantes, que não necessariamente se complementam, muitas das vezes, apenas, se repetem, homogeneizando suas práticas (Miranda, 2003).

A evolução recente da demanda privada de saúde e suas condicionantes, como por exemplo, a regulamentação do ressarcimento ao SUS e as restrições de cobertura, balançam a estrutura do princípio constitucional de que saúde é um direito inalienável do cidadão e dever do Estado, podendo facultar-se a participação do setor privado na prestação de serviços de assistência (Reis, 2001).

O crescimento do setor privado de saúde no Brasil, que já possui a sua história, pode estar relacionado com uma certa iniquidade, ainda prevalente, no setor público que, por razões conjunturais e estruturais contradizem a máxima pretensão da sua universalidade (Stachenks, 1998).

Apesar de recentemente regulamentado, o setor privado oferece subsídio à questão central do presente estudo, sobretudo, no que diz respeito à cobertura dos planos privados em relação à demanda emergente das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil (Miranda, 2003).

A pretensão da abordagem se resume em aspectos sobre a utilização dos procedimentos de alto custo, cabendo refletir se os custos do setor privado comparados com o SUS, podem ser, na prática, vantajosos ou constituir um movimento, legitimado pela sociedade, de “financeirização” do mercado (Andreazzi, 2002).

Para desenvolver o tema é preciso considerar as variações estruturais do setor privado e questionar os interesses que se impuseram à sua conformação.

O setor privado de saúde no Brasil prima pela heterogeneidade determinada pelo consórcio e pela competição de variados interesses que se definiu chamar de “segmentos”. Nem todos os atores “segmentários” do sistema privado de saúde são, necessariamente lucrativos. Por esta vertente de interpretação, nem todos os atores do sistema suplementar podem ser vistos como competidores do SUS. A autogestão, objeto do Estudo, não tem similitude nem com as seguradoras, nem com a medicina de grupo ou com as cooperativas médicas e odontológicas nos fatores de lucratividade e cobertura. Ao contrário, a autogestão guarda correspondência central com o SUS em vários dos princípios que consagraram o Sistema Único de Saúde (Montone, 2002, Bahia, 2002, Miranda, 2003). Como destacou Bahia (2005), durante o simpósio patrocinado pela Comissão de Saúde e Seguridade da Câmara de

Deputados, em Brasília: a autogestão não pode ser tratada na mesma condição em que são tratadas, no país, as demais empresas da saúde do setor suplementar.

Enquanto as tendências da saúde privada na década de 2000 pareciam convergir para o inexorável reordenamento, com a evasão de empresas no mercado (UNIDAS, 2004 - ANS, 2005, MS, 2005), o segmento autogestão dá mostras de sobrevivência no mercado da saúde suplementar. As motivações dessa sobrevivência residem no fato de que a autogestão é uma opção mais alinhada com o SUS, tanto do ponto de vista de cobertura assistencial, quanto de qualidade dos serviços oferecidos (Gama, 2003).

Sem dúvida, o segmento da autogestão representa uma conquista dos trabalhadores, na medida em que surgiu no mercado privado como uma alternativa de empresas públicas e privadas para garantir assistência à saúde aos seus empregados (UNIDAS, 2004).

O segmento cresceu, à margem da reforma sanitária na década de 80, particularmente após a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que, aliás, estimulou o fortalecimento de outras iniciativas do setor privado de saúde, como mecanismo de preservação das garantias conquistadas pelos trabalhadores formais em relação à assistência à saúde, numa resposta adversa à não aderência da classe trabalhadora ao SUS que estava nascendo com a Constituição de 1988 (Bahia, 2001).

3.2.1 A evolução da demanda privada de saúde no Brasil:

A demanda por serviços privados de saúde, principalmente financiados pelo orçamento das famílias, parece estar há muito tempo estabelecida no país. Embora os dados

Deputados, em Brasília: a autogestão não pode ser tratada na mesma condição em que são tratadas, no país, as demais empresas da saúde do setor suplementar.

Enquanto as tendência da saúde privada na década de 2000 pareciam convergir para o inexorável reordenamento, com a evasão de empresas no mercado (UNIDAS, 2004 - ANS, 2005, MS, 2005), o segmento autogestão dá mostras de sobrevivência no mercado da saúde suplementar. As motivações dessa sobrevivência residem no fato de que a autogestão é uma opção mais alinhada com o SUS, tanto do ponto de vista de cobertura assistencial, quanto de qualidade dos serviços oferecidos (Gama, 2003).

Sem dúvida, o segmento da autogestão representa uma conquista dos trabalhadores, na medida em que surgiu no mercado privado como uma alternativa de empresas públicas e privadas para garantir assistência à saúde aos seus empregados (UNIDAS, 2004).

O segmento cresceu, à margem da reforma sanitária na década de 80, particularmente após a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que, aliás, estimulou o fortalecimentos de outras iniciativas do setor privado de saúde, como mecanismo de preservação das garantias conquistadas pelos trabalhadores formais em relação à assistência à saúde, numa resposta adversa à não aderência da classe trabalhadora ao SUS que estava nascendo com a Constituição de 1988 (Bahia, 2001).

3.2.1 A evolução da demanda privada de saúde no Brasil:

A demanda por serviços privados de saúde, principalmente financiados pelo orçamento das famílias, parece estar há muito tempo estabelecida no país. Embora os dados

obtidos de fontes pesquisadas a partir da década de 80, não possam ser comparáveis com os mais atuais, eles mostram, no entanto, que se trata de um setor significativo, e que se mantém, a despeito do comportamento da economia nacional (IPEA, 2002, Reis,2003).

A saúde suplementar no Brasil ainda está muito associada ao conceito de ganho e de lucro para empresas que se dispuseram a explorar as necessidades de saúde daqueles que podem pagar diretamente por ela. No entanto, não se pode deixar de reconhecer que esta é uma interpretação bastante revestida do preconceito, especialmente daqueles que defendem o Estado, cada vez mais majoritário, como forma de dever, excluindo da sociedade o direito de escolha entre o público e o privado (Mendes, 2003).

O princípio de liberdade de opção conduz à premissa da democracia e por isto mesmo, por ter sido considerada a “Constituição Cidadã”, a Carta Constitucional reescrita a partir de movimentos importantes da sociedade, e em especial, dos protagonistas imbatíveis da Reforma Sanitária, contemplou a participação da iniciativa privada no provimento de ações e serviços de saúde como complementar ao Estado e por este regulado (Guimarães, 1988, Serrano, 2003).

A Constituição de 1988, ao garantir a participação do setor privado no contexto nacional da saúde e determinar a sua subordinação aos processos regulatórios do Estado promoveu, sem dúvida, a inserção legitimada de um setor que, desde às décadas de 50 e 60 já existia no Brasil (Montone, 2001).

Percebe-se que o setor privado de saúde cresceu sob a demanda da industrialização e da entrada de investimentos estrangeiros no país, fazendo com que os trabalhadores,

obtidos de fontes pesquisadas a partir da década de 80, não possam ser comparáveis com os mais atuais, eles mostram, no entanto, que se trata de um setor significativo, e que se mantém, a despeito do comportamento da economia nacional (IPEA, 2002, Reis, 2003).

A saúde suplementar no Brasil ainda está muito associada ao conceito de ganho e de lucro para empresas que se dispuseram a explorar as necessidades de saúde daqueles que podem pagar diretamente por ela. No entanto, não se pode deixar de reconhecer que esta é uma interpretação bastante revestida do preconceito, especialmente daqueles que defendem o Estado, cada vez mais majoritário, como forma de dever, excluindo da sociedade o direito de escolha entre o público e o privado (Mendes, 2003).

O princípio de liberdade de opção conduz à premissa da democracia e por isto mesmo, por ter sido considerada a “Constituição Cidadã”, a Carta Constitucional reescrita a partir de movimentos importantes da sociedade, e em especial, dos protagonistas imbatíveis da Reforma Sanitária, contemplou a participação da iniciativa privada no provimento de ações e serviços de saúde como complementar ao Estado e por este regulado (Guimarães, 1988, Serrano, 2003).

A Constituição de 1988, ao garantir a participação do setor privado no contexto nacional da saúde e determinar a sua subordinação aos processos regulatórios do Estado promoveu, sem dúvida, a inserção legitimada de um setor que, desde às décadas de 50 e 60 já existia no Brasil (Montone, 2001).

Percebe-se que o setor privado de saúde cresceu sob a demanda da industrialização e da entrada de investimentos estrangeiros no país, fazendo com que os trabalhadores,

particularmente concentrados no ABC paulista, reivindicassem e conquistassem o seu direito à saúde de um lado, possibilitando, do outro lado da moeda, que as empresas controlassem o absenteísmo dos seus empregados ao trabalho, ao mesmo tempo em que financiavam, direta ou indiretamente, o crescimento do setor privado, traduzido como benefícios na folha de salários (Montone, 2003, ANS-2003).

A regulamentação do setor, com a criação da ANS, em 2000 veio, sem dúvida, mostrar que na prática, o mercado não é assim tão soberano e nem tampouco impermeável, como pretende difundir alguns núcleos reacionários da sociedade brasileira (Reis, 2003). A pretensiosa ideologia da saúde para todos que concebeu o SUS, não ocorrerá ou, ao menos, será adiada se não houver a participação do setor privado, de fato complementar e controlado pelo Estado brasileiro (FBH, 2002, Bahia, 2002).

O setor suplementar de saúde se deveu aos financiamentos públicos de juros baixos para ampliação do complexo tecnológico de diagnóstico e terapia que aceleraram a construção do parque físico-predial do setor privado de saúde e fizeram crescer a capacidade de produção de serviços no Brasil, nas décadas de 50-60 (Andreazzi, 2002).

Escolhida, à época, como alternativa para a expansão de cobertura da assistência e considerada financeiramente mais conveniente, a contratação de serviços médicos do setor privado passou a ser feita pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, criado em 1966, com as atribuições de concentrar a compra dos serviços e de credenciar prestadores para atendimento aos segurados da previdência social. Data, daquele mesmo ano, a primeira norma publicada para regulação do comércio de seguros privados, o Decreto-Lei 73/66, que definiu

as regras para a venda de serviços médico-hospitalares sob a forma de pré-pagamento (Bahia, 2003, Miranda,2003).

As décadas de 70 e 80 testemunharam o fortalecimento dos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira rumo ao municipalismo que lideraram a campanha pela valorização da saúde coletiva, da atenção integral à saúde e da universalização do acesso à assistência médico-hospitalar no Brasil. O modelo privilegiado no texto constitucional, aprovado em 1988, pode, com todo os percalços posteriores, ser considerado uma vitória da sociedade brasileira na medida em que estabeleceu como dever a atribuição do Estado em garantir o direito à saúde dos cidadãos (Arouca, 1998).

Em que pese que a assistência médico-hospitalar universal, integral e gratuita tenha se garantido na Constituição Federal aprovada em 1988 e regulamentada dois anos depois (Leis 8.080 e 8.142, 1990), a oferta de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada, embora contemplada neste mesmo texto constitucional, levou pelo menos dez anos, para se legitimar (Costa, 2001, Miranda, 2003).

A Lei 9.656 de 1998 – marco regulatório do setor suplementar no Brasil - teve seu texto formulado com a participação da sociedade e impregnado pela aspiração de reduzir a assimetria de poder existente na relação entre consumidores e operadoras de planos de saúde. A aprovação da norma legal interrompeu, sem dúvida, uma era de ausência de árbitro estatal num setor de economia, onde os interesses das partes envolvidas - consumidores *versus* operadoras *versus* prestadores de serviços de saúde - conflitantes por natureza, deixam remota a possibilidade de consenso (Montone, 2001, Andreazzi, 2002).

A forma vigente da lei, não foi, contudo, a mesma do texto aprovado pela Câmara dos Deputados nem a da versão modificada pela Medida Provisória 1.665/98 editada no dia seguinte à promulgação da Lei 9.656/98. Por acordo com o Senado Federal, uma nova redação implicou em alterações no texto da lei, indispensáveis para garantia da sua aplicação (ANS, 2004).

As mudanças contempladas pela Medida Provisória 1.665/98, pretendiam a sustentação da regulamentação do setor. No mesmo ano, em dezembro, nova Medida Provisória 1.730-7/98 dividiu o objeto regulado em duas partes: a primeira, incumbindo o Ministério da Saúde da regulação dos aspectos assistenciais, referente aos produtos da saúde complementar – planos de saúde e similares; e a segunda, delegando ao Ministério da Fazenda – SUSEP - a coordenação dos aspectos financeiros. Ambos os órgãos estariam subordinados, respectivamente, às regras estabelecidas pelo CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) – nos aspectos de assistência à saúde, e pelo CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) – nos aspectos econômico-financeiros (Montone, 2001).

Ao dividir a responsabilidade de regular o setor suplementar de saúde, a MP 1.665/98 deu reconhecimento à imprescindibilidade da regulação do aspecto de assistência à saúde de forma diferenciada de outros setores da economia, com o fato de as competências serem inerentes ao Ministério da Saúde e não aos setores da economia. A MP 1.665/98, reeditada 44 vezes, se ateu à disposição constitucional pela manutenção da eficácia do Poder Executivo, quanto às alterações de finalidade formal sem alterar o conteúdo aprovado (Montone, 2001).

As regras para registro das operadoras pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), previstas na MP 1.730-7/98 estabeleceu que todas as operadoras, a partir de janeiro

de 1999, deveriam ter registro provisório que as liberassem para a comercialização de planos de saúde. Esta determinação marca a época do reconhecimento de empresas no Brasil que atuam no negócio da saúde privada. Em junho de 1999, pela MP 1.801-14/99 os preços praticados pela operadoras de planos de saúde passam a ser controlados, e suas variações, em função das mudanças de faixas etárias dos consumidores, especialmente portadores de contratos anteriores à Lei 9656/98, têm seus efeitos negativos reduzidos. Os consumidores de planos de saúde privados passam, então, a serem protegidos pela regulação do Estado. Esta medida intensificou conflitos no setor privado saúde, sobretudo porque protege de reajustes abusivos, a população inserida na faixa etária acima de 60 anos que contribuía, antes mesmo da lei, pelo financiamento direto do setor de planos de saúde (Montone, 2002).

A MP 1.908-18, de setembro de 1999, além de encerrar a regulação bipartite do setor alterou profundamente desenho da regulação atingindo, em cheio, um grande segmento do setor – o das seguradoras – que agregam aproximadamente 20% dos beneficiários do setor suplementar de saúde (ANS,2004).

A constitucionalidade do modelo passa a ser questionada sob a alegação de que estava havendo um conflito de competência, já que a comercialização de seguros privados estava amparada pelo Decreto-Lei 73 de 1.966. Em abril de 2001, com a aprovação da Lei 10.185 que obrigou a especialização das seguradoras que operavam no setor saúde, este segmento, quando na comercialização de planos de saúde - caráter da especialização - passa a ser subordinado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (Viana, 2002).

A reação à Lei 9.656/98 era previsível. Um setor até então autônomo, foco de interesses econômicos e políticos das mais variadas matizes, não se submeteria facilmente ao

controle do Estado, por isso mesmo, há operadoras até hoje questionando judicialmente a obrigação de sujeição à norma legal; algumas aceitando apenas parcialmente tal subordinação (ANS, 2004).

A nitidez desejada do desenho do setor ainda permanece comprometida pela resistência de alguns ou de quase todos os segmentos que compõem a saúde privada no Brasil. Uma resistência que tem afetado, inclusive, os próprios consumidores de planos de assistência a saúde que demandam hoje o terceiro lugar no ranking de reclamações junto ao PROCON, especialmente em ações que visam garantir cobertura plena às ações e serviços de saúde comercializadas através dos planos de saúde, como se verá a seguir (IDEC, 2003).

3.2.2 Restrições contratuais e legais à cobertura de planos e seguros de saúde aos portadores de doenças crônicas e o impacto para o SUS:

Os contratos de planos e seguros saúde anteriores à Lei 9.656-98 prevêm exclusões de cobertura para um variado leque de problemas de saúde. Ademais tais contratos ainda vigentes por decisão liminar do Supremo Tribunal Federal incluem e excluem o pagamento de determinadas despesas de acordo com o padrão do plano, facultando a uma mesma empresa de assistência complementar a comercialização de planos mais ou menos abrangentes quanto às coberturas assistenciais. Além disso, as empresas que comercializam planos de saúde, tinham, anteriormente a Lei 9659/98, a prerrogativa de não aceitarem entre os seus clientes, indivíduos idosos e ou portadores de doenças preexistentes à compra do plano (Teixeira *et cols*, 2002, STF,2003).

A Lei 9.656/98 e suas Resoluções posteriores, ampliaram a cobertura e vedaram a adoção de critérios baseados em atributos individuais, tais como idade e *status* de saúde, para a participação nos contratos de empresas de planos e seguros de saúde. Ainda assim, as atuais normas legais permitem excluir e / ou restringir a utilização de determinados recursos assistenciais que incidem, de maneira especial, no caso das doenças crônicas.

Na prática, algumas das restrições de coberturas contratuais pretéritas e atuais não adquiriam expressão operacional, pois têm sido, no caso brasileiro, moduladas tanto pela legislação e pela farta jurisprudência em torno da defesa dos direitos dos consumidores de planos de saúde quanto pela interpretação particular e autônoma dos prestadores de serviços. O entrelaçamento de normas legais com atividades assistenciais pautadas por interesses econômicos, corporativos e políticos origina um intenso trânsito entre os subsistemas público e privado no país. A superposição das regras legais do exercício auto-regulado pelos prestadores de serviços vinculado a ambos subsistemas, de valores de remuneração e acesso, sugere um tráfego mais complexo do que o efetuado em uma avenida de mão única (Bahia, 2001, Andreazzi,2002).

De qualquer modo, a correspondência entre as lacunas de cobertura contratual dos planos de saúde e o uso complementar do SUS é evidente. As restrições de cobertura não recaem apenas sobre os casos exigentes de utilização de procedimentos de alto custo. Para detalhar essa complementariedade os referenciais comparativos tornam-se mandatórios. Nos EUA, por exemplo, onde os programas assistenciais públicos e a adesão voluntária a planos de saúde responsáveis pela cobertura de riscos à saúde dos seus respectivos clientes, desenvolvem-se na ausência de um sistema nacional de saúde universal, as restrições

contratuais de cobertura são substancialmente diferentes daquelas praticadas no Brasil (Bahia 2001).

Os avanços na legislação brasileira, no sentido de atenuar as exclusões de cobertura para tratamentos prolongado e custosos, embora reconhecidos, não evitaram as restrições específicas a períodos relativamente prolongados para condições preexistentes. Além disso, não basta a inclusão legal de um determinado procedimento na cobertura dos planos de saúde para modificar o *modus operandi* dos serviços de saúde. A permanência de uma oferta de serviços basicamente pública ou remunerada por meio do financiamento público, como por exemplo, aquela relacionada com o atendimento a pacientes com transtorno mental e hemodiálise, parece manter-se e até ampliar-se a despeito das mudanças no plano legal (Lima,2002 Costa,2002).

De acordo com o Suplemento Saúde da PNAD - 2003, quem estava coberto por plano de saúde considerou que seu estado de saúde era melhor do que aquele que não dispunha deste tipo de proteção (IBGE,2003). A percepção sobre problemas crônicos mostrou-se diferenciada segundo as categorias consideradas pela pesquisa. A morbidade referida a problemas como câncer, **diabetes**, bronquite, doenças do coração foi relativamente mais elevada entre os cobertos por plano de saúde, provavelmente em decorrência da maior facilidade de acesso aos serviços de saúde que os planos privados garantem. Os dados da pesquisa mostraram ainda que, apesar da auto-referência mais favorável sobre o estado de saúde, os que estavam vinculados aos planos de saúde utilizaram mais serviços de saúde tanto na atenção ambulatorial como hospitalar do que os não cobertos (PNAD,2003). A pesquisa faz referência à frequência de 13 ou mais consultas / ano da população coberta por plano de saúde com idade acima de 50 anos. A inversão resultante da percepção sobre um estado de

saúde insatisfatório e a menor utilização de serviços e ou as relações entre renda e acesso aos serviços de saúde também foi apontada na pesquisa. Contudo, não se pode afirmar uma associação linear entre renda, tipo de cobertura e utilização, posto que a procura por serviços de saúde é maior para quem está coberto por planos. A máxima de que quem paga plano de saúde, exige, garante e utiliza os serviços está portanto evidenciada pela pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD, 2003).

Essas assimetrias se refletem na oferta de serviços e capacitação tecnológica dos estabelecimentos de saúde. A proporção da população coberta por planos de saúde é muito menor do que a da oferta de serviços e profissionais de saúde disponíveis para atendê-la (Viacava & Bahia, 2002).

A equação assistencial do sistema de saúde no Brasil está cada vez mais difícil de se resolver: de um lado os planos de saúde atraem a baixa complexidade e garantam maior acesso à atenção primária – consultas aos seus beneficiários que também utilizam os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média e alta complexidade. De outro lado, o SUS tem captado o interesse dos hospitais privados para os procedimentos de alto custo prestados aos pacientes crônicos que os planos não pretendem cobrir, dada a baixa taxa de migração dos beneficiários cobertos por contratos anteriores à Lei 9.656/98 (FBH, 2003).

A vazão dos beneficiários cobertos por planos de saúde para o SUS implica em que as operadoras restituam ao SUS pelos serviços prestados a tais beneficiários que, teoricamente, estariam cobertos pelo plano, mas que optaram pelo SUS. A tabela de preços que ampara o ressarcimento transcende, muitas vezes, àquela institucionalmente praticada pelas operadoras e quem quase sempre produz a irrevelável incógnita desta equação, são os próprios

prestadores de serviços que, na prática são os agente auto-reguladores daquilo que se vende ao SUS ou às empresas privadas dos planos de saúde. Esse é mais um dos fatores que contribuem para a agonia em que está o sistema privado de saúde. (Scheffer,2003).

3.2.3 O sistema privado no Brasil: agonia ou expansão?

Há uma controversa em relação ao futuro do sistema privado de saúde brasileiro. De uma lado, as empresas que o integram reclamam e resistem à regulação do setor pelo Estado empreendendo, junto à justiça, ações de inconstitucionalidade deste ou daquele princípio regulatório. De outro, o Código de Defesa do Consumidor insiste na proteção dos direitos do consumidor e confrontam diariamente as operadoras de planos de assistência à saúde com ações de restituição de direitos adquiridos por quem contrata os planos. Ações que vão desde o plano moral, com reversão econômica por danos às exigências de coberturas assistenciais que não constam de contratos assinados pelos consumidores (Serrano, 2003).

Administrar a assistência em saúde é fator complicado e o é, inclusive para o próprio Sistema Único de Saúde que tem legitimidade constituída para normatizar as práticas que o setor impõe (Nunes, 2002).

Catalisadora dos conflitos, pesquisas de opinião realizadas no país, apontam que possuir um plano de saúde, passou a ser o segundo maior desejo de consumo dos brasileiros deixando para trás o automóvel, a educação e outros bens de consumo ou de desenvolvimento social. A crise que o setor enfrentou, particularmente em 2004, não foi capaz de afetar a confiança da sociedade brasileira na saúde privada. Entretanto, restrições econômico-

financeiras dos orçamentos familiares, impedem à sociedade de conquistar o seu sonho de consumo (POF, 1998, Valor Econômico, 2004)).

Do ponto de vista das operadoras de planos de assistência à saúde, o indicador que avalia a taxa de “sinistralidade” das empresas operantes no mercado brasileiro desafia a competência gerencial e econômica do setor privado, na medida em que em função de novas tecnologias que encarecem, dia-a-dia os procedimentos médico-hospitalares oferecidos e demandados pela população, reduzem-se as margens de lucro e de segurança das operadoras acarretando, como consequência, o déficit financeiro do setor que compromete, sobremaneira o desempenho global (Assis,2004).

Desde que a ANS passou a definir taxas, regras, exigir cobertura completa e a fazer o acompanhamento da situação financeira das empresas, muitas operadoras deixaram de atuar no setor e grande parte das que ficaram encontram-se em crítica situação financeira (Sucupira,2003).

Paradoxalmente, de um lado a regulamentação do sistema privado de saúde no Brasil complica ainda mais a situação operacional e funcional das operadoras, de outro, essas mesmas medidas protegem os beneficiários e as tendências mostram que somente sobreviverão, neste competitivo mercado, ainda pouco preparado para enfrentar as influências decorrentes da mudança do perfil sócio-demográfico e epidemiológico do país, aquelas operadoras capazes de manter a sua saúde financeira e que se enquadrem em um padrão esperado de qualidade quanto aos serviços que oferecem aos seus beneficiários (ANS, 2003).

Por isto, a tendência do setor de saúde suplementar, nos próximos cinco anos é que haja um “enxugamento” no mercado ou por extinção ou por fusões de empresas - onde as maiores tendem a absorver as menores. Esta é uma tendência mundial com forte predomínio no Brasil, dada a pulverização do setor que impossibilita ganhos de escala na compra e venda de produtos. Com um número maior de beneficiários, as operadoras que se firmarem no mercado, terão seus custos reduzidos e poderão praticar margens mais convidativas de lucro com resultados mais satisfatórios. Também não se pode deixar de admitir que a sobrevivência do setor suplementar de saúde depende do quadro econômico nacional: emprego, renda e taxas de juros são fatores diretamente relacionados ao desempenho econômico-financeiro do setor (IPEA,2003).

A título de ilustração, a saúde suplementar fatura algo próximo a R\$ 27 bilhões de reais ao ano e atende cerca de 38,9 milhões de pessoas. A concentração do setor é alta. Apesar de possuir mais de 2 mil operadoras e seguradoras ativas no mercado, as 50 maiores já são responsáveis por mais de 50% das receitas do setor. A maior parte do setor concentra-se na região Sudeste do país. Nessa região e, particularmente, no estado de São Paulo nasceram as primeiras sementes do sistema suplementar de saúde (ANS, 2004).

O contorno ilustrativo da distribuição do setor, por região geográfica do país e por segmento está a seguir representado (Figuras 1 e 2)

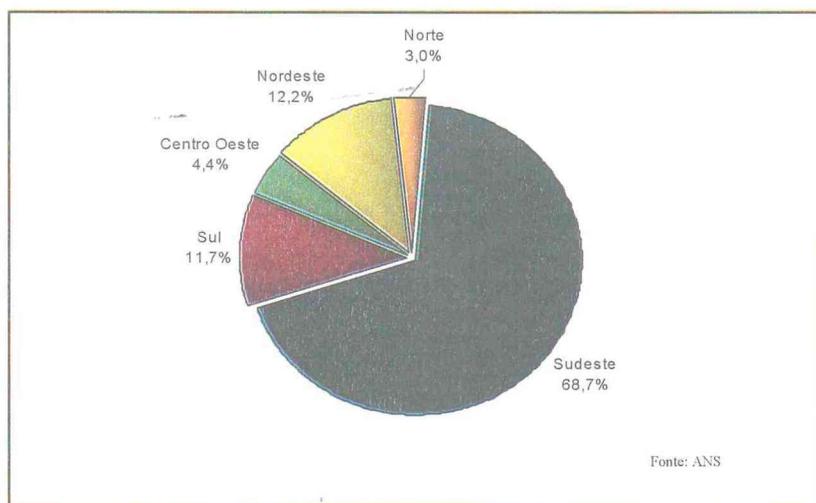


Figura 1: Beneficiários do setor suplementar, segundo região geográfica. Fonte: ANS-

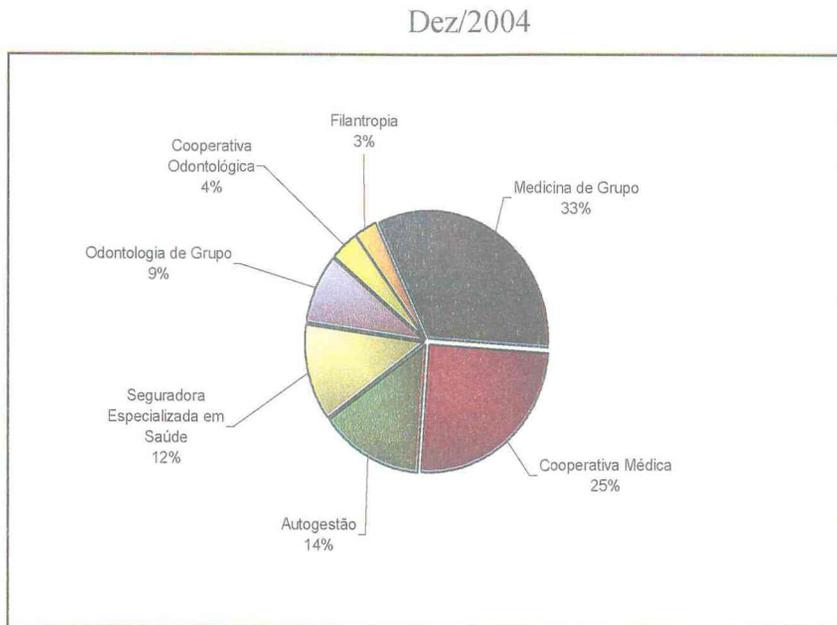


Figura 2: % de Beneficiários por Classificação de Operadora (Beneficiários de todas as operadoras). Fonte ANS / DEZ-2004.

Os planos de saúde são atualmente responsáveis pela geração de m 91% das receitas dos hospitais particulares e 95% do faturamento dos centros especializados em diagnose e terapia, o que denota forte dependência da rede de serviços instalada no país, em relação ao setor suplementar (ASSIS, 2005).

A questão da “sinistralidade” se agrava com o crescimento das doenças crônicas derivado do envelhecimento acelerado da população brasileira que tem, na aprovação do estatuto do idoso, o amparo legal de proteção contra práticas de restrição de cobertura assistencial dos beneficiários de planos de saúde independentemente destes possuírem planos anteriores ou posteriores à Lei 9656/98 (PNAD,1998).

O alto índice de “sinistralidade” no mercado de saúde privado no país tem contribuído em muito para o encarecimento do produto - planos de saúde - e para o fechamento de muitas operadoras que tiveram que repassar suas carteiras de clientes a empresas maiores. A alta

“sinistralidade” impacta nos custos, principalmente das seguradoras, que pagam a maior parte da receita arrecadada aos prestadores de serviços e sobra, cada vez menos recursos para elas mesmas cobrirem os custos com despesas comerciais como taxas tributárias e de corretores (FENASEG, 2003).

A taxa de “sinistralidade” considerada segura é de, no máximo, 75% do montante de receitas arrecadadas (ANS, 2002).

O modelo privado no Brasil está com seu custeio comprometido e o Sistema Único de Saúde também. De um lado, o SUS enfrenta os reclames da sociedade pela parcialidade de acesso que corrobora, de certa forma com a máxima da universalidade excludente e revela, pelo rastreamento ao qual referiu-se este trabalho, um crescimento exponencial das doenças crônicas, em especial do diabetes *mellitus*, potencializando registro sobre uma população que precisa ser tratada precocemente ou no tempo certo evitando-se complicações da doença ainda mais dispendiosas para a economia brasileira, tanto do ponto de vista de gastos diretos com a assistência, como da redução de atividades, ausência ao trabalho ou aposentadoria precoce derivada do não monitoramento / tratamento dos indivíduos portadores da doença. Isto nos sugere que está mais do que na hora de retomar os rumos da parceria público - privada como alternativa para o equilíbrio social, político e econômico da saúde no país (Favaret & Oliveira, 1990, Mendes, 2001, Andreazzi, 2002, Ocké, 2003, OPAS, 2004).

3.3 Parceria Público-Privado no Brasil e no mundo: legitimando o resgate do sistema de saúde:

As décadas de 60 e 70 estiveram associadas à estratégia de assistência à saúde da Previdência Social com os convênios-empresa conjugados à iniciativa de determinados

“sinistralidade” impacta nos custos, principalmente das seguradoras, que pagam a maior parte da receita arrecadada aos prestadores de serviços e sobra, cada vez menos recursos para elas mesmas cobrirem os custos com despesas comerciais como taxas tributárias e de corretores (FENASEG, 2003).

A taxa de “sinistralidade” considerada segura é de, no máximo, 75% do montante de receitas arrecadadas (ANS, 2002).

O modelo privado no Brasil está com seu custeio comprometido e o Sistema Único de Saúde também. De um lado, o SUS enfrenta os reclames da sociedade pela parcialidade de acesso que corrobora, de certa forma com a máxima da universalidade excludente e revela, pelo rastreamento ao qual referiu-se este trabalho, um crescimento exponencial das doenças crônicas, em especial do diabetes *mellitus*, potencializando registro sobre uma população que precisa ser tratada precocemente ou no tempo certo evitando-se complicações da doença ainda mais dispendiosas para a economia brasileira, tanto do ponto de vista de gastos diretos com a assistência, como da redução de atividades, ausência ao trabalho ou aposentadoria precoce derivada do não monitoramento / tratamento dos indivíduos portadores da doença. Isto nos sugere que está mais do que na hora de retomar os rumos da parceria público - privada como alternativa para o equilíbrio social, político e econômico da saúde no país (Favaret & Oliveira, 1990, Mendes, 2001, Andreazzi, 2002, Ocké,2003, OPAS,2004).

3.3 Parceria Público-Privado no Brasil e no mundo: legitimando o resgate do sistema de saúde:

As décadas de 60 e 70 estiveram associadas à estratégia de assistência à saúde da Previdência Social com os convênios-empresa conjugados à iniciativa de determinados

empregadores de controlar a mão-de-obra das suas empresas (Checchia, 1996, Andreazzi, 2002).

Nos anos 80, dois fatores deram um outro impulso ao seu crescimento. Por um lado os custos crescentes da medicina que era consumida anteriormente de forma liberal, por uma parcela da população, possibilitou o crescimento de um mercado individual / familiar de seguros (Costa,1996).

A progressiva universalização da cobertura de atenção à saúde dos anos 80 sem aportes significativos do orçamento fiscal, seria este outro impulso. A partir de 1988, tem-se buscado no Brasil, empreender a transformação de um modelo de financiamento misto de saúde público-privado, mas hegemonicamente calcado no seguro social, para um baseado na seguridade. Os marcos constitucionais assumem que o risco de adoecer tem uma causa social hierarquicamente determinante, devendo o Estado desenvolver políticas para promover e prover assistência à saúde, independentemente da posição social ocupada pelo cidadão. O ponto de partida de tal universalidade das políticas, entretanto, apelou para a diferenciação social marcante, engendrada na história da nossa formação econômico-social. A migração em massa do financiamento privado para o público exclusivo, para determinadas categorias sociais, dificilmente seria concretizada sem que se desse uma política de alocação de recursos públicos adequada a uma universalidade com qualidade e, principalmente, com acesso para todos. Nada disso ocorrendo, seria de se esperar uma aderência ativa ou passiva a uma expansão de alternativas privadas de financiamento para o consumo de serviços de saúde por parte de algumas categorias sociais mais abastardas (Dias, 1999, Costa, 2000, Ocké, 2002).

A principal diferença dos anos 80 para os 90 se deu na mudança do modelo de gestão da economia e das políticas sociais, inteiramente submissas aos ditames da globalização financeira. Tornou-se importante, do ponto de vista político e ideológico, destacar, estimular e proteger o crescimento desta alternativa privada de financiamento da saúde aos problemas concretos e paralelos do SUS. Estes problemas foram criados, em grande parte, pelo não financiamento conseqüente ao próprio desenrolar vitorioso do modelo econômico. Várias foram as tentativas existentes neste período, como projetos de Lei para sacramentar a segmentação consolidada na vida, entre o SUS para os “pobres” e os seguros privados, para as categorias sociais que, ao menos, estivessem inseridas no mercado formal de trabalho, ao menos para determinados riscos de saúde (Favaret, 1990, Costa, 2000, Ocké, 2002).

Acerca dos determinantes do processo de privatização com o desenvolvimento dos seguros privados de saúde, no Brasil, particularmente, o debate se concentrava em alguns componentes: - uns enfatizam o controle da mão-de-obra por parte das empresas, ou ainda, suas políticas de recursos humanos, através de benefícios, compensando, de alguma forma, salários reduzidos dos empregados e perdão fiscal para as empresas – como no caso das organizações de autogestão em saúde e previdência privada fechada. A “universalização excludente” do SUS foi outro componente que, para alguns pesquisadores da saúde coletiva, contribuiu para o processo. Acresce ao contexto, a heterogeneidade e diferenciação de *status* da classe trabalhadora do país que reservou aos organismos financeiros internacionais e as próprias empresas de seguro a teoria da utilidade, defendendo o direito do consumidor com determinados perfis de renda e de trabalho, preferir coberturas privadas de asseguramento de riscos com a saúde, deixando o SUS para quem não tinha poder de compra (Favaret & Oliveira, 1990, Mendes, 2001 e 2003, Andreazzi, 2002, Ocké,2003).

Na Epidemiologia Social reside o conceito de estratégia de sobrevivência, muitas vezes, buscado pelos ideólogos e que tenta traduzir aspectos subjetivos dos sujeitos quanto à filiação aos planos privados de saúde, propondo que mais que preferência ou desejo, a principal motivação à aquisição de planos privado de saúde é a insegurança diante das políticas públicas – talvez o medo da fila e da falta ou por outro lado, quando “ganham” o benefício compulsório das empresas em que trabalham (Mendes, 2003).

Assim, dada uma condição de oferta pública e dentro das possibilidades próprias que não garantam segurança face aos riscos do adoecimento, decorre uma demanda para coberturas privadas de assistência à saúde. A universalização excludente foi uma tese que chamou a atenção para um fato muitas vezes desprezado pelos analistas de políticas de saúde do final da década de 80: a insuficiência da oferta pública como fator de expulsão de camadas da antiga população usuária e de certa maneira valorizar, positivamente tal exclusão das camadas médias, como estratégia de alcance da equidade – que originalmente não era princípio do SUS (Favaret & Oliveira, 1990, Mendes, 2001, Andreazzi, 2003, Ocké, 2003).

No cenário moldado em todo este trabalho é de se esperar que a aderência à perspectiva de reconstrução de uma seguridade universal com qualidade por parte da atual demanda brasileira de seguros privados, nada mudando significativamente em termos da oferta pública de serviços de saúde, seja fruto da própria dinâmica excludente e custosa das alternativas privadas existentes. O que significaria uma crise político - ideológica, em que se voltem para o financiamento público como resposta às mazelas do privado. Isto, embora presente no caso paradigmático norte-americano, à época da Assembléia Constituinte, está ainda pouco maduro na sociedade brasileira, na vivência concreta dos usuários dos sistemas suplementares de saúde (Fegale, 1999-2003, Bahia, 1999).

A sociedade brasileira não está segura quanto às condições para uma cobertura pública universal de saúde, sem a concorrência paralela de uma oferta privada de serviços, independentemente do amadurecimento das condições político - ideológicas e materiais que tendenciem à homogeneização das condições de vida das pessoas (Costa, 1990).

A previsão de expansão da demanda privada por financiamento à saúde baseou-se na ausência de indícios de que o atual modelo de condução das políticas econômico-sociais no Brasil privilegie o gasto público. A informalidade da economia tende a crescer na medida em que cai o número de empregos no país. E a obtenção de planos privados de saúde, com precarização do trabalho reduz a base da população potencialmente capaz de comprar um plano ou um seguro saúde (Mendes, 2000, Nunes, 2001, OPAS 2002).

A saída autônoma seria, talvez, no campo político das forças sociais que o impõem, uma saída popular, baseada na vontade coletiva das classes que não se beneficiam do modelo econômico atual, buscar resgatar o papel do Estado na promoção da equidade e por outro lado, respeitar decisivamente o direito individual de se acolher sob o manto do prestador liberal (Mendes, 1998, 2000).

O *mix* público-privado precisa ser reeditado por que o atual cenário epidemiológico do Brasil aponta contornos difíceis para o sistema público. Nesta hipótese, precisa-se definir quem participa em caráter de hierarquia deste *mix* (Bahia, 1999, Andreazzi, 2002)

Comunga-se aqui com a versão defendida por Bahia , em debate na Câmara Federal, Brasília / DF, em 2005: na autogestão, onde os processos de reprodução produtiva da saúde

com cobertura plena e custos razoáveis de assistência sem perder de vista a melhor qualificação no mercado pode ser um caminho. Dar-se-á, portanto, destaque a este segmento em fomento à rediscussão das parcerias Público - Privada no Brasil. Antes, porém, faz-se um intervalo que retrata a reação do mercado em relação aos gastos com a saúde.

3.3.1 Público *versus* privado: como o dinheiro público financia os planos de saúde privados:

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é considerado um modelo de política pública, por implantar uma rede de atendimento nacional, integral e gratuita para todos, além de prever participação e controle social. No entanto, por conta das deficiências no sistema público, relacionadas principalmente às dificuldades de acesso, aproximadamente, um quarto da população do país, são consumidores de planos de saúde privados. Apesar de o governo brasileiro não investir o suficiente no SUS para que ele cumpra seus propósitos, somas significativas de recursos públicos acabam sendo gastas – direta ou indiretamente – com os planos de saúde. Essa foi uma das principais discussões de recente seminário realizado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), em comemoração dos 18 anos da entidade (CNS, 2001, IDEC, 2003).

Na prática, essa apropriação do público pelo privado ocorre, por exemplo, em alguns hospitais públicos, principalmente os universitários, que passaram a atender também pacientes por meio de parcerias com os planos de saúde, como uma forma de, supostamente, trazer recursos adicionais para o atendimento público da instituição. A chamada “dupla porta” ou “dupla fila”, que faz com que os clientes do sistema privado passem na frente daqueles atendidos pelo SUS - na marcação de consultas e exames, na realização de cirurgias e outros procedimentos, e que às vezes até são internados em melhores acomodações - é considerada inconstitucional, por ferir o princípio da equidade. Não é o privado que está financiando o público, como se alegam, mas o público que financia o privado desta forma (Fegale, 2001, Serrano Jr.,2004).

Ainda que o pagamento por cada procedimento seja significativamente maior por parte dos planos de saúde do que pelo SUS, é preciso levar em conta os investimentos públicos na construção dos hospitais, na compra e manutenção dos equipamentos, no pagamento dos funcionários e no financiamento da pesquisa. Isso sobrepuja em larga escala o que é pago pelos planos. Tirar dos bons hospitais públicos uma fatia para o atendimento privado é totalmente inconstitucional (Salazar, 2003, Serrano Jr.,2004).

Esse financiamento público da saúde privada também ocorre por meio da renúncia fiscal . Não só os usuários que fazem a declaração completa podem deduzir do Imposto de Renda o que pagaram aos planos, como também as operadoras são beneficiárias de diversas isenções fiscais. As razões que justificam um tratamento fiscal diferenciado vão desde a própria natureza jurídico-institucional da empresa - por exemplo as cooperativas médicas,

que não pagam diversos impostos e pleiteiam na Justiça a não cobrança de outros , passando pela produção de leis que favorecem essas empresas de planos de saúde, até a dedução ou isenção de tributos estaduais e municipais. Em 2003, uma Medida Provisória permitiu o abatimento da COFINS às operadoras (Bahia, 2001, Ocké, 2001.).

De acordo com projeções do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), obtidos pelo IDEC, o valor dos impostos que não serão pagos pelas operadoras de planos de saúde por meio da renúncia fiscal, e que poderiam ser investidos na saúde pública, pode chegar a R\$ 2,8 bilhões, só em 2005 (IDEC, 2004, IPEA, 2204).

Pela legislação brasileira, o SUS deveria ser ressarcido pelas operadoras de planos de saúde quando os estabelecimentos públicos ou conveniados atendem pelo SUS aos clientes desses planos, em procedimentos previstos no contrato com a operadora. No entanto, o ressarcimento ao SUS não tem sido cumprido pelas operadoras que buscam, junto à justiça, a declaração de inconstitucionalidade da medida. De fato, o ressarcimento tem seus *viéses* do ponto de vista constitucional e não faltam defensores dessa tese. Na opinião de muitos, o Estado não pode exigir das operadoras este ressarcimento, mesmo porque saúde é dever do Estado e direito do cidadão brasileiro, independente do cidadão possuir ou não um plano de assistência privada (CF / 1988, artigos 6 e 196, Lei 9.656, 1998).

Além disso, ao ser cobrado tal ressarcimento, não há avaliação acerca do contrato realizado entre o usuário e a operadora, com o objetivo de verificar se o usuário, por

exemplo, cumpriu carências ou qual a cobertura estendida àquele contratante da empresa privada. Esses aspectos tornam a exigência ilegal, e, mesmo que o Ressarcimento fosse legal, questionar-se-ia a contrapartida, ou seja, um ressarcimento às operadoras, quando essas atendessem um beneficiário do SUS, sob pena de enriquecimento ilícito do Estado. A via tem duas mãos, sem dúvida, e a Constituição Federal assegura que o Estado deve prover serviços a todos os brasileiros natos e naturalizados. Antes de serem consumidores de planos de saúde, os indivíduos são, potencialmente, beneficiários do SUS, por serem naturalmente cidadãos brasileiros (Diniz, 2002, Jesus, 2004).

O Ressarcimento ao SUS não chegou a recuperar nem 10% do que determina a lei (ANS, 2003). De acordo com o IDEC, entre setembro de 1999 e setembro de 2003, o SUS deveria ter recebido cerca R\$ 589,3 milhões de ressarcimento, mas recebeu apenas R\$ 40,3 milhões. Além disso, o próprio Estado brasileiro é um grande consumidor de planos de saúde. Diversos órgãos públicos oferecem a seus funcionários esse tipo de benefício, do qual dispõem até mesmo os funcionários do Ministério da Saúde, e os próprios gestores do SUS.

Eles representam cerca de um quinto dos convênios com as operadoras, o que corresponde a parcela expressiva do faturamento dessas empresas sendo bancadas por recursos públicos (IDEC, 2004).

Em suma, o Estado brasileiro não tem dinheiro suficiente para aprimorar o Sistema Único de Saúde e, portanto, não consegue atender a toda a população do país da forma

integral como principia a Lei 8.080/90 mas, ao mesmo tempo, deixa de receber vultuosas somas de dinheiro por conta da renúncia fiscal concedida aos consumidores de planos de saúde. Não recebe o Ressarcimento previsto na lei, mas paga planos de saúde para os funcionários públicos e sustenta o atendimento pelos planos em hospitais universitários, além de financiar a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Bahia, 2001, Diniz, 2002, Jesus, 2004).

O Conselho Nacional de Saúde – CNS- que tem a função de fiscalizar e definir diretrizes para a execução das políticas nessa área admite que o controle social sobre a saúde suplementar deve ser exercido de três formas. Uma delas são as instâncias legalmente instituídas, como os conselhos nacional, estaduais e municipais, e as conferências de saúde. Outra, é a mudança radical dos espaços específicos da ANS, como a ouvidoria e o disquesaúde, que atualmente não cumprem essa tarefa, e a Câmara de Saúde Suplementar, que não possui caráter deliberativo - é um órgão figurativo, apenas consultivo, um espaço precário de controle social. A terceira forma é uma maior articulação dos segmentos da sociedade civil envolvidos com a saúde, que se encontram dispersos, principalmente o movimento sindical e as universidades (Scheffer, 2003).

Os planos, muitas vezes apresentados como uma alternativa para a saúde da população que pode pagar, trazem, na verdade, inúmeros problemas a seus usuários e ainda não são exemplo de qualidade no atendimento à saúde. O alto custo das mensalidades, ajustes abusivos, longos períodos de carência, restrições para procedimentos de alta complexidade, falta de autonomia profissional para os médicos, pequena cobertura

odontológica, e exclusão de algumas áreas, como urgência e emergência, além da vulnerabilidade real em que estão os indivíduos, portadores de doenças crônicas, são algumas das principais reclamações feitas pelos clientes da saúde privada. Por conta disso, os planos de saúde apresentam grande índice de insatisfação entre seus clientes, tanto que, no ano passado, ficaram em terceiro lugar nas reclamações no PROCON estando atrás somente das empresas telefônicas e dos bancos, e são alvo de diversas ações judiciais (Salazar, 2003, CNS, 2003, IDEC, 2003).

Para Salazar (2003), consultora do IDEC, a sociedade brasileira não pode ficar refém dos planos de saúde. A “estratégia da sobrevivência” em razão da qual, muitos brasileiros reduzem os seus orçamentos familiares para garantir assistência através dos planos pode sofrer um colapso. Se o SUS não dá conta de cumprir a sua função, mesmo sendo “o melhor plano de saúde”, é preciso convocar a sociedade para a luta de consolidação e aprimoramento do SUS, evitando-se que a saúde privada seja o paradigma dominante no país, ao menos para algumas classes formalmente inseridas no mercado de trabalho (POF,1998, Salazar,2003).

A Constituição Brasileira de 1988 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário ao atendimento público. Toda a população brasileira é, na verdade, usuária do SUS, seja pelas campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância sanitária, e atendimentos de alta complexidade não cobertos pelos planos de saúde. Entretanto, o principal problema hoje é exatamente a dificuldade de acesso aos serviços de atendimento: falta de médicos e enfermeiros, o tempo

de espera para conseguir uma consulta é demorado, faltam medicamentos, engrossam-se as filas para consulta nos ambulatorios, centros e postos de saúde, a falta de vagas nos hospitais conveniados pelo SUS desespera os doentes (Costa, 2000, Salazar, 2003, .

Não é pretensão deste trabalho, decretar por via indireta a falência do sistema público de saúde. Na pesquisa bibliográfica que amparou a sua elaboração, encontrou-se várias vertentes de opiniões quanto aos sistema de saúde no Brasil. Há muitos que se entusiasmam com as possibilidades de fortalecimento do SUS e outros que o consideram na UTI. Da mesma forma, no plano privado, as correntes se dividem: as empresas de planos de assistência à saúde reagem à crise da mais diversas formas e utilizam de estratégias que vão da fusão entre operadoras, venda das carteiras de clientes às maiores e mais saudáveis empresas até ao requerimento junto ao governo, por financiamentos a longo prazo, para salvar, da insolvência outras tantas empresas do setor privado (ABRASPE, 2001, Jesus, 2004).

A saída para a crise está longe de ser encontrada, mas não se pode desistir de algumas lutas. Em que pese que a autogestão ocupa o setor privado de saúde, este é um subsistema que guarda importantes similaridades com o SUS, ao menos no que tange à integralidade das ações de saúde e, pelo menos, ainda, consegue conduzir, de forma mais efetiva, a gestão de acesso. Orientadas por produtos - planos de saúde – de custo mais razoáveis e de boa qualidade, as autogestões podem cumprir a função intermediária entre o público e o privado, na crise desproporcional que afeta todos os segmentos do sistema de saúde no Brasil (Asis, 2004, Unidas, 2004).

3.3.2 Autogestão em saúde no Brasil : o ponto de encontro ou de colaboração entre o público e o privado:

A forma como se articulam as empresas empregadoras em relação à provisão de assistência médico-hospitalar aos seus trabalhadores é o resultado de uma combinação entre formas de gestão do risco de variação do custo, financiamento e operacionalização da provisão da assistência médico-hospitalar, os quais podem ser caracterizados de várias maneiras. Dentre estas, de um lado, está a autogestão e, de outro, a terceirização da assistência médica e hospitalar a uma operadora de plano de assistência à saúde do mercado que comercializa a assistência à saúde com os olhos voltados para o lucro (Checchia, 1996, Almeida, 1997, Andersen, 1997, Bahia, 1991).

No Brasil, a saúde suplementar está cada vez mais voltada aos planos empresariais, fortalecendo a prática da cidadania a partir do possuir ou não emprego. As grandes e médias empresas do país retêm o risco do custo da assistência médica, criando condições próprias de cobrir as necessidades de saúde dos seus empregados. São as chamadas autogestões, que tanto podem operar nas próprias empresas, a partir dos seus departamentos de recursos humanos, como serem transferidas a operadoras de natureza social (fundação, instituto) ou associativa de caráter fechado, que assumam o risco dessa operação (Bahia, 1991, CASSI, 1996, Iunes, 1998).

Quando uma empresa empregadora contrata uma operadora de planos e seguros para seus empregados, ela está, na prática, transferindo a responsabilidade pela gestão e pela provisão de serviços à outra empresa, ou seja, ela está transferindo a responsabilidade pela variação dos custos para essa empresa (Bahia, 1991- 1999).

O conceito de “gestão de risco” envolve duas vertentes fundamentais. A primeira delas, denominada “mutualista”, implica na retenção do risco pela empresa empregadora. A segunda, propõe a contratação de empresas especializadas para a gestão desse risco, como sendo a matriz securitária. Da matriz “mutualista”, é possível chegar mais rápido ao conceito da autogestão em saúde (Bahia, 1999).

A organização jurídico-institucional da matriz “mutualista” ou da securitária se articula com o grau de comprometimento da empresa empregadora com a disponibilidade da assistência médica em relação às responsabilidades financeiras assumidas com os prestadores de serviços médicos e hospitalares e a forma de gestão do plano (Bahia, 1999).

A Lei 9656/98, no seu artigo 1º, inciso II dispõe como definição que “operadora de Plano de Assistência à Saúde” é uma pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano de assistência à saúde (Montone, 2001).

Na matriz “mutualista”, no que diz respeito à natureza jurídico-institucional, existiriam três tipologias possíveis: a) entidades jurídicas paralelas – caixas de assistência, fundações, associações, sindicatos e entidades de previdência fechada; b) gestão da assistência médica hospitalar por meio do departamento de benefícios da própria empresa; c) e, por último, aquela que passa a gestão a uma administradora, pagando o custo operacional desta transferência (Bahia, 1991, Montone, 2001, Andreazzi, 2002).

Analisando cada uma das modalidades implícitas no conceito acima, tem-se as entidades jurídicas paralelas, mais exemplarmente, as caixas e as entidades de previdência fechada como uma forma de organização dos trabalhadores, que objetiva a manutenção e a criação de proteção social diferenciada, o que inclui benefícios previdenciários e assistência médica que são utilizados de forma complementar ao sistema público. Em geral, o financiamento desses benefícios é compartilhado entre a contribuição da empresa – que arca com a maior parte do financiamento – e co-participação dos seus funcionários (Bahia, 1991, Menezes, 1994, Marques, 1995).

Do ponto de vista da operacionalização do benefício, as entidades paralelas funcionam como uma operadora do mercado, atendendo os seus participantes mediante a compra de serviços médicos, hospitalares e laboratórios. Entretanto, algumas delas combinam a contratação desses serviços ao mercado com serviços próprios, principalmente ambulatoriais.

A delimitação da massa de participantes e a ausência de lucro do capital são aspectos da diferenciação entre essas instituições e as outras operadoras de saúde que atuam no mercado privado (Andreazzi, 2002).

As Caixas de Assistência Médica são exemplos de entidade jurídica paralela que prestam o serviço de assistência médico-hospitalar aos seus participantes, combinando serviços próprios com serviços contratados. As empresas de autogestão patrocinadas possuem estatutos que regulamentam sua relação com a empresa patrocinadora, definindo desde a forma de patrocínio do benefício, a seleção dos participantes, bem como as condições de gestão e de tomada de decisões (Bahia, 1991).

Perante o mercado de prestadores de serviços médicos e hospitalares, a entidade jurídica paralela é a responsável pelo cumprimento dos compromissos por serviços prestados aos participantes do plano tanto na rede de médicos quanto nos hospitais, laboratórios e serviços especializados. Também é responsável pela gestão do benefício, que costuma ocorrer por intermédio de entidade colegiada formada com a participação de funcionários e da empresa patrocinadora (Bahia, 1999, Montone, 2001).

O departamento de benefícios, como segunda possibilidade citada na matriz “mutualista” acontece quando a empresa faz a gestão do benefício da assistência médica por órgão interno, tais como a diretoria de recursos humanos ou o departamento de benefícios, não chegando a constituir uma entidade jurídica distinta. São as antigas patronais (Bahia, 1999).

Os benefícios de assistência médica e previdência social patrocinados ou assumidos, diretamente pelas empresas com seus empregados, fazem parte da pauta de acordo coletivo de trabalho.

Uma terceira possibilidade corresponde à forma do custo operacional. A empresa contrata uma administradora que compra os serviços médicos e hospitalares no mercado. A administradora não possui serviços próprios, mas exerce essa intermediação. Na prática, ao final de cada mês, a administradora apresenta a despesa feita pelos participantes da carteira e acrescenta uma taxa de administração, que pode ser cobrada de forma variável, por meio de percentual sobre a despesa, ou de forma fixa, por um valor *per capita* estabelecido previamente (Checchia, 1996, Bahia, 1999).

O risco da administradora está ligado à insolvência da empresa, que levaria esta última a não honrar seus compromissos com a primeira, e não à variação do custo da assistência médico-hospitalar. Desse modo, a administradora não assume nenhum risco pela variação do custo, uma vez que recebe o total da despesa realizada com a carteira da empresa empregadora e o repassa aos prestadores de serviço. Entretanto, o responsável financeiro perante o mercado de prestadores de serviço é a administradora e não a empresa (Bahia, 1999, IPEA, 2002).

Do ponto de vista da gerência dos custos em saúde, o custo operacional inviabiliza a gestão da assistência à saúde por parte da empresa, que passa a ser ela, simplesmente, financiadora do plano ou co-financiadora, quando há conjuntamente a contribuição dos funcionários. O custo operacional dificulta o controle dos custos com a assistência médico-hospitalar (Menezes, 1994, Gomes, 1997, Montone, 2001).

Existem, além destes, outros modelos híbridos ao de retenção do risco e não retenção pela empresa, que se compõem a partir de graus diferentes na transferência dos riscos com despesas médico-hospitalares (Bahia, 1999).

A elaboração de um conceito do que vem a ser caracterizado como autogestão envolve, portanto, os princípios de financiamento, da gestão, da organização jurídico-institucional e do risco pela variação dos custos da assistência médico-hospitalar. O fato de a empresa assumir os riscos pela variação dos custos da assistência médico-hospitalar é suficiente para caracterizá-la como autogestão, o que implicaria assumir as formas de custo operacional como parte desta modalidade. No entanto, isso seria o mesmo que desconsiderar a

importância da gestão do plano pela empresa como característica fundamental para a concretização da modalidade de autogestão (Bahia,1999).

Atualmente, a discussão em torno da definição do conceito de autogestão está vinculada ao processo de regulamentação do setor suplementar de saúde, uma vez que a atual legislação também o incluiu no conjunto de empresas que operam planos de assistência médico-hospitalar, apesar de isentá-las do cumprimento de algumas exigências legais, dentre as quais cita-se o fato de estas não serem consideradas uma modalidade comercial e portanto, não terem o lucro como objetivo. Entretanto, em um mercado cada vez mais competitivo, a regulamentação do setor, ao isentar a autogestão de algumas obrigações que as outras operadoras do setor devem cumprir, faz com que a conceituação de autogestão seja necessidade e exigência do próprio mercado (Montone, 2001, UNIDAS, 2001, ANS, 2003).

Quanto à seleção dos participantes da autogestão, a legislação da saúde suplementar definiu autogestão como modalidade de assistência à saúde destinada: (...) exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais. Os grupos familiares definidos na seleção conceitual da autogestão correspondem aos parentes até o terceiro grau de consangüinidade do titular ou afins. A afinidade se define como cônjuge do titular e familiares do cônjuge, incluindo parentes da mesma árvore genealógica do titular (bisavô(a), tio(a), cunhado(a), enteados até 24 anos de idade, filhos adotivos até 24 anos de idade, menor sob guarda e dependentes com necessidades especiais (CASSI, 1996, Lei nº 9656/98, ANS, 2001).

Quanto à gestão e ao relacionamento com a rede de prestadores, as autogestões deverão possuir gestão própria, através de órgãos internos das empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa (UNIDAS, 2001).

A gestão do plano de assistência médico-hospitalar pode ser feita ou pela empresa e seus funcionários, ou somente pela empresa, ou apenas por representantes dos funcionários. Nas caixas e fundações é costume haver uma instância delegada com representantes da empresa e dos empregados. Já os planos de departamento de benefício das empresas não incorporam os empregados em sua gestão. Por fim, os planos de entidades jurídicas paralelas, ligados a associações de classes e sindicatos, são geridos exclusivamente por representantes dos empregados (CONSU, 1998).

A gestão da rede de prestadores de serviço é de vital importância para o bom equilíbrio do plano e para a qualidade da assistência prestada. Para a autogestão, a administração da rede de prestadores deverá ser feita de modo direto, só sendo permitida a terceirização mediante convênio com outras autogestões – convênios de reciprocidade ou em regiões com dificuldade de contratação direta. A rede de prestadores de autogestão tanto pode ser própria como credenciada bem como de livre escolha, ou a combinação entre elas (CONSU, 1998).

Os planos de autogestão foram os pioneiros na implementação de mecanismos reguladores de utilização de serviços médicos e hospitalares, com o objetivo de conter os custos da assistência de seus beneficiários. Isto é, dentro da lógica da empresa, a assistência médica não é o objetivo fim da empresa, a qual não auferir lucro nesta operação, por isso, é necessário que haja a boa gerência dos custos assistenciais. Já nos planos terceirizados, às operadoras comerciais do mercado, ao aumento de despesa feita pela carteira de beneficiários,

cabe o recurso do reajuste por aumento de “sinistralidade”. Assim, os mecanismos de regulação encontrados com mais frequência nas autogestões são a co-participação para o pequeno risco e a autorização administrativa tanto para procedimentos de alto custo e como para internações eletivas (Montone, 2002).

O CIEFAS / UNIDAS ressalta o aspecto não lucrativo da autogestão como uma de suas principais vantagens, ao passo que a ABRASPE apresenta, como vantagem, a eliminação do intermediário entre o usuário e o prestador de serviço de saúde, assim como a possibilidade de criação do plano personificado para a massa de usuários de cada empresa (Checchia, 1996, UNIDAS, 2001).

O conceito de autogestão é, na prática, complexo. A definição apresentada pela norma governamental se aproxima daquela das próprias empresas de autogestão, fazendo-se supor que essa concordância se deu pelo posicionamento do Ministério da Saúde que, ao criar o DESAS – Departamento de Saúde Suplementar - definiu que seu quadro de servidores seria preenchido por técnicos oriundos das empresas de autogestão. A autogestão aparece como a opção de disponibilizar o benefício da assistência médica mais próxima da empresa e / ou do funcionário do que a terceirização, no que diz respeito à participação destes na estruturação do plano (CONSU, 1998).

Em relação à organização jurídico-institucional, as empresas de autogestão podem ser divididas de duas formas: a) constituírem uma entidade jurídica separada da empresa, organizadas em caixas, fundos previdenciários, associações, fundações ou outros; ou b) não constituírem pessoa jurídica separada da empresa empregadora; nesse caso estão diretamente

ligadas ao departamento de benefício das empresas. São os dois tipos “mutualistas” descritos anteriormente (Bahia, 1999).

De acordo com o CIEFAS / UNIDAS (2000), 62% das autogestões é formada por entidades jurídicas paralelas, sendo que, destas, 21% são fundações, 21% são associações, 13% são caixas assistenciais, 5% são caixas previdenciárias, 2% são sindicatos. Os departamentos de benefícios das empresas constituem 24% das autogestões, enquanto 14% seriam outros tipos de autogestões (UNIDAS, 2000).

Os planos de assistência médico-hospitalar ligados ao departamento de benefício das empresas teriam uma relação mais vinculada com a empresa, principalmente do ponto de vista da gestão e da responsabilidade financeira (CONSU, 1998, Silveira, 1998).

Os planos constituídos por entidades jurídicas paralelas da empresa, em geral, definem a responsabilidade desta com o plano de assistência no estatuto que rege a instituição, em especial, as caixas, fundações e fundos previdenciários, em que a gestão costuma ser partilhada por representantes da empresa empregadora e dos empregados (Silveira, 1998).

Como exemplo de autogestão integrante no perfil das caixas de assistência, cita-se o caso das Caixas de Assistência Médica, onde as decisões sobre o benefício são tomadas por um “Conselho Deliberativo”, composto por membros que representam os funcionários e os patrocinadores (CASSI, 1996).

Observa-se a existência de entidades jurídicas paralelas organizadas principalmente em formas de associações de classes e sindicatos, que são reconhecidas pelo mercado como

autogestões, ainda que não possuam massa de beneficiários definida. Por exemplo, a Caixa de Assistência dos Advogados do Rio de Janeiro, em princípio, constituída para disponibilizar assistência médica e hospitalar a advogados e seus dependentes, na prática ampliou seu espectro de seletividade, absorvendo pessoas indicadas por advogados (Almeida, 1998).

Pode-se considerar essa labilidade com relação à seleção da massa de participantes como uma adoção, por parte de algumas autogestões, de mecanismos mais afeitos ao mercado, do que aos princípios do “mutualismo”. Até mesmo frente à nova regulamentação, essas organizações não poderiam ser consideradas autogestões, por não respeitarem o limite de seletividade exigido pela legislação (Checcjia, 1996, UNIDAS, 2001).

As duas grandes entidades nacionais que reúnem as empresas de autogestão no Brasil são o CIEFAS / UNIDAS e a ABRASPE. A ABRASPE congrega 54 empresas de autogestão com predomínio em São Paulo. O CIEFAS / UNIDAS congrega cerca de 143 instituições distribuídas nas 27 unidades federadas. Ambas visam desenvolver uma política de incentivo à prestação de assistência à saúde pelas empresas na forma da autogestão, mediante os seguintes objetivos: negociar preços com os prestadores de saúde; contribuir para o gerenciamento dos custos assistenciais de suas filiadas; reforçar e expandir os programas de saúde das empresas; fomentar estudos, simpósios e pesquisas que contribuam para o conhecimento e aprimoramento da modalidade; prestar assessoria técnica às empresas de autogestão; possibilitar o intercâmbio de experiências em assistência à saúde de suas filiadas; defender os interesses das empresas filiadas junto ao governo e entidades de classe (CIEFAS / UNIDAS, 2000 - ABRASPE, 2001).

De acordo com o CIEFAS / UNIDAS, 80,7% do segmento de autogestão em saúde, é custeada pelo beneficiário e pela empresa empregadora; 14,5% são custeados integralmente pelo beneficiário; e somente 4,8% são custeados exclusivamente pela empresa. A mesma fonte aponta que 34,5% das contribuições dos beneficiários são feitas na forma de pós-pagamento, 18,2% por pré-pagamento e 47,3% usam ambas as formas (UNIDAS,2000).

Essas diferenças de financiamento são decorrentes da política de benefícios da empresa e da capacidade de negociação de seus trabalhadores. Algumas empresas optam por financiar integralmente um plano considerado básico para seus funcionários, mas concedem a possibilidade de os próprios funcionários complementarem financeiramente o plano, para ter acesso a diferenciações em relação à rede hospitalar, à acomodação e ao direito a reembolso de despesas (ANS, 2004).

Observam-se muitos níveis hierárquicos de planos coletivos. Para fins explicativos podem ser considerados três níveis hierárquicos: a) básico; b) especial e c) executivo. Em geral, o plano básico é aquele que dá direito à internação em enfermarias e ao atendimento exclusivo em rede credenciada. O plano especial permite a internação em apartamento, além do atendimento em rede credenciada. O plano executivo, afora a internação em apartamento, permite o reembolso de despesas de acordo com tabela pré-fixada. Os planos de autogestão têm maior participação financeira da empresa do que os planos contratados a empresas médicas por pré-pagamento, para todos os tipos de planos. Também, dentro da autogestão, os planos superior e executivo têm maior participação financeira da empresa do que os planos básico e intermediário, que são mais simples (Towers & Perrin,1998).

Nos anos de 1997 a 1998, as Medicinas de Grupos praticavam preço médio *per capita* por plano de R\$ 17,94; nas UNIMED esse preço era de R\$ 27,33, nas Seguradoras era de R\$ 67,81 e o das autogestões era de R\$ 47,81 para os planos de contratação coletiva. Esses dados não estão de acordo com aqueles apresentados pela Towers & Perrin (1998,.) , pelos quais as autogestões possuiriam os preços mais baixos do mercado para todos os tipos de plano, enquanto as seguradoras cobrariam os mais elevados (Bahia, 1999).

Supõe-se que os elevados prêmios cobrados pelas Seguradoras estejam relacionados à maior cobertura ofertada por essas empresas, ao custeio do reembolso e às exigências financeiras que essas empresas devem cumprir para operar no ramo de seguro. A contribuição financeira dos empregados para os planos e seguros de assistência médica hospitalar tem se tornado cada vez mais freqüente, em oposição aos planos totalmente financiados pelas empresas. É possível que essa tendência seja decorrente do aumento dos custos no setor saúde e das formas de gestão desse benefício que, ao incorporar a participação financeira do funcionário, também procura conscientizá-lo, sem muito sucesso, do custo dessa assistência (Bahia, 1999).

Dentro da mesma lógica da autogestão, incluem-se os planos para funcionários de prefeituras e estados, que são, em sua maioria, ligados a institutos de aposentadorias e pensões de servidores. Esses planos apresentam alguns aspectos diferentes das autogestões privadas em relação a: a) organização jurídica; b) rede de serviços; c) risco da variação do custo da assistência médica hospitalar; d) gestão administrativa; e) gestão do custo assistencial; f) regulamentação. No que diz respeito à organização jurídica, esses planos constituíram pessoas jurídicas de direito público, mantendo, com isso, a responsabilidade dos governos pelo plano assistencial e pela variação do custo da assistência médica hospitalar. Em razão de sua

constituição jurídica, ficaram à margem da regulamentação do setor suplementar de saúde e da Lei 9656/98. A rede própria de prestadores de serviços assume uma importância maior do que a observada nas autogestões privadas, ocorrendo, em alguns casos, de a rede própria ser a única disponível. A escolha do gestor do plano, não é baseada necessariamente na capacidade técnica do profissional, mas envolve também acordos políticos feitos pelo partido de comando (Miranda, 2003).

Os planos considerados autogestões assumem o risco pela variação dos custos assistenciais e contam com massa delimitada de beneficiários. A diferença básica entre as autogestões públicas e privadas está nas imbricações políticas que atravessam a gestão do plano assistencial no caso das primeiras. A segunda diferença, não menos importante, está relacionada à exclusão desses planos da égide da Lei 9656/98, que regulamenta o mercado de assistência suplementar, o que permite que esses planos continuem a existir com coberturas inferiores aos planos sobre a égide da referida lei (UNIDAS, 2002).

Embora persistam controversas, como a própria literatura pesquisada demonstra, há que se admitir que em não atuando em direção à lógica do lucro e após ter sido apontada como um dos segmentos de melhor desempenho pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, a autogestão enfrenta desafios internos e externos, de ordem econômico-financeira e de reação do mercado, mas ainda preserva, na grande maioria dos casos, características que permitem concentrar a intermediação entre o público e privado, no debate que tende a convocar a nação brasileira para a revisão dos rumos da saúde no Brasil (ANS, 2005, UNIDAS, 2005).

4 Metodologia e Material:

4.1 Tipo de Estudo:

O estudo, do tipo descritivo e exploratório, aborda o perfil de demanda aos serviços de saúde pelos portadores de diabetes, com idade superior a 40 anos, residentes no Distrito Federal, identificados entre o período de 2000 a 2004. Realiza-se sobre os registros coletados no banco de dados de uma autogestão em saúde.

4.2 População do Estudo:

A população do estudo se constituiu de associados – Titulares - do Plano de Saúde da empresa, residentes no Distrito Federal, com idade superior a 40 anos que realizaram, pelo menos, um exame de hemoglobina glicosilada, durante os anos de 2000 a 2004, com conhecimento prévio do diagnóstico de diabetes *mellitus*.

4.3 Método:

O estudo possibilitou a todos associados que realizaram, ao menos, um exame anual de hemoglobina glicosilada nos anos selecionados tiveram a chance de participar da análise de demanda. O método escolhido foi por amostragem na medida em que foram selecionados apenas os residentes no DF com idade superior a 40 anos. Cada associado foi selecionado apenas uma vez no período de 2000 a 2004, evitando-se, assim, a duplicação de elementos da amostra. Associados que, por ventura, tenham realizado o exame de hemoglobina glicosilada, mas possuíam idade inferior a 40 anos foram excluídos da análise. Os dados foram extraídos

do banco de dados referentes ao faturamento para análise do sistema de informações gerenciais – SIG – da empresa selecionada.

4.4 Aspectos a serem Investigados:

Sobre os diabéticos selecionados pelo estudo, investigou-se:

- A prevalência do diabetes *mellitus* nos grupos etários de 40-49 anos; 50-59 anos; 60-69 anos; 70-79 anos e mais de 80 anos;
- A prevalência do diabetes *mellitus* por sexo;
- A frequência dos diabéticos na utilização dos serviços de saúde oferecidos pelo Plano de Associados nas categorias: consulta ambulatorial, exames ambulatoriais e hospitalares e tempo médio de permanência hospitalar de internação dos pacientes;
- Representação do gasto com pacientes diabéticos em relação à receita que os mesmos produzem para a manutenção do Plano de Saúde.

4.5 Instrumentos Utilizados:

Os dados para a realização do estudo foram recolhidos do Sistema de Informações Gerenciais em Saúde – SIGS – e analisados à luz da bibliografia pesquisada. Incluiu-se comparações entre os achados do estudo e os dados recolhidos no “HIPERDIA” – Sistema

Informatizado de Informações sobre Diabetes e Hipertensão do SUS
www.datasus.gov.br/hiperdia, acessado em Junho de 2005.

4.6 Fonte do Estudo:

A empresa onde se realizou o estudo caracteriza-se como Caixa de Assistência Médica do segmento de autogestão em saúde. Atua no mercado da saúde suplementar há mais de meio século, possui mais de 700 mil vidas divididas em dois planos: a) Plano de Associados e b) Plano Familiar. Possui 11 Unidades Regionais e 11 Unidades Estaduais instaladas nas principais capitais do país. Criada em 1944, com o objetivo de ressarcir as despesas com saúde e assistência dos seus empregados. É considerada como uma das maiores instituições, sem fins lucrativos, administradora de plano de saúde no Brasil.

A população-alvo do Plano de Associados, a partir de um Titular, engloba cônjuge ou companheiro, filhos – incluídos os adotivos de até 24 anos de idade, enteados até 24 anos de idade e filhos de pensionistas até 21 anos. O perfil do Plano de Associados mostra que: a) 20,64% do seu universo está composto por funcionários ativos; b) 13,88% são aposentados; c) 4,21% são pensionistas; d) 1,14% são dependentes indiretos (enteados); e) 59,3% são dependentes dos ativos e dos aposentados.(CAM, 2004).

A empresa mostra uma linha descendente na composição da sua carteira de associados no período de 2000 a 2004. Fatores como: a) a falta de concurso para admissão de novos empregados; b) desligamento incentivado para os empregados mais antigos; d) demissão voluntária; e) incorporação de tecnologia em substituição à mão-de-obra e, f) evasão por óbito são motivações que refletem o não crescimento da carteira de associados.

O conceito de “Associado” é atribuído a todos os empregados, independente da categoria funcional ocupada pelos mesmos na empresa. Empregados temporários podem usufruir o plano, na condição de “Associado Temporário” com direito ao uso dos serviços e ações de saúde, durante o tempo de vigência do contrato.

O Plano dos Associados dispõe de ampla rede de médicos, clínicas e hospitais credenciados em todo o país. A empresa também opera com rede própria de atendimento médico ambulatorial em quase todas as capitais. O Índice de Suficiência (IS)¹ da empresa é um dos mais altos no país, estando em torno de 117,5/1.000, considerada apenas a população de associados. Este índice cai para 67,14/1.000 quando calculado sobre o total de vidas – Plano de Associados somado ao Plano Familiar da empresa (Hortêncio, 2005).

Além da rede credenciada e própria, a empresa oferece reembolso de despesas aos associados, de acordo com a sua Tabela Geral de Auxílios – TGA - quando este utiliza serviços de profissionais não credenciados.

O Plano oferece coberturas tradicionais – consultas, exames, internações, tratamento em UTI - aos associados e seus beneficiários (dependentes) e diferenciadas como: a) auxílio para transplante de órgãos; b) colocação de órtese e prótese; c) atenção completa à saúde mental; d) UTI aérea e terrestre; e) tratamento diferenciado para portadores de deficiência; f) abono em aparelhos e objetos com finalidade médica para uso domiciliar; g) abono de materiais e medicamentos de uso domiciliar para os portadores de doenças agudas e crônico-

¹ Índice de Suficiência é um indicador utilizado na Saúde Suplementar para definir os parâmetros básicos de cobertura assistencial da rede de serviços em relação ao número de consumidores de planos ofertados. O índice é o resultado da relação entre o total de serviços credenciados + próprios sobre total de consumidores do Plano multiplicado por 1.000. A autogestão apresenta, em média no país 25 serviços físicos de saúde para cada 1.000 consumidores. A gestão da rede assistencial é prerrogativa para a obtenção e manutenção do registro da operadora junto à ANS e está prevista na Lei 9.656/98 e na Resolução Normativa RN/ANS nº 100/2005. (Nota da Autora)

degenerativas; h) auxílio funeral; i) excepcionalmente, serviços de enfermagem domiciliar e hospitalar.

As receitas básicas do Plano de Associados provém de patrocínio da empresa empregatícia correspondente a 3% sobre o total das despesas do Plano. O Plano exige a co-participação dos associados. Estes contribuem com iguais 3% sobre seus rendimentos brutos, mensalmente.

A análise configurada da receita global do plano em 2004, com o patrocínio de 3% por parte da empresa somado aos 3% de contribuição dos empregados sobre seus rendimentos, resulta em que, aproximadamente 25% do montante da arrecadação deve-se à participação do associado, enquanto 75% deve-se ao patrocínio da empresa.

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa:

O Termo de Compromisso e Acordo de Uso de Informações, assinado junto à empresa que forneceu os dados do estudo, impede a divulgação, sob qualquer pretexto, do nome da mesma.

Os dados-fonte do estudo, por esta razão, no que referem-se à empresa, estão registrados sob a sigla CAM – Caixa de Assistência Médica.

5 Resultados do Estudo e Discussão:

5.1 . Referencial Teórico:

Embora o objeto deste estudo não tenha a pretensão de aprofundar nas causas quanto ao crescimento da doença no Distrito Federal, o resultados apurados sobre os associados da caixa de assistência médica, permitem sugerir que os hábitos alimentares e de vida, presentes nesta unidade federada, associado à atividade ocupacional característica da empresa pesquisada , são fatores contributivos para o aumento da prevalência da doença entre os residentes no DF.

Em 1985, havia, em todo o mundo, 30 milhões de pessoas com diabetes, dez anos o número de doentes já alcançava 135 milhões, por isto a afirmação do seu crescimento exponencial nas próximas duas décadas. A Organização Mundial de Saúde – OMS - prevê que em 2025 esta população seja maior que 300 milhões de pessoas (WHO, 1985).

No Brasil, de acordo com os dados publicados pelo Ministério da Saúde, a taxa média de prevalência do diabetes é de 7,60%, variando de 5,2%, no Distrito Federal, até 9,66%, em São Paulo. São 12,5 milhões de diabéticos que incidem num custo de R\$ 5 bilhões ao ano com o tratamento dos seus portadores. A taxa média de mortalidade por diabetes é de 17,5 por 100.000 habitantes, sem contar a mortalidade por outras doenças, agravadas pelo diabetes (Malerbi, 1992).

Na medida em que cresce o número de diabéticos, a doença assume uma crescente proporção nos orçamentos dos setores de saúde tanto na esfera pública quanto privada. Estudos prospectivos indicam que nos próximos vinte e cinco anos o diabetes se tornará um dos maiores fatores de incapacidade e invalidez da população e uma das principais causas de morte, no Brasil e no mundo (UERJ, 1990).

O controle do diabetes envolve não somente o paciente, mas também sua família, o SUS e as empresas de seguros / planos de saúde, além da sociedade de modo geral. Os custos diretos para o indivíduo e suas famílias incluem cuidados médicos, medicamentos, insulina além de outros. Para o SUS e para as empresas de planos / seguros saúde incluem-se na relação de gastos com o portadores da doença, os serviços médicos, hospitalares, laboratoriais e gerenciamento do diabetes. Para a sociedade os custos aparecem quando os diabéticos não conseguem mais trabalhar como antes, podendo ocorrer perda de trabalho, incapacidade, aposentadoria antecipada e até morte prematura (Lebrão,1997, Miranda, 2003, Solla,2004).

No Brasil, 11% dos casos atinge a população com idade igual ou maior de 40 anos. Considerando os dados do censo demográfico de 2003, encontrar-se-á no país cerca de 5.291.406 portadores da doença. Os casos aumentam consideravelmente na medida em que a idade progride, chegando a 17,4% entre a população de 60 a 69 anos (Almeida Neto,2005).

O Distrito Federal está entre as dez primeiras unidades da Federação em estimativa de diabéticos potenciais. Acredita-se que cerca de 120 mil pessoas, apenas no DF, são diabéticas (MS, 2004, UNB,2004).

O perfil dos diabéticos de que tratam os resultados obtidos no estudo pode servir de amostra quanto às características epidemiológicas reveladas e difundidas pelo Ministério da Saúde em estudos multicêntricos, não-randomizados e realizados no Brasil (MS, 1998, 2001).

5.2 Descrição e discussão dos resultados:

5.2.1 Quanto ao perfil dos associados da Caixa de Assistência Médica no Brasil e no Distrito Federal:

a) RESULTADO ENCONTRADO:

A Caixa de Assistência Médica possuía em 2000, no Brasil, um total de 403.130 associados titulares no seu plano de saúde. Este quantitativo, demonstrado nos anos subsequentes mostraram queda que variou de, no geral entre 2000 e 2004 em 0,03% (Tabela 1). A proporção de associados com idade igual ou acima de 40 anos, distribuídos em intervalos de 10 em 10 anos até o grupo acima de 80 anos, cresceu na medida do passar dos anos, em relação ao panorama nacional, partindo dos 43% em 2000 para 47% em 2004. Os achados permitem afirmar que a carteira de associados possui alta concentração na faixa de risco para o aparecimentos de sinais e sintomas das doenças crônicas de modo geral e, em especial do diabetes *mellitus*.

O Distrito Federal representa, em média, no período pesquisado, 6,51% dos associados da empresa em todo o país.

b) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: Aspectos a serem observados em relação ao perfil da carteira de associados da CAM:

Há uma relativa queda no número de associados entre as faixas etária de 40-49 anos e de 50-59 anos (24,37%), queda esta que aumenta de forma extraordinária nas faixas etárias sucessivas aos 49 anos. Entre 50-59 anos e 60-69 anos a evasão de associados do plano chega a 47,31% . Os motivos da evasão, observados na mudança de intervalo das faixas etárias não foram pesquisados pelo estudo, mas permite a hipótese de que, ao aposentarem, os empregados tendem a buscar planos de saúde mais acessíveis às suas possibilidades econômico-financeiras. O percentual de evasão praticamente se repete entre as faixas etárias do intervalo de 60-69 anos e 70-79 anos (46.51%) e aumenta entre 70-79 anos e 80 a mais (64,55%). O aumento da evasão no último intervalo de faixa etária está, provavelmente, influenciado pela taxa de mortalidade que se acelera neste grupo etário.

Em relação aos associados do Distrito Federal, o mesmo fenômeno de evasão nos intervalos entre o grupos etários escalados para o estudo faz-se presente. De modo geral, a evasão no DF em relação ao perfil da carteira de associados no Brasil, quase dobra no intervalo de 40-59 anos e 50-59 anos (45,05%), aumenta relativamente entre 50 e 69 anos (52,47%), progride entre 69-79 anos (52,82%) e aumenta em quase 14% no último intervalo etário do estudo. Na análise ano a ano do perfil da carteira, observa-se que a concentração de associados do DF em relação ao país manteve-se estável, o que denota que a evasão de associados não modifica a concentração da carteira por grupo etário.

O comportamento da evasão dos associados, embora não seja o objeto deste estudo, sugere que a empresa deva priorizar a gestão de clientes, com o propósito de fidelizar a sua carteira e antecipar-se aos riscos da instabilidade da mesma que podem estar contribuindo, diretamente para a alta da taxa de “sinistralidade” do plano de associados, relatada pela empresa.

Em relação ao corte da análise da carteira por gênero, observa-se que, tanto no Brasil, quanto no DF, a tendência é a mesma: na média entre os anos de 2000 a 2004, o estudo mostrou que cerca de 51% do associados são mulheres contra 48,9% de homens.

A análise processada sobre o perfil da carteira se faz necessária como subsídios à definição do universo da pesquisa. Os gráficos abaixo ilustram os comentários desta análise.

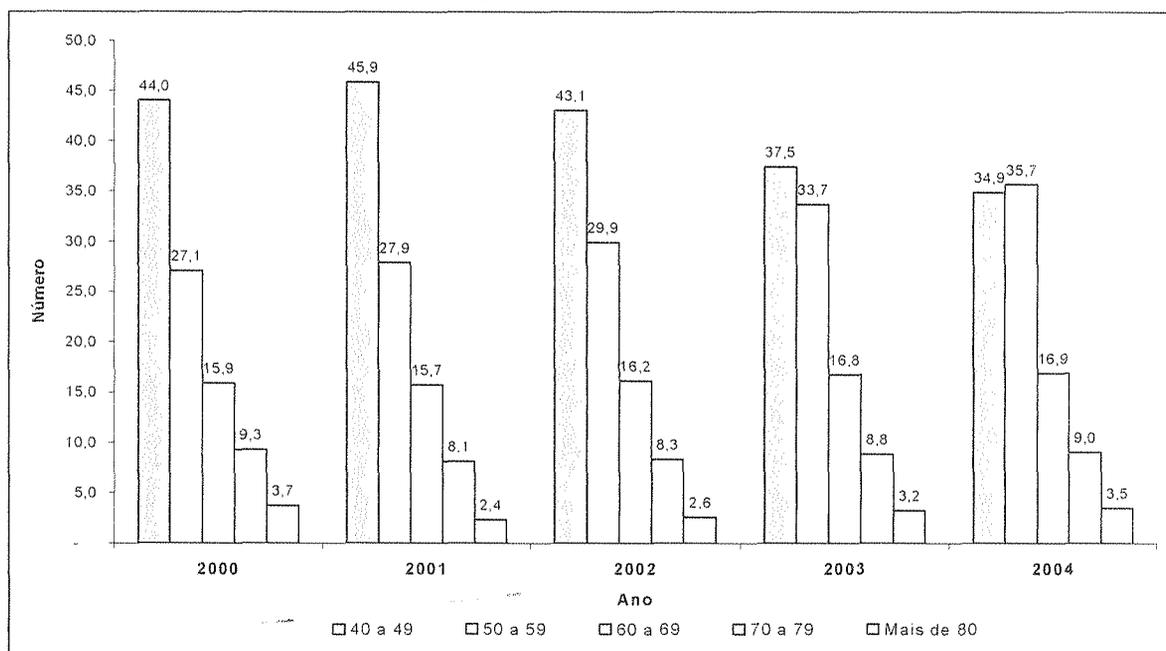


Figura 3: Proporção de Associados por faixa etária existente no Brasil. CAM.

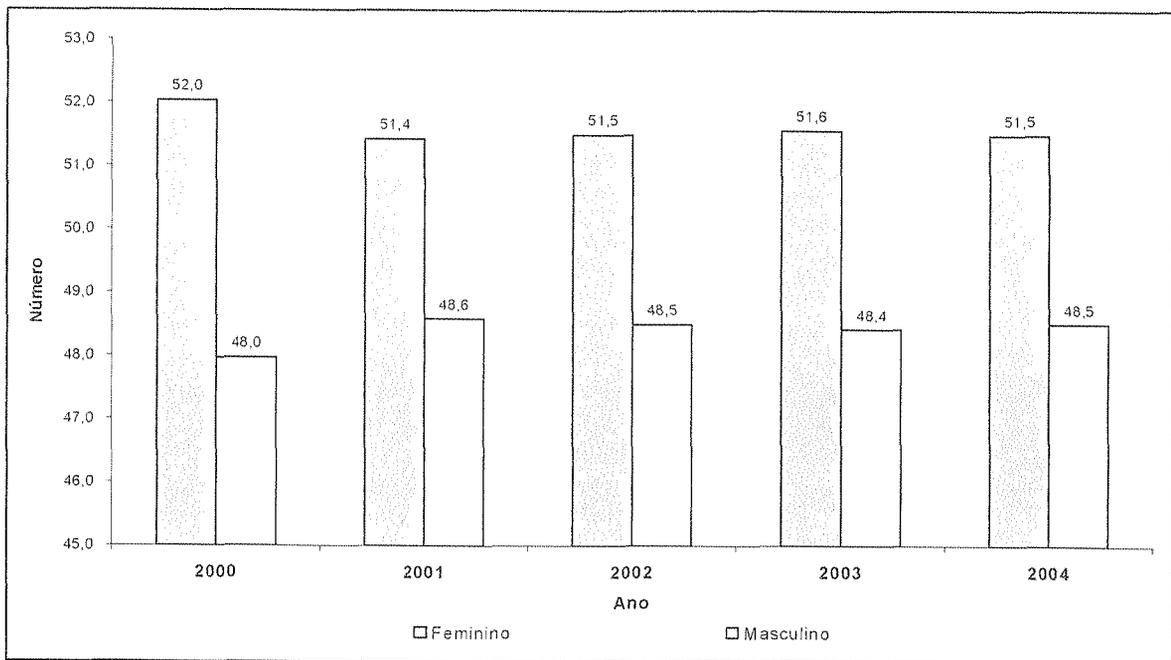


Figura 3.1: Proporção de Associados por sexo existente no Brasil. CAM.

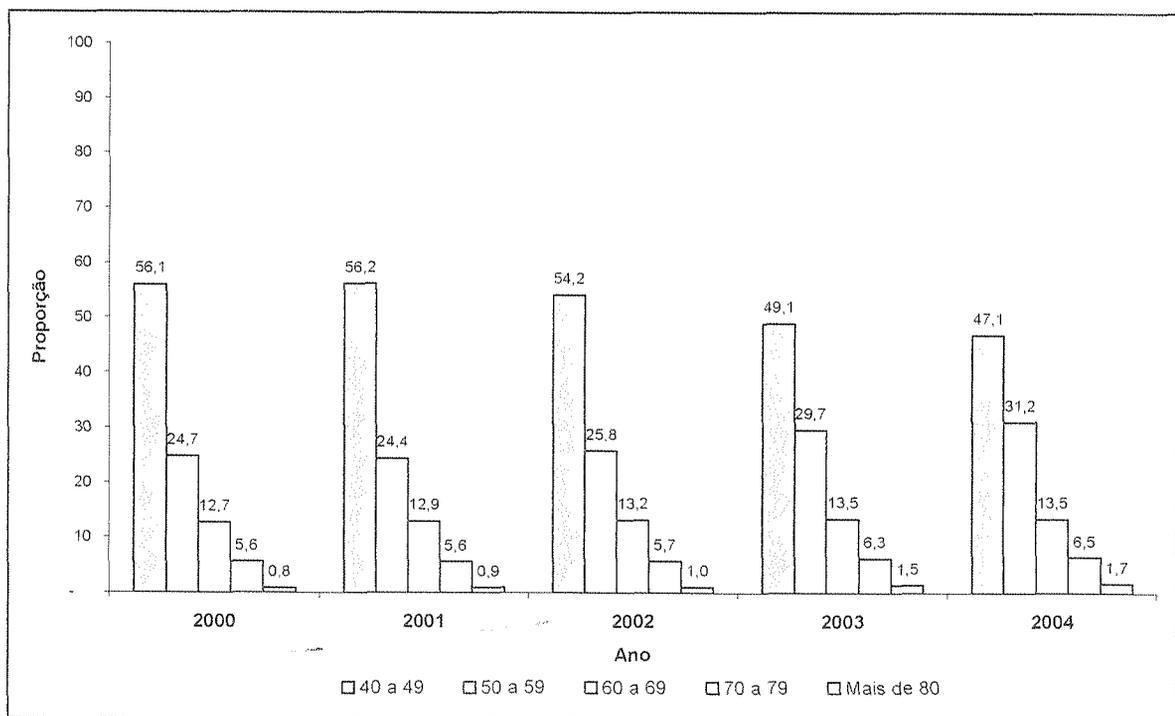


Figura 3.2: Proporção de Associados existentes no Distrito Federal, por faixa etária, segundo o ano. CAM.

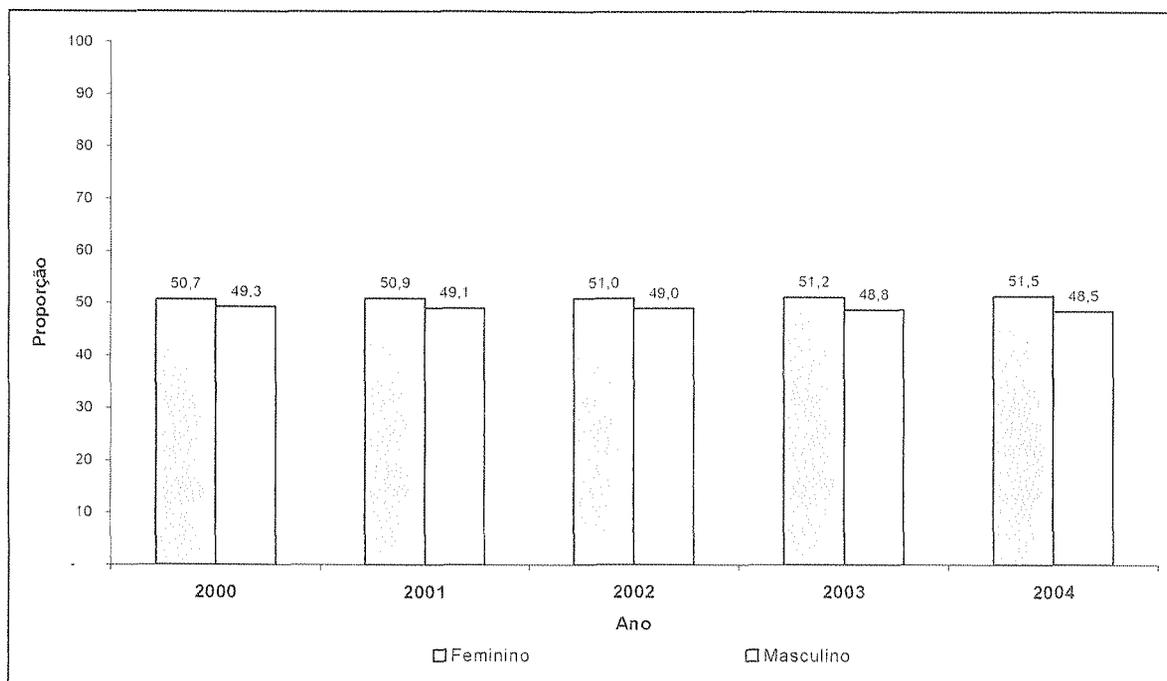


Figura 3.3: Proporção de Associados existentes no Distrito Federal, por sexo, segundo o ano. CAM.

5.2.2 Perfil dos diabéticos da Caixa de Assistência Médica no Distrito Federal:

a) RESULTADO ENCONTRADO:

Os associados, com mais de quarenta anos, que realizaram, ao menos, um exame de hemoglobina glicosilada (HG), portanto, portadores essenciais de diabetes, cresceu entre os anos de 2000 a 2004 na Caixa de Assistência Médica. Dos 874 casos registrados em 2000, ano em que a carteira obteve o maior número de associados, a incidência da doença alcançou o registro de 1.755 casos em 2004 (Figuras 4 e 4.1 combinadas).

Na análise de prevalência, a doença mostrou também um aumento que variou de 8,13% em 2000 a 13,9% em 2004, surpreendendo as margens esperadas dos estudos prospectivos sobre a doença realizados pelo Ministério da Saúde e pela UFRJ (Tabela 3.1).

As mulheres apresentam taxas superiores aos homens em relação ao diagnóstico da doença (Tabela 3.6).

b) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

Os comentários do item 5.5.1 - a baixa taxa de permanência dos associados entre os intervalos de mudança das faixas etárias e o crescimento inverso do número de diabéticos – faz-se hipotetizar que a evasão entre as escalas etárias é inversamente proporcional quando se trata das doenças crônicas, em particular do diabetes. Se isto se confirma, pode-se aferir que mais uma vez, o equilíbrio da “sinistralidade” do plano de associados está fortemente comprometido e que o diabetes, juntamente com outras doenças crônicas podem ser fatores influentes nesta “sinistralidade”, sob dois aspectos:

a) Em relação à manutenção dos associados no plano, os achados sugerem que a “estratégia de sobrevivência” pode constituir-se como princípio do padrão epidemiológico, ou seja, os indivíduos tendem à manter vinculação ao plano de saúde, quando diagnosticada uma ou mais doença crônica.

b) Sob o ponto de vista epidemiológico, a taxa de incidência do diabetes, na empresa pesquisada, ultrapassa as expectativas apontadas na literatura. O Ministério da Saúde estima que o Distrito Federal apresenta uma incidência de 5,2% de diabéticos, entretanto o estudo mostrou valores quase três vezes maiores do que os apontados prospectivamente pelo Ministério da Saúde. Levando-se em consideração o teor da amostragem do estudo em relação

a todo o universo populacional do DF, não é uma estatística determinante, mesmo porque não foi esta a intenção da pesquisa.

No corte dos resultados pela variável faixa etária (Tabela 3.3) (Figura 4.3), o resultado das taxas de incidência do diabetes também surpreendem, igualmente, às estatísticas pesquisadas. Confirma, contudo, que o grupo de indivíduos compreendidos pelas faixas etárias de 40 a 49, seguidos pelos da faixa etária de 50 a 59 e 60 a 69 anos são de fato os que mais se apresentaram como portadores da doença, reafirmando tendências dos estudos epidemiológicos sobre a doença, ratificando a susceptibilidade desta faixa etária para o surgimento de sintomas e sinais ou da própria confirmação diabetes.

Na variável gênero, os resultados foram de que as mulheres apresentam maior incidência da doença. Entretanto, cabe, neste aspecto, uma ressalva que pode corroborar com afirmações verificadas quando da pesquisa bibliográfica para a elaboração deste estudo, em que se encontrou na PNAD (IBGE,2003) no suplemento especialmente dedicado aos planos de saúde: as mulheres, mais que os homens, procuram com maior frequência os serviços de saúde. A incidência de casos em mulheres pode ou não estar afetada pelo que demonstrou a PNAD. Todavia, em se tratando de uma empresa onde é obrigatória a realização de exames periódicos não se pode afirmar que os achados referem-se ao acesso voluntário aos serviços de saúde pelas mulheres mais que pelos homens.

A incidência do diabetes *mellitus* na faixas etária de 40-49 anos sugere o aprofundamento das conseqüências sociais da doença, como por exemplo, ao considerarmos, que os indivíduos na faixa etária mais comprometida estão potencialmente aptos para o trabalho, a prevalência da doença nesta faixa de idade compromete, mais uma vez, a

qualidade de vida dos seus portadores e reafirma as ilimitadas provocações sociais e econômicas, tanto para os indivíduos e seus familiares, como para as empresas. A patologia apresenta incômodos de diversas natureza, sociais, econômicas, sanitárias aos seus portadores e é um dos fatores de afastamento temporário e até permanente ao trabalho, se não monitorada de forma adequada. Apresenta-se, ainda, como um dos principais fatores de risco ao óbito precoce.

Adverte-se, pelos achados do estudo, que a Caixa de Assistência Médica precisa investir mais e melhor em programas de gerenciamento de risco – prevenção primária da doença e em gerenciamentos de casos – prevenção secundária, sob pena de comprometer seriamente a gestão eficaz do seu plano, uma vez que se observa pela Figura 4.1 o crescimento exponencial do diabetes entre os associados do plano que variou de 8,1 a 13,9 entre 2000 e 2004.

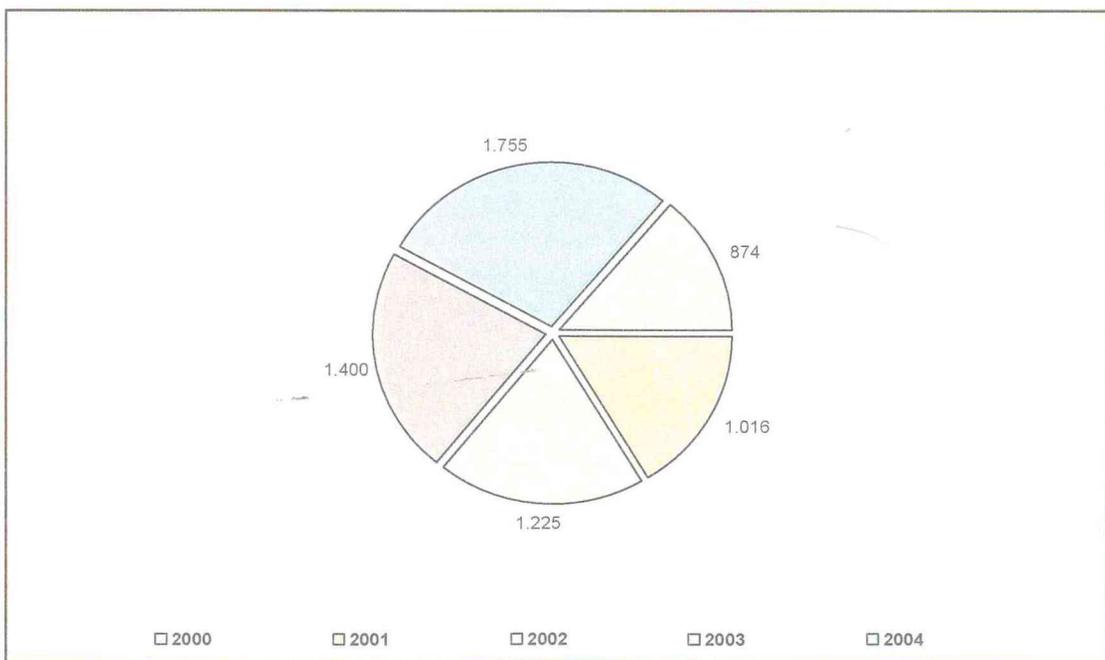


Figura 4: Número de Associados com Diabetes existentes no Distrito Federal . CAM.

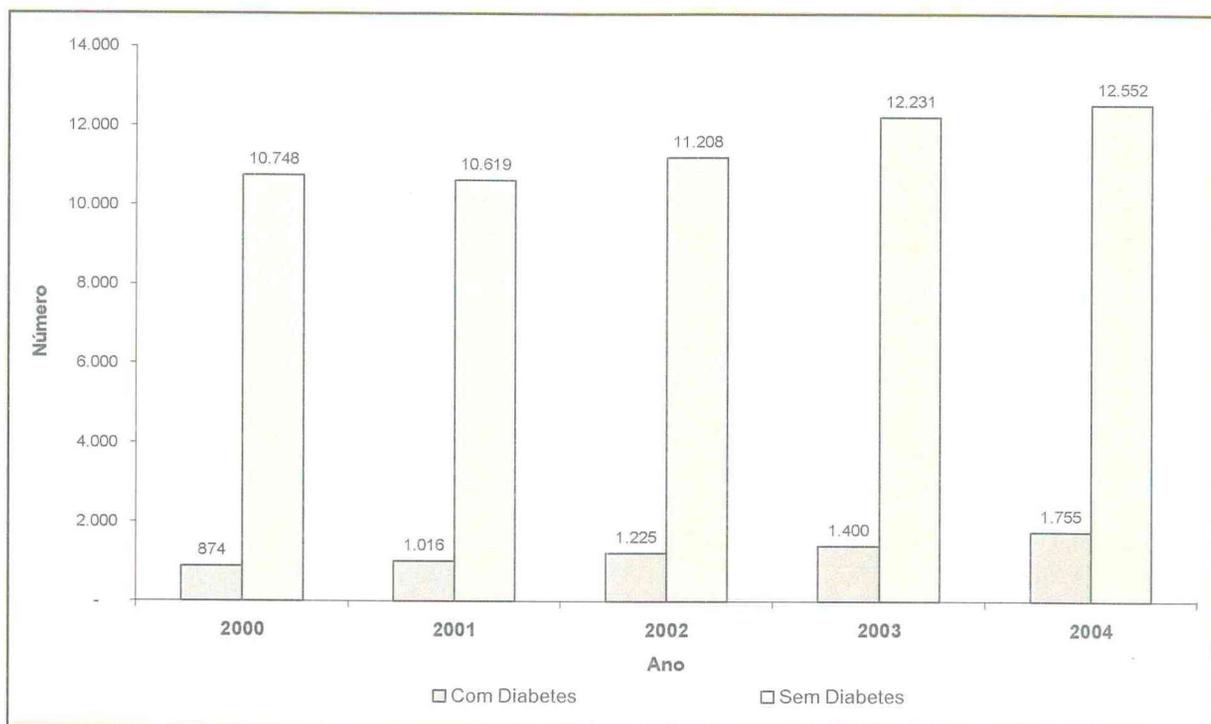


Figura 4.1: Proporção de Associados com Diabetes em relação à população total do Distrito Federal. CAM.

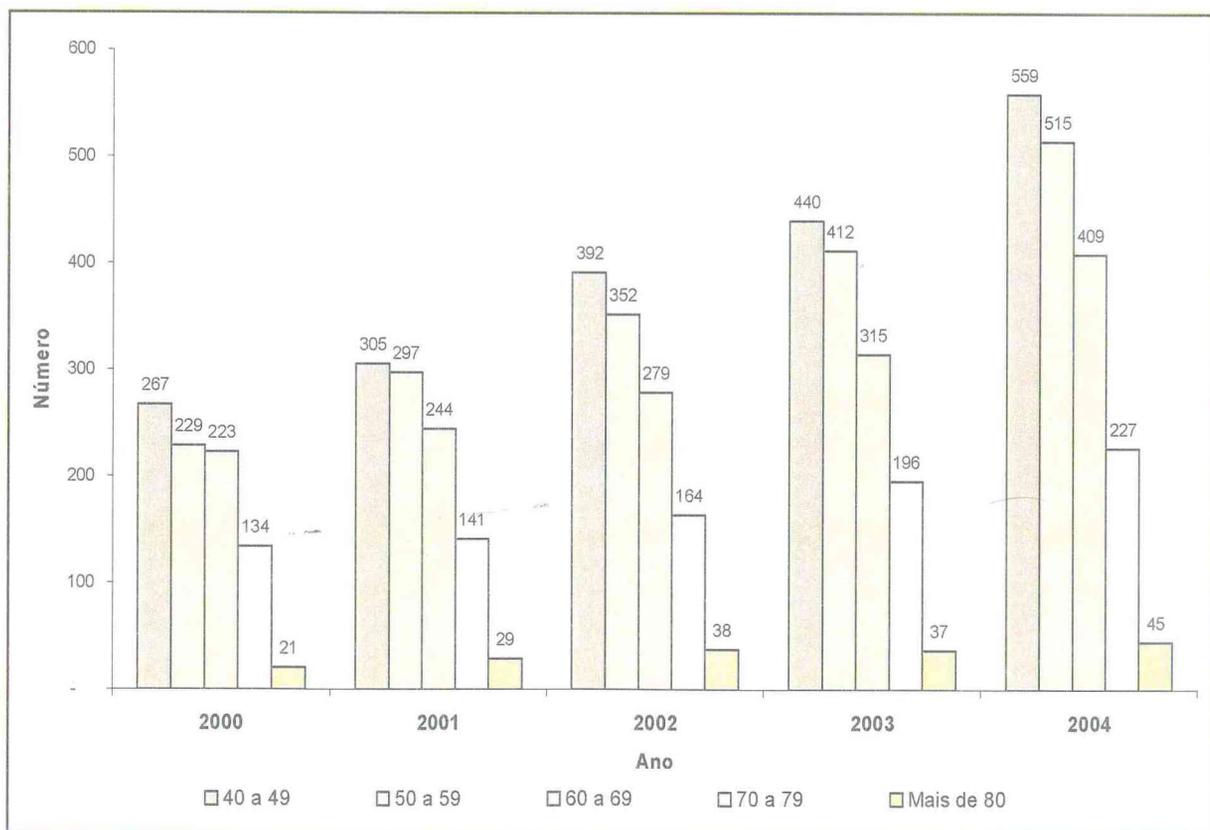


Figura 4.2: Número de Associados com Diabetes por faixa etária. CAM.

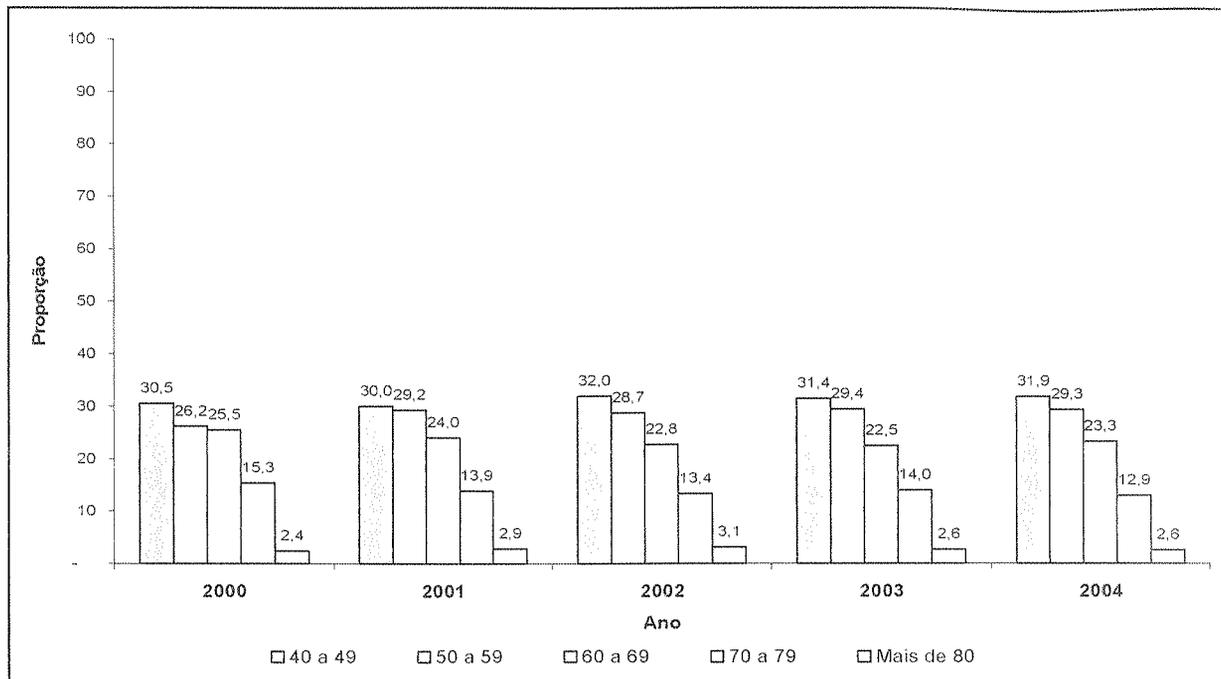


Figura 4.3: Proporção de Associados com Diabetes por faixa etária. CAM.

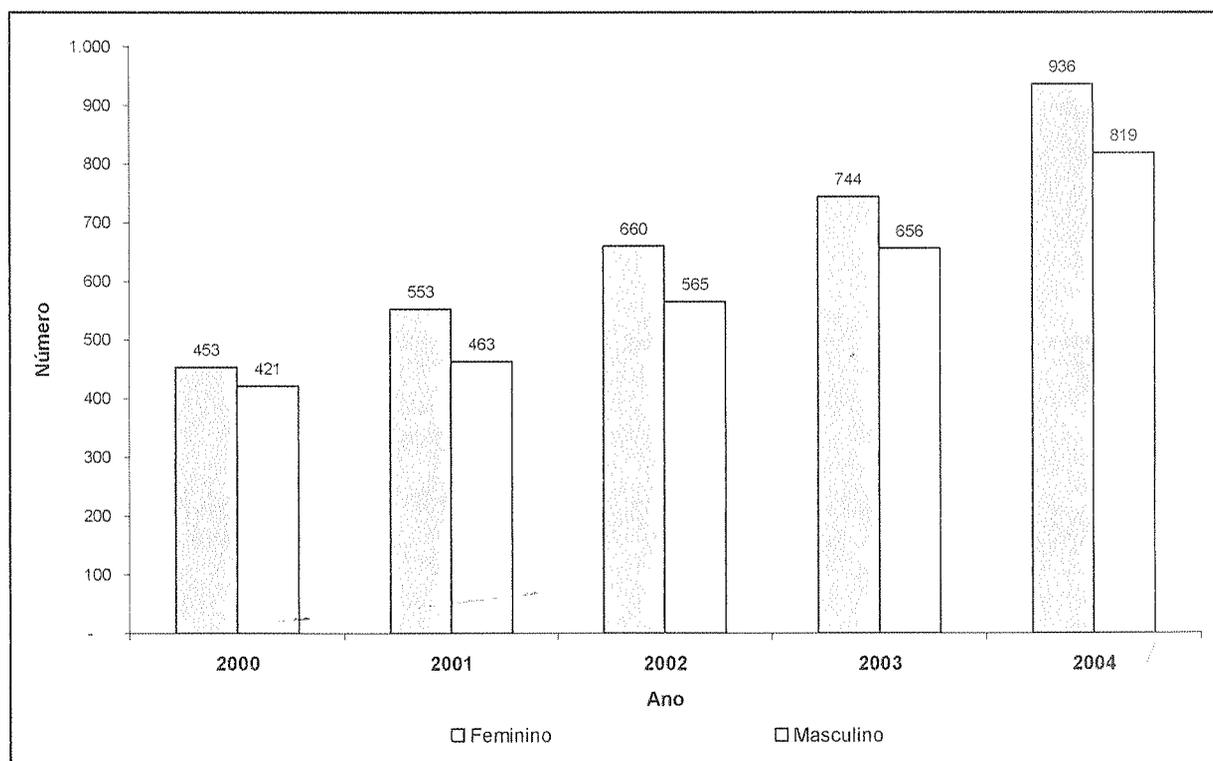


Figura 4.4: Número de Associados com Diabetes por sexo. CAM.

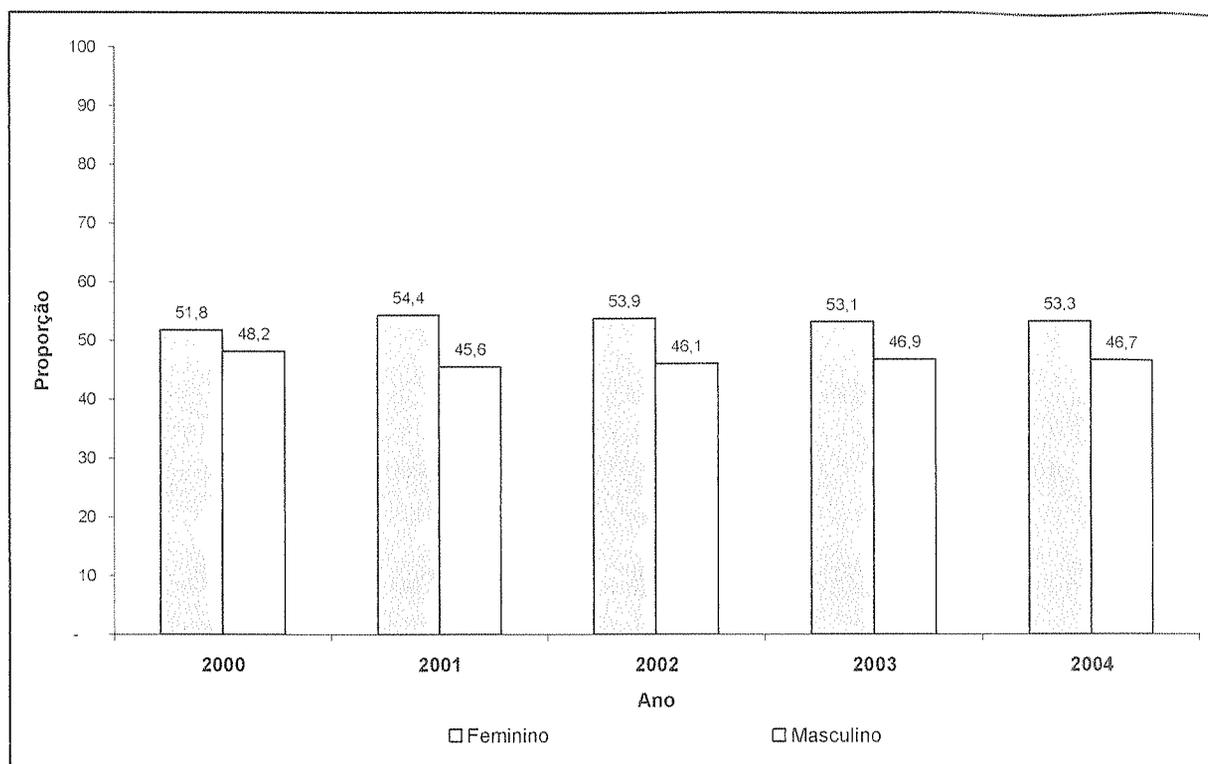


Figura 4.5: Proporção de Associados com Diabetes por sexo. CAM.

5.2.3 Uso dos serviços de assistência pelos diabéticos da Caixa de Assistência Médica, residentes no Distrito Federal:

Neste bloco dos resultados, será analisado o perfil de consumo de serviços médico-assistenciais pelos diabéticos, em 2004. A avaliação se dividirá em três blocos da assistência:

a) consultas médicas ambulatoriais; b) exames e c) internações.

5.2.3.1 Em relação às consultas médicas ambulatoriais:

a) RESULTADOS:

Os diabéticos apresentaram uma frequência geral de 9,45 consultas / associado / ano (Tabela 4). Na faixa etária de 70-79 anos, o uso de serviços médicos ambulatoriais foi ainda

maior – 10,9 consultas / associado / ano, reduzindo, de forma pouco significativa entre os doentes com idade acima de oitenta anos. As mulheres, de fato, utilizaram mais serviços (Tabela 4.1) apresentando índice de 1% a mais que os homens. O quantitativo mensal de consultas realizadas através do plano de associados, apenas para atender aos diabéticos foi de 1.382. Com a frequência média de 9,45 consulta / associado / ano, projeta-se que a cada um mês e meio em média, os diabéticos frequentaram pelo menos uma vez, os serviços médico-ambulatoriais oferecidos pelo plano.

b) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

O Ministério da Saúde, pela Portaria GM nº 1101/2002 recomenda que a frequência de consultas / habitante / ano deve se manter entre os índices de 2,5 a 3 por usuário do SUS. O CIEFAS / UNIDAS, em pesquisa realizada junto às autogestões do país, apurou que, em média, as empresas de planos de assistência à saúde oferecem 4,5 consultas / beneficiário / ano (UNIDAS,2005). Comparando com os achados do estudo relativamente aos diabéticos, percebe-se que a frequência de consultas desses pacientes é mais de duas vezes ao que resultou a pesquisa da UNIDAS e três vezes mais ao parâmetro máximo recomendado pelo Ministério da Saúde.

Questiona-se: caso os diabéticos pertencentes à Caixa de Assistência Médica não dispusessem de cobertura por plano de saúde, como estaria a frequência dos mesmos aos serviços de saúde disponíveis no Sistema Único de Saúde? Apenas para fomentar a reflexão, é factível ao SUS absorver esta demanda, triplamente superior aos parâmetros de cobertura assistencial pelo próprio SUS recomendada? Evidentemente, o fato de estarem cobertos por um plano de saúde pelo qual contribuem, tende a provocar nos associados uma maior

utilização dos serviços médicos hospitalares, independente da portabilidade de doenças, mas no caso específico do diabetes *mellitus*, sabe-se que a dependência dos serviços de saúde é real e, possuir um plano de saúde, torna-se apenas uma medida de segurança dos associados a que Andreazzi se referiu como sendo a proteção da universalidade excludente que está embutida na prática de gestão do Sistema Único de Saúde, ratificada pelo processos regulatórios impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9.656/98) que impede as restrições contratuais dos planos de saúde em relação à frequência de utilização e especificidade das áreas de cobertura assistenciais .

Os achados do estudo podem assim contribuir, para o redesenho das parcerias público - privada no sistema de saúde no Brasil, na medida em que, preservados determinados usos abusivos, subsidiam a amostragem das consequências assistenciais das doenças crônicas, representada pelo estudo do diabetes *mellitus* .

Os gráficos a seguir, ilustram os dados encontrados no estudo.

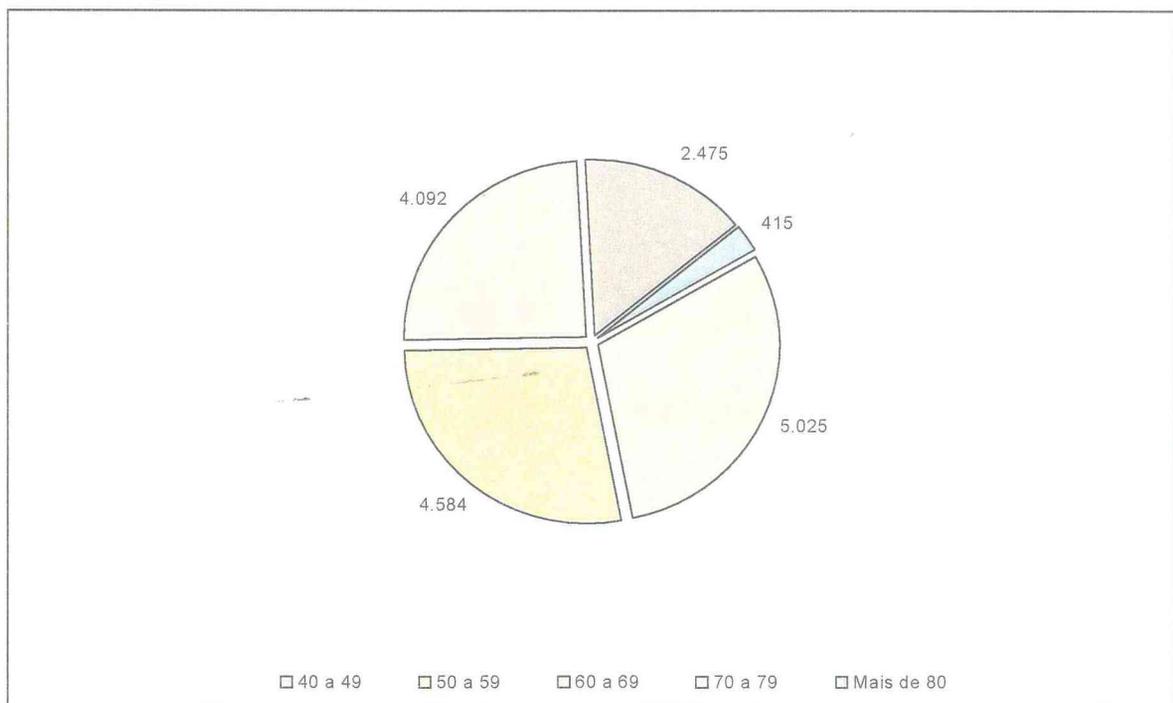


Figura 5: Total de consultas realizadas pelos Associados com Diabetes, segundo faixa etária. CAM.

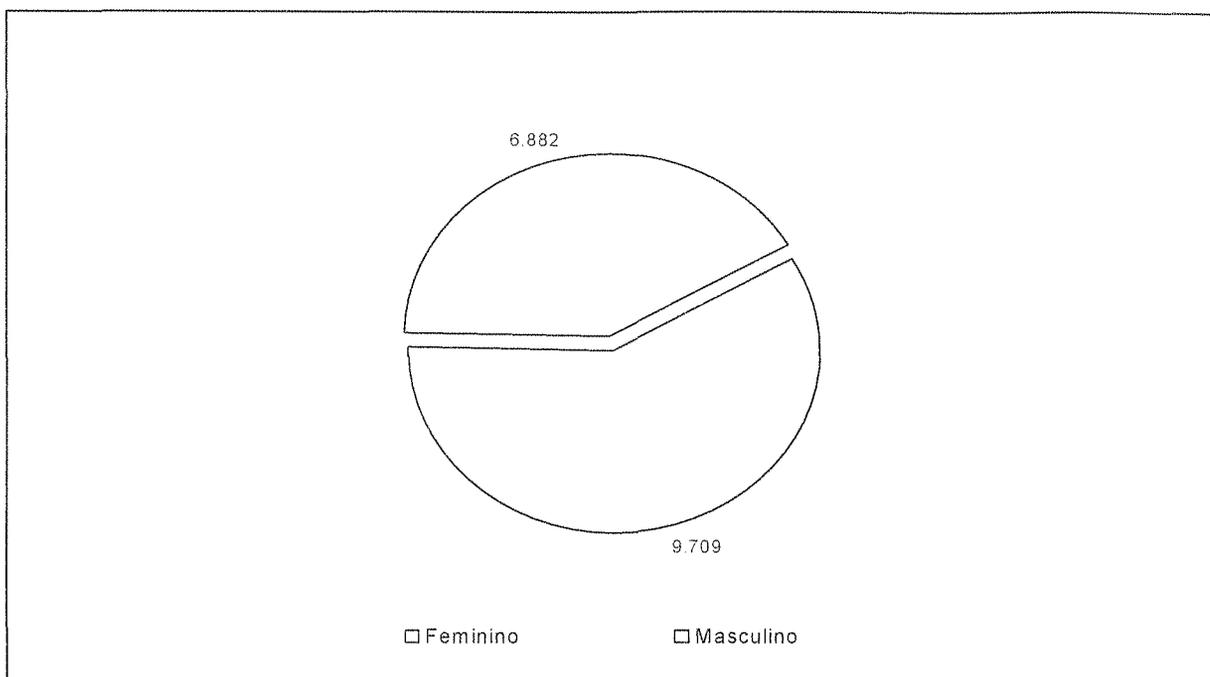


Figura 5.1: Total de consultas realizadas pelos Associados com Diabetes, segundo sexo. CAM.

5.2.3.2 Em relação aos Exames Ambulatoriais:

a) RESULTADOS:

Em média, os diabéticos fizeram no ano de 2004, 49,87 exames / associado / ano. Dos exames realizados, 98,41% foram feitos em regime ambulatorial e apenas 1,58% em regime de internação.

A população de diabéticos compreendida pelas faixas etárias entre 60-69 e 70-79 anos apresentaram freqüência de 52,17 e 59,87 de exames (ambulatorial somado ao hospitalar), respectivamente. Mais uma vez as mulheres tiveram maior freqüência que os homens no

consumo de exames, justificando, em parte a lógica mostrada no consumo de consultas médicas.

Em relação à frequência de exames, os diabéticos da caixa de assistência médica, surpreendem quaisquer expectativas do mercado. A pesquisa realizada pela CIEFAS / UNIDAS (www.unidas.org.br) em 2003-2004 mostrou uma frequência inversa aos achados no estudo. Para a UNIDAS, os beneficiários de planos de saúde do segmento da autogestão fizeram em média 11,60 exames / beneficiário / ano, sendo 2,3 exames / consulta ambulatorial e 46,16 exames / internação.

b) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

Pelos resultados obtidos, neste estudo, há que se avaliar pelo menos quatro hipóteses:

1) Os dados recolhidos podem apresentar *vieses* da pesquisa, derivados da precária modelagem do sistema de informação utilizado, pois as empresas de planos de saúde, em geral, reúnem dados de utilização sobre instrumento de cobrança e estão se profissionalizando ainda para o instrumento epidemiológico;

2) A frequência de internações encontradas pela população dos associados sugere a manutenção inapropriada do paciente neste regime assistencial;

3) O controle de qualidade na gestão dos planos de saúde está submetido aos limites do próprio modelo utilizado no sistema de informação. Percebe-se que o uso de indicadores, tecnicamente construídos, ainda é incipiente neste segmento, sugerindo pouco uso das informações como base na tomada de decisões;

4) As internações hospitalares, na maioria dos planos de saúde, são negociadas e registradas, por eventos e / ou por “pacote”, impedindo, o conhecimento preciso do quantitativo de serviços e insumos utilizados pelos pacientes internados.

Ao discutir as três hipóteses, tem-se que:

a) *Quanto ao sistema de informações*: como já foi referido neste estudo, a maioria das empresas que operam plano de saúde ainda não se preocuparam, efetivamente, com a questão da informação para fins de amparo à gestão de melhor qualidade e maior controle. O sistema em uso de quase todas as empresas deste segmento compreende um *pool* de instrumentos que capta o ato ou serviço de quem o produziu. Desta forma, os exames realizados sobre os pacientes são cobrados pelos laboratórios que realizaram o procedimento e apresentados à operadora em guias de cobrança separadas. Os laboratório, habitualmente, são as instâncias da assistências que mais se modernizaram em termos de tecnologia operacional e cobram o evento realizado em até 24 horas da sua realização. Os hospitais e médicos são menos ágeis no processo de cobrança. A conta hospitalar é submetida à revisão e auditoria, o que geralmente não ocorre com os laboratórios. No caso dos pacientes com diabetes, os exames a que se submetem são, com raras exceções, de baixa complexidade e estão limitados ao grupo de Patologia Clínica que apresentam um baixo custo, o que determina, para a maioria das operadoras, não controlar o uso destes serviços. Entretanto, essa visão focada apenas para gasto individualizado e preço dos produtos contratados, tem levado, tanto o SUS quanto o setor privado, a terem perdas significativas de receitas no financiamento de exames do referido grupo de patologia. Estudos de gastos realizados por alguns departamentos do SUS concluíram que a Patologia Clínica lidera em agrupamento, o maior custo tanto da atenção ambulatorial como hospitalar.

Por outro lado, a inexistência de um sistema de informação que vincule todos os procedimentos de atenção assistencial utilizados pelos beneficiários da saúde suplementar desequilibra as contas do setor. As seguradoras já perceberam isto e estão à frente de todos os

demaís segmentos do setor privado, investindo em tecnologia da informação para avaliar onde deverão atuar para equilibrar sua saúde financeira.

b) *Quanto à pertinência da internação*: os dados recolhidos (Tabela 6) corroboram com a primeira hipótese. Observa-se, pelo estudo, que a frequência de exames / internação está desequilibrada, permitindo deduzir que em 31 internações realizadas pelos diabéticos do plano, foi realizado apenas um exame.

c) *Falta controle de qualidade na gestão da informação*: a falta de controle passa pela escassa experiência da maioria das empresas do segmento da saúde suplementar em lidar de forma sistematizada com a informação. A gestão da informação ainda está longe de ser efetivamente tratada como área estratégica da qualidade administrativa e da eficiência gerencial dos planos de saúde. O perfil do mercado privado de saúde, no Brasil, trata a informação em saúde como um conjunto de insumos consumidos pelos associados do plano, cabendo às operadoras apenas “pagar a conta”. A grande maioria das empresas do setor privado de saúde não realiza uma auditoria médica sistematizada nas contas apresentadas pelos prestadores contratados. Neste aspecto, o SUS, encontra-se, muito mais avançado. Esta realidade está tão presente, neste mercado, que de acordo com o relatório de análise setorial do sistema privado de saúde, elaborado anualmente por uma empresa de consultoria de abrangência internacional : consultas e exames “fantasmas” estão alertando as operadoras para investir em modernização tecnologia para melhor gerenciar as informações (Asis, 2005).

d) *Negociação por “pacote”*: a negociação na prestação de serviços por “pacote” corresponde, no SUS à conta global sob a qual está montada a Tabela de Referência de Preços do Sistema Único de Saúde. Também seguindo esta linha de pensamento, as operadoras de planos de saúde buscam embutir em um valor global negociado, produtos, serviços, taxas

derivada da assistência prestada aos seus beneficiários. Entretanto, nas empresas do segmento privado de saúde, o convencimento dos prestadores de serviços a vender serviços “empacotados”, é uma ação de resultados muito parciais e de negociação extremamente complicada, o que reduz a eficácia dos indicadores, inclusive nos resultados mostrados pelo estudo.

As figuras mostradas na seqüência a seguir ilustram os achados do estudo.

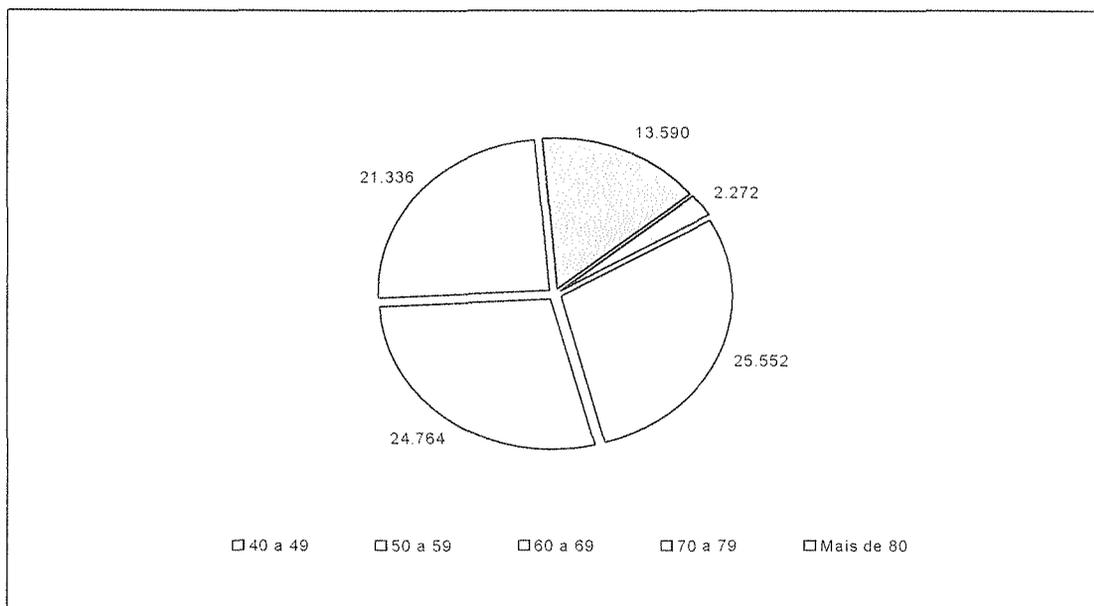


Figura 6: Total de exames realizados pelos Associados com Diabetes, segundo faixa etária. CAM. 2004

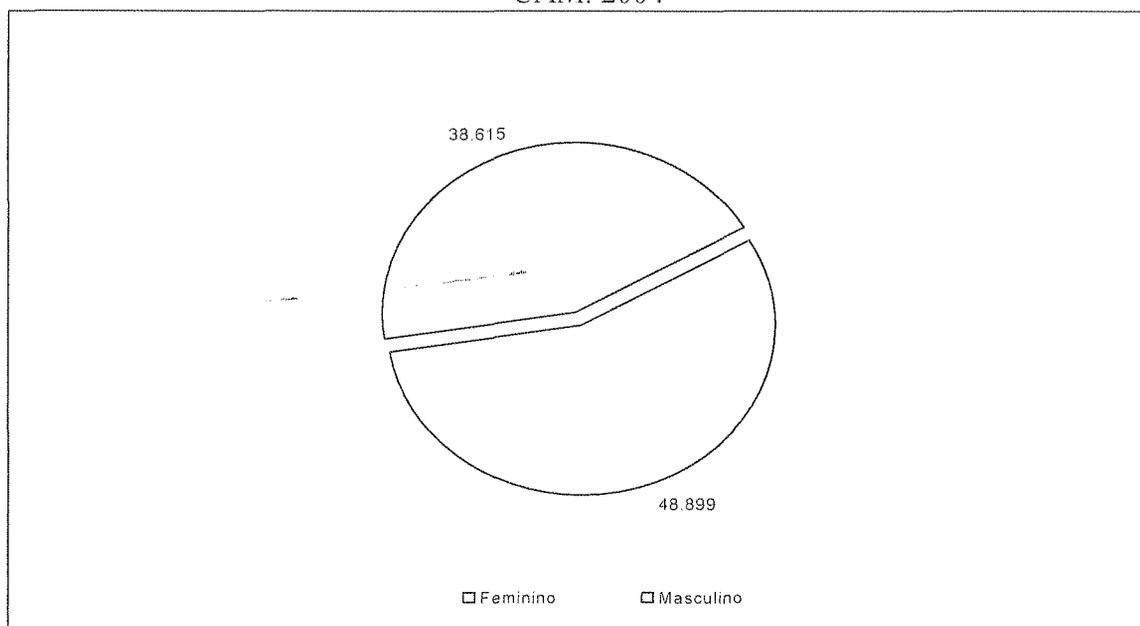


Figura 6.1: Total de exames realizados pelos Associados com Diabetes, segundo sexo. CAM. 2004

5.2.3.3 Em relação às internações hospitalares:

a) RESULTADOS:

Observa-se, pelos resultados do estudo, que as internações hospitalares foram mais freqüentes na população acima de setenta anos. O quantitativo registrado na Tabela 6, corresponde ao número de dias em que os pacientes diabéticos estiveram internados em 2004.

Obtém-se ainda que, em média, os diabéticos acima de 70 anos estiveram 47,8 dias internados em 2004. Não se afasta a possibilidade de que pacientes mais agravados tenham permanecido mais tempo em regime de hospitalização. Os diabéticos compreendido pela faixa etária de 60-69 anos ficaram um dia a menos hospitalizados em relação aos do intervalo entre 40-49 e 50-59 que em média ficaram 20,9 dias internados. O quantitativo de dias de internação neste intervalo foi exatamente igual, conquanto dos 60-69 anos foram 19,9 dias de internação.

b) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

A taxa de permanência hospitalar dos diabéticos pode ser considerada alta, mostrando-se muito superior aos registros disponíveis no sistema de informações do SIH-SUS, os quais referem 7,5 dias / ano como tempo médio de permanência de doentes crônicos - idade avançada (www.datasus.gov.br).

Em pesquisa sobre uso dos sistemas de saúde, a CIEFAS / UNIDAS (www.unidas.org.br) revelou que o tempo médio de permanência nas empresas de autogestão

que participaram do estudo, foi de 3,5 dias / ano, no mesmo período em que se analisou os dados desta caixa de assistência médica. Esta informação serve apenas como referencial de uso dos serviços de saúde no sistema suplementar de modo geral, não cabendo comparações precisas entre a UNIDAS e os achados deste estudo, pois a UNIDAS não pretendeu investigar o comportamento dos doentes crônicos.

O gráfico, a seguir, mostra o total de dias internados segundo a faixa etária dos portadores de diabetes da caixa de assistência médica, durante o ano de 2004.

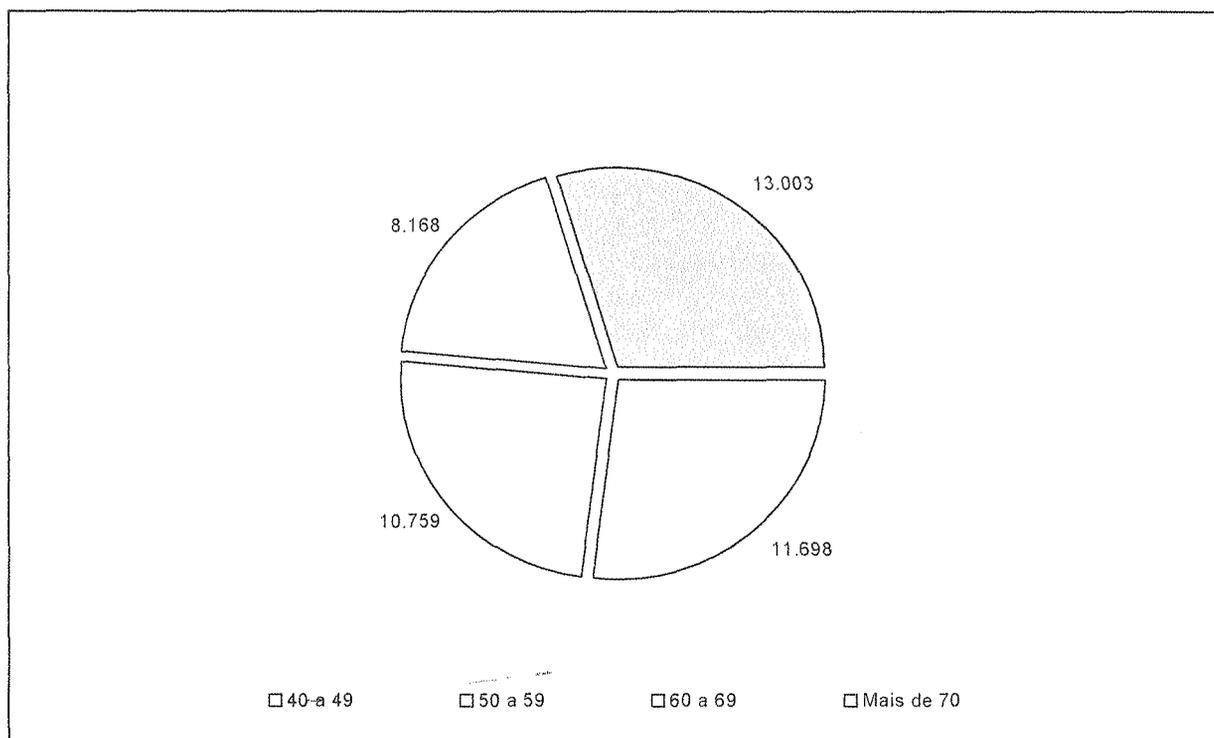


Figura 7: Total de internações realizadas pelos Associados com Diabetes, segundo faixa etária. CAM.

5.2.4 Gastos com a assistência ambulatorial prestada aos diabéticos da Caixa de Assistência Médica no Distrito Federal:

5.2.4.1 Em relação à assistência de apoio diagnóstico e terapêutico dos portadores de diabetes:

a) RESULTADOS:

Na avaliação de gastos com a assistência, o estudo permitiu apurar o gasto financeiro com consultas e exames; estes últimos analisados também sobre o atendimento hospitalar prestado aos diabéticos da caixa de assistência médica.

Os achados revelaram (Tabela 5.2) que foram gastos em 2004, R\$ 2.697.634,67 (dois milhões, seiscentos e noventa e sete mil, seiscentos e trinta e quatro reais e sessenta e sete centavos, apenas com a cobertura de exames sobre os diabéticos. Deste montante, 97,59% foram para cobrir exames realizados no nível ambulatorial e 2,4% para internação. Os achados confirmam a frequência de exames ambulatoriais em relação aos hospitalares e denotam que os gastos acompanham a mesma incidência.

Os cruzamentos realizados com os achados do estudo permitem aferir que, embora os pacientes compreendidos pela faixa etária de 60-69 anos fiquem um dia a menos internados em comparação com os pertencentes aos demais grupos etários, eles gastam mais com exames hospitalares do que aqueles com idade inferior a 69 anos. O gasto de exames com pacientes acima de 79 anos revelou-se duas vezes e meia maior que os da faixa de 60-69, sugerindo que os agravos do diabetes e a co-morbidade em pacientes muito idosos é de altíssimo custo para o sistema de saúde.

Em relação aos exames ambulatoriais, as faixas etárias dos intervalos de 40-49 anos e de 50-59 são as que mais utilizam os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

O sexo feminino gasta mais que o masculino em ambulatório (Tabela 5.2); entretanto, os homens gastam quase três vezes mais que as mulheres quando internados.

b) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

Os gastos com internações hospitalares, especialmente quanto à cobertura assistencial aos portadores de doenças crônicas, exigem grande gasto financeiro por parte do sistema de saúde no Brasil, tanto em relação à saúde privada quanto em relação à saúde pública. Este trabalho não teve como objetivo contemplar os gastos com a assistência hospitalar, pois este tipo de avaliação estaria comprometida pelo *viés* da obrigatoriedade legal do ressarcimento ao SUS (Lei 9656 / 98) - assistência hospitalar concentra a maior demanda produtiva de processos de ressarcimento ao SUS.

Recomenda-se, pelos resultados obtidos, que sejam realizadas estratégias de gerenciamento de risco como alternativas no atendimento aos crônicos com alta permanência hospitalar e gastos aumentados, visando a melhor gestão da “sinistralidade” verificada entre os pacientes idosos, como a adoção de internação domiciliar, por exemplo.

As figuras 8 e 8.1 mostram as distribuições de gastos por faixa etária e por sexo, respectivamente, na assistência de apoio diagnóstico e terapêutico aos portadores de diabetes, no ano de 2004.

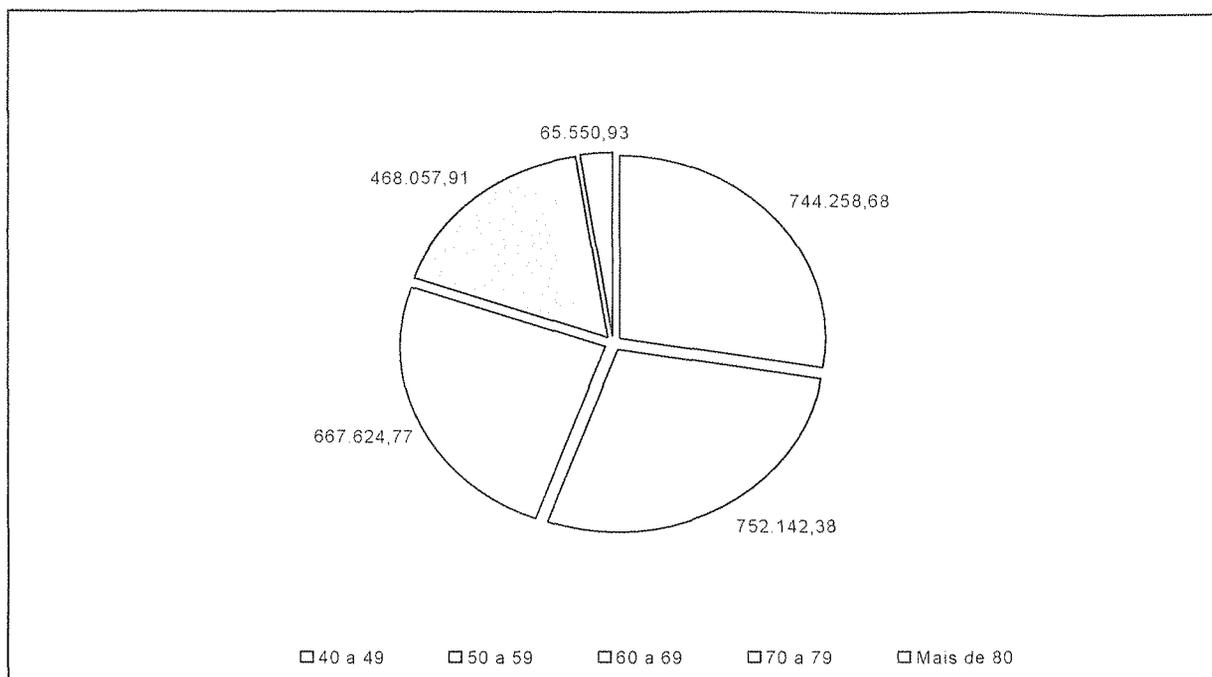
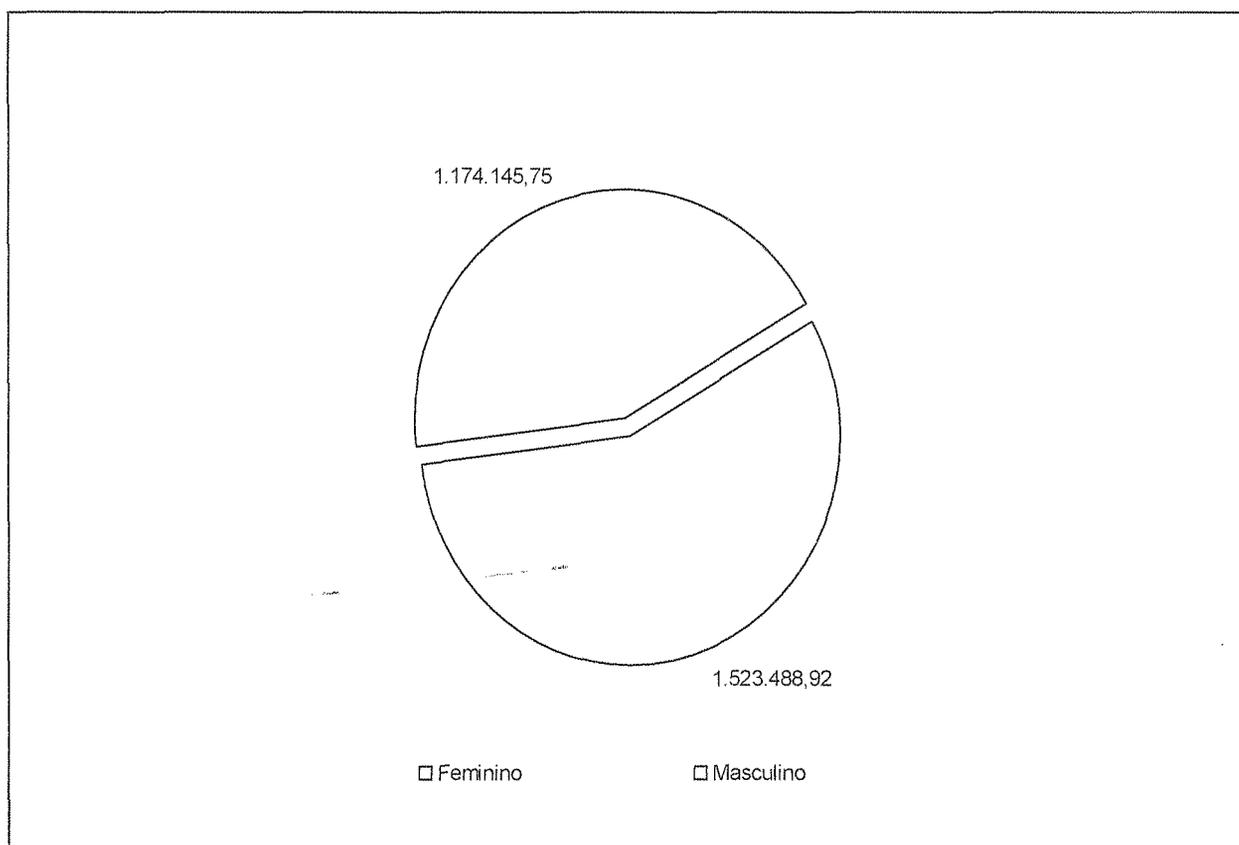


Figura 8: Gasto produzido com exames pelos Associados com diabetes, segundo faixa etária .
CAM. 2004



Figuras 8.1: Gasto produzido com exames pelos Associados com diabetes por sexo.
CAM.2004

5.2.4.2 Em relação às consultas ambulatoriais dos portadores de diabetes:

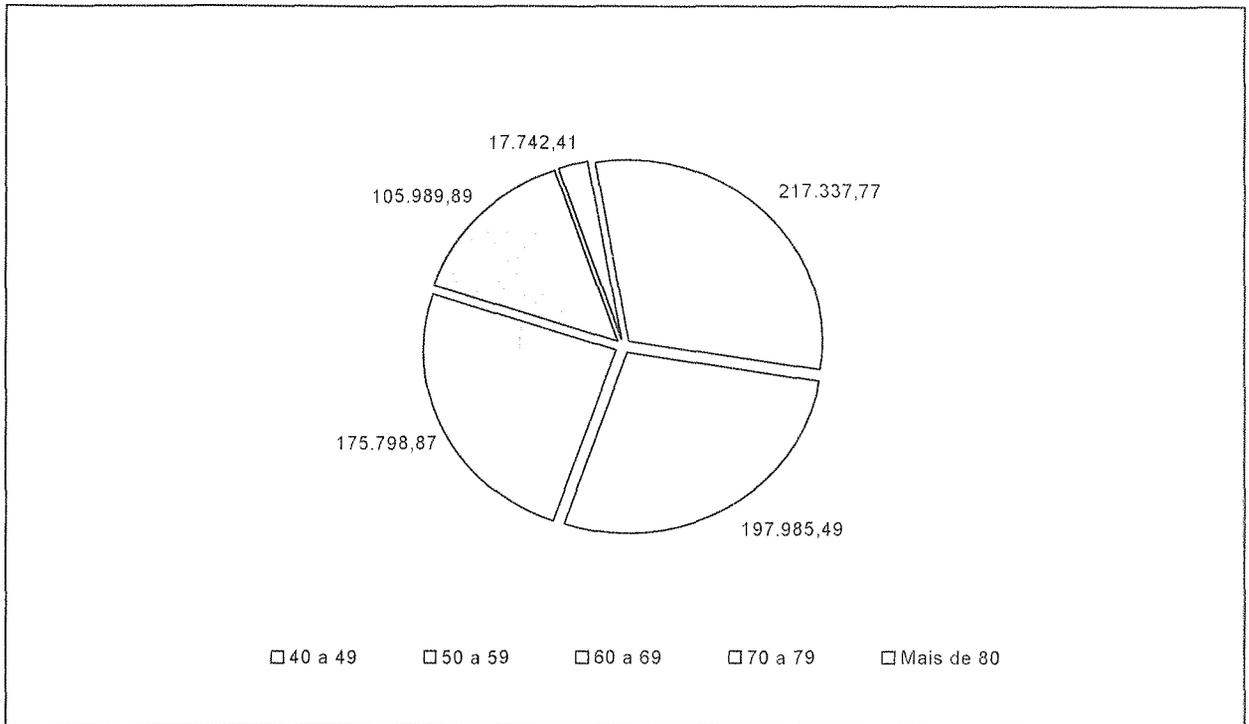
a) RESULTADOS:

Observa-se que na faixa etária de 40-49 anos predominam, consideravelmente os gastos por consultas. Nota-se ainda que as mulheres, por utilizarem mais estes serviços, também acabaram provocando maiores gastos.

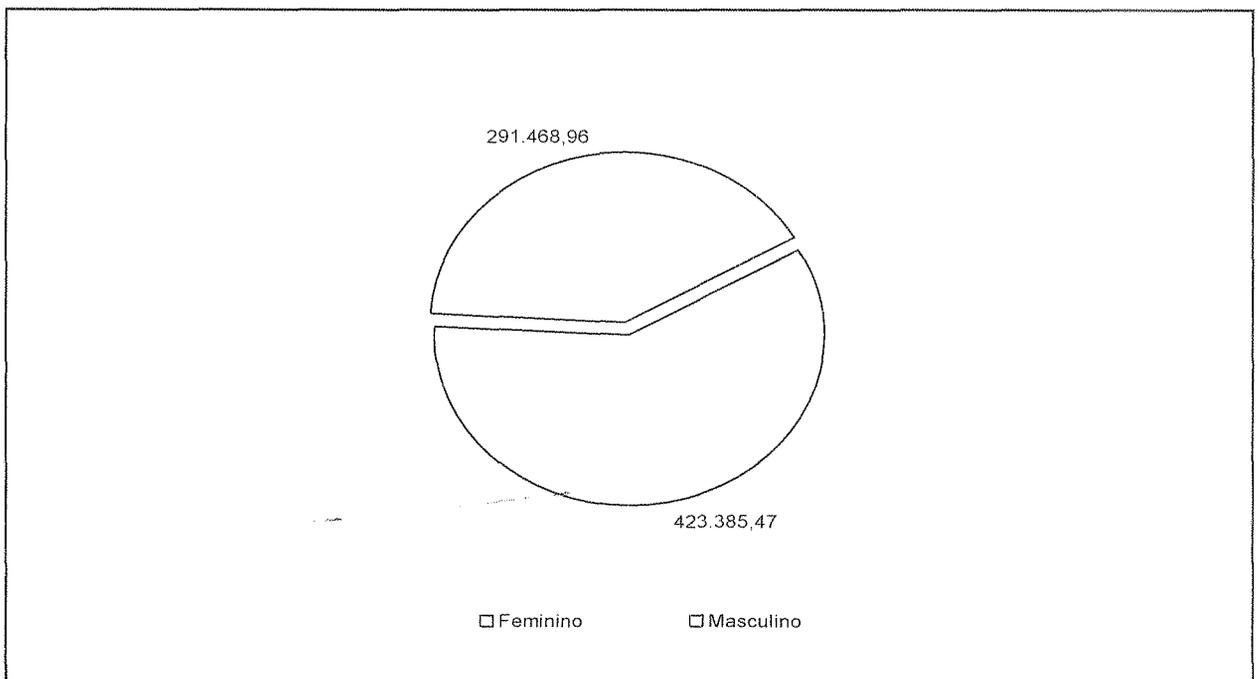
Em média, a CAM gastou, somente em 2004, R\$ 43,08 / consulta e R\$ 30,82 / exame.

Os gastos com os diabéticos no Distrito Federal de consultas e exames (ambulatoriais + hospitalares), custaram ao plano de saúde, R\$ 3.412.489,10 (trem milhões, quatrocentos e doze mil, quatrocentos e oitenta e nove reais e dez centavos) . Estes mesmos associados produziram uma receita global de R\$ 2.436.712,20 (dois milhões, quatrocentos e trinta e seis mil, setecentos e doze reais e vinte centavos). Demonstram, em 2004 apenas com a avaliação dos gastos parciais, uma “sinistralidade” de 140,04%, conforme demonstra a Tabela 5.2 do anexo. Isto implica em afirmar que os associados não diabéticos estão tendo que contribuir em mais de 40% para compensar a relação receita / despesas dos portadores de diabetes na Caixa de Assistência Médica. Um estudo mais aprofundado e prospectivo demonstraria os possíveis agravos da saúde financeira do plano, se persistir a alta frequência dos pacientes aos serviços de saúde no decorrer de-curto período de tempo, apenas com o atendimento aos diabéticos.

Os gráficos a seguir mostram, respectivamente, os gastos produzidos pelos diabéticos nos itens de despesas selecionados no estudo, bem como a distribuição por gênero destes mesmos gastos.



Figuras 8.2: Gasto produzido com consultas pelos Associados com diabetes, segundo faixa etária . CAM. 2004.



Figuras 8.3: Gasto produzido com consultas pelos Associados com diabetes, por sexo. CAM. 2004

b) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

A taxa de “sinistralidade” parcial observada em relação aos portadores de diabetes na CAM está exigindo que os associados não diabéticos compensem os gastos dos portadores da doença e agravando a situação de desequilíbrio do plano. Caso os dados referentes ao gasto com despesas assistenciais hospitalares totais tivessem sido inseridos nesta pesquisa, a taxa de “sinistralidade” se mostraria ainda mais assustadora.

A situação enfrentada pela empresa não difere em muito do que se tem observado no mercado privado de saúde e os referenciais teóricos mostraram a agonia em que estão sobrevivendo as empresas de planos de saúde. Mais uma vez, não se pode ignorar a importância e a participação do setor privado no atendimento aos doentes crônicos no país. Os gastos gerados por estes doentes, tendo o setor privado como amostra, se projetados para o Sistema Único de Saúde iriam, sem dúvida, evidenciar, ainda mais a tão propalada e real escassez de recursos financeiros destinados ao sistema nacional de saúde.

Enfim, pelo estudo, realizou-se apenas à título de comparação, os achados com os registros até então obtidos sobre a prevalência de diabetes no Sistema Único de Saúde, conforme tabelas 6 e 6.1.

Nota-se que, em relação à capacidade operacional do SUS para monitoramento e descoberta de casos novos da doença na pesquisa realizada junto ao Sistema de Informações de Diabetes e Hipertensão – HIPERDIA (www.datasus.gov.br/hiperdia), o quantitativo de pacientes registrados pelos SUS está sub-notificado e mostra notórias inconsistências. Em

que pese que o sistemas de informações do setor privado precisa ser aprimorado, a mesma recomendação deve ser considerada pelo setor público.

E ainda, mesmo não objetivando análise comparativa, os dados do SUS / DF não deixam, todavia, de reafirmar a importância das parcerias público - privada, tanto no que diz respeito à assistência aos pacientes crônicos e, em especial aos diabéticos, como em relação ao reconhecimento da prevalência de doenças que hoje desafiam o sistema nacional de saúde.

CONCLUSÕES:

Do SUS à autogestão, procurou-se, neste estudo, conhecer o perfil de beneficiários de uma Caixa de Assistência Médica no Distrito Federal, elegendo o diabetes *mellitus* como o eixo de conexão entre as práticas dos modelos assistenciais atualmente adotados pelo SUS e pelos modelos assistenciais adotados pelo setor privado de saúde (autogestão).

Assim, pretendeu-se levar o conhecimento científico da importância das doenças crônicas não transmissíveis no contexto atual do sistema nacional e internacional de saúde, de uma forma inovadora, ligando universidades acadêmicas às práticas mercadológicas empresariais, através da descrição do impacto financeiro global e na sobrevivência da população brasileira, afim de estreitar o relacionamento e atuar de uma forma parceira e complementar, como forma de solucionar a problemática da gestão de saúde brasileira.

A pesquisa quanto à incidência e prevalência do diabetes na Caixa de Assistência Médica foi realizada com foco no universo de associados, residentes no Distrito Federal, que realizaram, ao menos, um exame de hemoglobina glicosilada / ano e mostram que a doença apresenta forte tendência à evolução: 8,13% diabéticos em 2000; 9,6 em 2001; 10,9 em 2002; 11,4 em 2003 e de 13,9% em 2004.

Na estratificação dos diabéticos por gênero, o estudo conclui que entre as mulheres, foram encontradas proporções maiores da doença em comparação aos homens.

A prevalência da doença reforça o referencial teórico dando conta de que, de fato, os diabéticos da Caixa de Assistência Médica estão concentrados entre as populações compreendidas nos intervalos de 40-49 e de 50-59 anos.

Estudos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde projetaram que a prevalência do diabetes no Distrito Federal deveriam estar na margem de 5,2%, este trabalho revelou que, no âmbito da caixa de assistência médica, a incidência detectada sobre os casos de diabetes é bem superior às estimativas apontadas. Os dados coletados pelo estudo não asseguram possibilidades de expansão para todo o conjunto populacional do DF, por isto deve-se ter o cuidado necessário diante das perspectivas de comparação entre os achados no universo pesquisado e a população geral do DF.

Os portadores de diabetes da Caixa de Assistência Médica utilizam-se dos serviços e recursos de saúde muito mais do que os usuários do SUS, em geral. Embora não haja na literatura do sistema público de saúde nenhuma referência homologada sobre a frequência aos serviços de saúde dos portadores de diabetes, o estudo mostrou que, no âmbito do sistema privado avaliado, as condições favoráveis de acesso com o gasto direto dos seus beneficiários garante um maior atendimento da demanda por serviços e ações de saúde. No caso dos diabéticos, o estudo revelou que, em média o número de consultas ambulatoriais utilizadas, em 2004, pelos associados foi de 9,4, subindo para 10,9 na faixa etária acima de 70 anos e reduzindo a partir dos 80 anos. As mulheres utilizam os ambulatórios e consultórios médicos mais que os homens, embora a variação tenha sido pouco significativa, diferença de apenas 1% daquelas em relação a estes.

Pelos resultados do estudo, concluiu-se que a cada um mês e meio, os pacientes diabéticos procuram os serviços ambulatoriais para se submeterem à consulta médica.

Os parâmetros de cobertura recomendados pela PT / GM 1101/02 admitem que, em média, os usuários do SUS procuram os serviços de saúde 2,5 a 3 vezes ao ano. No caso da caixa de assistência, os achados superam em, pelo menos, 300% aos parâmetros gerais de cobertura recomendados pelo SUS.

Os diabéticos da Caixa de Assistência médica também realizam mais exames, apresentando frequência de 49,87 por associado. Dos exames realizados, 98,41% foram feitos em regime ambulatorial. A frequência de exames se altera em relação ao gênero dos diabéticos, os homens utilizaram mais este serviço do que as mulheres.

Quanto às internações, o estudo permitiu aferir que a população acima de 70 anos fica muito mais tempo internada – em média foram 47,8 dias de internação por diabético acima de 70 anos, no ano de 2004. O número de dias de internação cai para 20,9 e 19,9 respectivamente nas faixas etárias 40-59 anos e 60-69 anos.

Em 2004, foram gastos com atendimento aos diabéticos da Caixa de Assistência Médica o montante de R\$ 3.412.489,10 (três milhões, quatrocentos e doze mil , quatrocentos e oitenta e nove reais e dez centavos) com consultas e exames realizados pelos diabéticos compreendidos pela faixa etária acima de 40 anos. O sexo feminino gastou mais que o masculino; entretanto, os homens gastaram três vezes mais que as mulheres quando avaliada a cobertura hospitalar aos pacientes diabéticos. Em média a caixa gastou em 2004, R\$ 43,08 para cobrir cada consulta que os beneficiários fizeram e R\$ 30,82 para cobrir cada exame.

Os gastos com os diabéticos superaram em 40,04% a contribuição destes pacientes para com o plano de saúde, confirmando a altíssima “sinistralidade” da caixa de assistência médica em relação ao tratamento dos portadores de diabetes (140.04%).

A insuficiência ou inexistência de programa de prevenção secundária da doença e a co-morbidade relativa na população idosa do Brasil, conforme relatou a PNAD de 2003, reduzem as expectativas de vida e agravam os gastos com o tratamento dos doentes crônicos.

A assistência prestada aos portadores de diabetes *mellitus* pela caixa de associados pesquisada, não impõe restrição ao atendimento médico-hospitalar dos agravos decorrentes da doença, mesmo diante do convívio com os altos custos ocasionados por recorrências de exames, consultas e internações observadas nestas populações, na medida em que a idade dos associados avança.

O estudo realizado constitui-se como amostra do perfil da doença entre a população acima de 40 anos e reafirma o que as referências bibliográficas aludiram: o diabetes, é um problema de saúde pública que se acelera no Brasil de modo exponencial.

A prevenção primária e secundária da doença tende a ser o caminho para o balanceamento dos custos sociais, econômicos e político - institucionais que a doença acarreta.

A exuberância das doenças crônicas e, em particular do diabetes, no panorama epidemiológico – atual e prospectivo no país exige a reordenação das estratégias de investimento no setor saúde no Brasil. Na queda nas taxas de natalidade, aliada ao aumento da

expectativa de vida dos brasileiros, residem parte do implacável desequilíbrio da balança sócio-sanitária do país. Os brasileiros hoje vivem mais, incorporam e reproduzem, em escala progressiva, hábitos e atitudes do mundo globalizado na era da informação. São sobreviventes de décadas e décadas de ações pouco eficazes e de poucos investimentos na promoção da saúde e na proteção social do cidadão brasileiro. Expostos, exponencialmente, às omissões do passado histórico de baixo investimento em saúde pública, particularmente no período que antecedeu-se ao SUS, o sistema de saúde no Brasil tem, na atualidade, grandes e difíceis desafios a serem enfrentados no campo da saúde pública e privada: controlar a expansão das doenças crônicas não transmissíveis e, ao mesmo tempo, proteger a sociedade na iminência de endemias modernas, são apenas alguns deles.

Ainda que se reconheça que o Ministério da Saúde tem buscado, cada vez mais, exercer o seu papel de gestor máximo do sistema nacional de saúde, os efeitos inesperados com a descentralização operacional e gerencial do SUS, que resultou na divisão de responsabilidades entre estados e municípios, mostram cenários confusos e difusos em relação à efetividade dos princípios norteadores da política de unificação pretendida no âmbito do sistema nacional de saúde. Gestores pouco preparados, incisões político-partidárias das mais variadas matizes ideológicas ou mesmo da total ausência delas, a progressiva e acelerada diminuição de custeio da saúde no Brasil têm, sem dúvida, desconcertado as diretrizes que fizeram da esperança no SUS, a bandeira impávida da sociedade brasileira pela defesa da equidade e da justiça social, da integralidade e da soberania da saúde como direito natural e acessível a todos os brasileiros.

As desigualdades sociais continuam latentes e se renovam, nas contradições entre o público e o privado revelando que, enquanto a população SUS dependente se ressentia na

ineficácia de acesso aos serviços de saúde, os beneficiários dos planos privados de assistência à saúde mostram uma exagerada frequência no uso das ações e serviços de saúde sob a máxima de que, se pagam pela assistência, tem que utilizá-la.

As iniquidades sociais e assistenciais derivadas do paralelismo existente entre o público e o privado, revelaram que enquanto o SUS, pela estratégia de rastreamento do diabetes *mellitus*, realizada em 1996 pelo Ministério da Saúde em todo o país, mostra quem são os doentes, o setor privado lida, muitas vezes, com nítida ineficácia gerencial, com taxas alarmantes de “sinistralidade” destas mesmas doenças, e se mantém subordinados, majoritariamente, a modelos de assistência centrados no cuidado individualista da prática médico-hospitalar.

Espera-se que o estudo realizado sobre os portadores de diabetes se configure como uma provocação à iniciativa das parcerias entre o público e o privado cujo foco esteja voltado para a redistribuição de riscos sociais, econômicos e políticos no cenário da saúde brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva), Vol.9 número 4: Brasil: 2004.
- ABRASPE (Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas), 2001. Pesquisa anual de assistência médica e odontológica. São Paulo: ABRASPE.
- ALMEIDA, C., 1997. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar, Textos de Discussão n.º599. Brasília: IPEA.
- ANDREAZZI, M. de F., S., 1991. O seguro saúde privado no Brasil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ.
- ANDREAZZI, M. de F., S. e cols, 2002. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde, Texto para Discussão n° 921. Brasília: IPEA
- ARTUR ANDERSEN, 1997. Análise Setorial do Mercado Segurador 1996/1997. Material de Divulgação.
- AUSTIN ASIS, 2005. Análise Setorial dos Planos de Saúde 2003/2004. Material de Divulgação. Acesso em 12/07/2005.
- BAHIA, L., 1991. Reestratificação das clientela para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP,FIOCRUZ.
- BAHIA, L., SANTOS, I., VIANNA, M.L.W., SANTOS, M.P.G. dos & COSTA, R.C.R.da 1999b. Os planos de saúde empresarias: tensões entre a concepção de benefício social e a regulação do mercado de assistência médica suplementar. Nota Técnica 13. Brasília: Ministério da Saúde.
- BAHIA, L.; SANTOS, I.S. & GAMA, A. M., 1999a. O processo de regulamentação governamental dos planos e seguros privados: uma avaliação dos conflitos entre a saúde e a área econômica. In: 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, Resumos, São Paulo.
- BRASIL; ANS, 1998a. Resolução CONSU N.º 14, publicada no D.O.U. n.º 211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.

- CASSI, 1996. Estatuto da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – incluindo a oitava reforma estatutária realizada em abril/maio de 1996. Disponível em <http://www.cassi.com.br> , capturado em 25 de abril de 2003.
- CHECCHIA, C. M. de A., 1996. Assistência Médica como um benefício nas empresas: um estudo em organizações de grande porte da cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FGV, EASP.
- _____, 2005. Pesquisa Nacional 2003. Disponível em <http://www.unidas.org.br>, abril de 2005.
- CORDEIRO, H., 1984. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- COSTA, N. do R., 1996. Inovação Política Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90. *Dados* 39(3): 479-511.
- COSTA, R.C.R. da., 2000. Dilemas da Reforma da Saúde: Implementando a Descentralização do Sistema Público e a Regulação do Sistema Privado de Saúde. Dissertação de Mestrado, Niterói: UFF.
- DIAS, José de Aguiar. Da responsabilidade civil. 6 ed. rev. aum. v. 1. Rio de Janeiro:Forense, 1979. 2 v.
- DINIZ, E. (mimeo). Governabilidade, governance e eficiência do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. Rio de Janeiro: IUPERJ.
- DIREITO, Carlos Alberto Menezes. O consumidor e os planos privados de saúde. Rio de Janeiro, *Revista Forense*, v. 90, n. 328, p. 312-316, out./dez. 1994.
- FAVARET FILHO, P & OLIVEIRA, P.J., 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 3. Brasília: IPEA.
- GOMES, Luiz Mário P. S. O Código de Defesa do Consumidor e o Serviço Hospitalar. *Revista Literária de Direito*, jul./ago. 1997.
- IBGE, 2005. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2003.
- IUNES,R.F.,1998. Demanda e Demanda em Saúde. In: *Economia da saúde: conceito e contribuição para gestão da saúde*, (Piola, S.F. & Vianna, S.M., org.), pp. 99-122, Brasília: IPEA.
- MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 2 ed. São Paulo:Revista dos Tribunais, 1995. 478 p.
- MARQUES, Wilson. Medicina de Grupo. Rio de Janeiro, *Arquivos dos Tribunais de Alçada*, v. 22, 19 __ . p. 41.

- MENDES, E.V., 1993. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS (MENDES, E.V. org), pp. 19-91, São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco.
- MINCHILLO, A.L.C.; CRUZ, E.A; SOUZA, F.R. Programa de gerenciamento de doenças Crônicas em ambiente domiciliar: conceito, método e critérios. IN SIBRAD – SIMPOSIO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR 2002. Disponível em <URL: <http://www.sibrad.com.br>> Acesso em 19/07/2005.
- MONTONE, J. 2002. ANS 2002: Balanço das Atividades. Palestra proferida na Câmara de Saúde Suplementar em 19 de dezembro de 2002. Brasília.
- MOREIRA, Carlos Roberto B. Inversão do ônus da Prova em benefício do Consumidor. In: TUBENCHLAK, James (coord.). Doutrina. v. 1. Rio de Janeiro: Instituto de Direito, 1996.
- RAMOS, S. G., 1997. A base atuarial dos planos de saúde. In: Revista do IRB. 279 (58): 31-38. Rio de Janeiro.
- SÁ, Elida. Cemitério. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1988.
- _____, 1999a. Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ.
- _____, 1999b. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil. Mineo.
- _____, 2001. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós regulamentação. In: Brasil: radiografia da saúde (Negri, B. & Di Giovanni, G.,org.), pp. 325-361, Campinas: IE/UNICAMP.
- _____, 1998b. Resolução CONSU N.º 5, publicada no D.O.U. n.º 211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei n.º9656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência À saúde no Brasil.
- _____, 1998c. Resolução CONSU N.º 2, publicado no D.O.U. n.º211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes no inciso XII do artigo 35A e no artigo 11 da Lei n.º9656/98.
- _____, 2000a. Resolução RDC N.º 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
- _____, 2000b. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Série ANS – Rio de Janeiro: ANS, Ministério da Saúde.
- _____, 2001a. Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro: 3 anos da lei 9656. Série ANS - 2. Rio de Janeiro: ANS, Ministério da Saúde.

- _____, 2001b. Resolução RDC N.º66, de 3 de maio de 2001. Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência suplementar à saúde.
- _____, 2002. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Série ANS – Rio de Janeiro: ANS. Ministério da Saúde.
- _____, 2005. O insustentável custo da Saúde nas Empresas. Documento impresso do portal exame: www.exame.com.br. Acesso em 05/08/2005.
- _____, 2005. HIPERDIA. Relatório do Número de Diabetes Registrados e em Tratamento no Distrito Federal. www.datasus.gov.br Acesso em 20/07/2005.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial

ABRASPE – Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinada pelas Empresas

ADA – American Diabetes Association

AMB – Associação Médica Brasileira

AMS – Assistência Multidisciplinar de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária

ASASPE – Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONAMGE - Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo

DESAS - Departamento de Saúde Suplementar

DLP - Doenças e Lesões Preexistentes

DM – Diabetes *mellitus*

IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões

IAPB - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários

IAPI - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor

INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

IRPF - Imposto de Renda de Pessoa Física

IS – Índice de Suficiência

MF - Ministério da Fazenda

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

PPI – Programação Pactuada Integrada

PPV – Pesquisa de Padrão de Vida

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar

ANEXOS:

Tabela 1: Número de Associados existentes no Brasil, por sexo, segundo o ano. CAM.

Ano	Sexo		CAM
	Feminino	Masculino	
2000	209.767	193.363	403.130
2001	200.357	189.251	389.608
2002	199.215	187.610	386.825
2003	199.857	187.665	387.522
2004	201.237	189.590	390.827

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 1.1: Proporção de Associados existentes no Brasil em relação ao sexo, segundo o ano. CAM.

Ano	Sexo		CAM
	Feminino	Masculino	
2000	52,0	48,0	100,0
2001	51,4	48,6	100,0
2002	51,5	48,5	100,0
2003	51,6	48,4	100,0
2004	51,5	48,5	100,0

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 1.2: Número de Associados existentes no Brasil por faixa etária, segundo o ano. CAM.

Ano	Faixa Etária					CAM
	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	Mais de 80	
2000	77.835	47.869	28.132	16.400	6.583	176.819
2001	76.711	46.687	26.303	13.540	3.957	167.198
2002	73.739	51.257	27.668	14.231	4.370	171.265
2003	67.752	60.882	30.333	15.979	5.871	180.817
2004	64.443	65.937	31.207	16.682	6.453	184.722

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 1.3: Proporção de Associados existente no Brasil em relação a faixa etária, segundo o ano. CAM.

Ano	Faixa Etária					CAM
	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	Mais de 80	
2000	44,0	27,1	15,9	9,3	3,7	100,0
2001	45,9	27,9	15,7	8,1	2,4	100,0
2002	43,1	29,9	16,2	8,3	2,6	100,0
2003	37,5	33,7	16,8	8,8	3,2	100,0
2004	34,9	35,7	16,9	9,0	3,5	100,0

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 1.4: Distribuição etária dos Associados, segundo intervalos selecionados pelo estudo, entre os anos de 2000 a 2004. CAM .Brasil.

ANOS	GRUPO ETÁRIO										CAM	
	40-49		50-59		60-69		70-79		80 a mais		ABS	Freq.
	ABS	Freq.	ABS	Freq.	ABS	Freq.	ABS	Freq.	ABS	Freq.		
2000	77.835	19.31	47.869	11.87	28.132	6.98	16.400	4.07	6.583	1.63	176.819	43.86
2001	76.711	19.69	46.687	11.98	26.303	6.75	13.540	3.48	3.967	1,02	167.198	42.91
2002	73.739	19.06	51.257	13.25	27.668	7,15	14.231	3,68	4.370	1,13	171.265	44,27
2003	67.752	17,48	60.882	15,71	30.333	7,83	15.979	4,12	5.871	1,52	180.817	46,66
2004	64.443	16,49	65.937	16,87	31.207	7,98	16.682	4,27	6.453	1,65	184.722	47,26

Fonte: Cam- SIG 2000 a 2004

Tabela 2: Número de Associados existentes no Distrito Federal, por faixa etária, segundo o ano. CAM.

Ano	Faixa Etária					CAM
	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	Mais de 80	
2000	6.026	2.660	1.370	601	91	10.748
2001	5.973	2.589	1.373	593	91	10.619
2002	6.078	2.897	1.479	640	114	11.208
2003	6.004	3.630	1.649	769	179	12.231
2004	5.908	3.917	1.697	816	214	12.552

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 2.1: Proporção de Associados existentes no Distrito Federal em relação a faixa etária, segundo o ano. CAM.

Ano	Faixa Etária					CAM
	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	Mais de 80	
2000	56,1	24,7	12,7	5,6	0,8	100,0
2001	56,2	24,4	12,9	5,6	0,9	100,0
2002	54,2	25,8	13,2	5,7	1,0	100,0
2003	49,1	29,7	13,5	6,3	1,5	100,0
2004	47,1	31,2	13,5	6,5	1,7	100,0

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 2.2 : Número de Associados existentes no Distrito Federal, por sexo, segundo o ano. CAM.

Ano	Sexo		CAM
	Feminino	Masculino	
2000	5.454	5.294	10.748
2001	5.406	5.213	10.619
2002	5.718	5.490	11.208
2003	6.262	5.969	12.231
2004	6.462	6.090	12.552

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 2.3: Proporção de Associados existentes no Distrito Federal em relação ao sexo, segundo o ano. CAM.

Ano	Sexo		CAM
	Feminino	Masculino	
2000	50,7	49,3	100,0
2001	50,9	49,1	100,0
2002	51,0	49,0	100,0
2003	51,2	48,8	100,0
2004	51,5	48,5	100,0

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 3: Número de Associados com Diabetes existentes no Distrito Federal. CAM.

Ano	CAM
2000	874
2001	1.016
2002	1.225
2003	1.400
2004	1.755

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 3.1: Total de Associados COM e SEM diabetes versus prevalência da doença de 2000 a 2004. CAM. DF

ANOS	PESQUISA DO DIABETES		PREVALÊNCIA DO DIABETES NO DF	TOTAL DE ASSOCIADOS DO DF
	COM	SEM		
2000	874	9.874	8,13	10.748
2001	1.016	9.603	9,57	10.619
2002	1.225	9.983	10,93	11.208
2003	1.400	10.831	11,45	12.231
2004	1.755	10.797	13,98	12.552

Fonte: Cam- SIG 2000 a 2004

Tabela 3.2: Número de Associados com Diabetes por faixa etária. CAM.

Ano	Faixa Etária					CAM
	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	Mais de 80	
2000	267	229	223	134	21	874
2001	305	297	244	141	29	1.016
2002	392	352	279	164	38	1.225
2003	440	412	315	196	37	1.400
2004	559	515	409	227	45	1.755

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 3.3: Proporção de Associados com Diabetes por faixa etária. CAM.

Ano	Faixa Etária					CAM
	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	Mais de 80	
2000	30,5	26,2	25,5	15,3	2,4	100,0
2001	30,0	29,2	24,0	13,9	2,9	100,0
2002	32,0	28,7	22,8	13,4	3,1	100,0
2003	31,4	29,4	22,5	14,0	2,6	100,0
2004	31,9	29,3	23,3	12,9	2,6	100,0

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 3.4: Número de Associados com Diabetes por sexo. CAM.

Ano	Sexo		CAM
	Feminino	Masculino	
2000	453	421	874
2001	553	463	1.016
2002	660	565	1.225
2003	744	656	1.400
2004	936	819	1.755

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 3.5: Proporção de Associados com Diabetes por sexo. CAM.

Ano	Sexo		CAM
	Feminino	Masculino	
2000	51,8	48,2	100,0
2001	54,4	45,6	100,0
2002	53,9	46,1	100,0
2003	53,1	46,9	100,0
2004	53,3	46,7	100,0

Fonte: CAM, 2000/2004

Tabela 3.6: Prevalência do Diabetes por sexo, no período de 2000 a 2004. CAM. DF

ANOS	População Existente			COM DIABETES			SEM DIABETES			PREVALÊNCIA DO DIABETES NO DF		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
2000	5.454	5.494	10.748	453	421	874	9.421	9.453	9.874	8,31	7,66	8,13
2001	5.406	5.213	10.619	553	463	1.016	9.050	9.140	9.603	10,23	8,88	9,57
2002	5.718	5.490	11.208	660	465	1.225	9.323	9.518	9.983	11,54	8,47	10,93
2003	6.262	5.969	12.231	744	656	1.400	10.087	10.175	10.831	11,88	10,99	11,45
2004	6.462	6.090	12.552	936	819	1.755	9.861	9.978	10.797	14,48	13,45	13,98

Fonte: Cam- SIG 2000 a 2004

Tabela 4: Total de consultas realizadas pelos Associados com Diabetes, segundo faixa etária.

CAM.

Faixa Etária	Ambulatorial	Beneficiários com Diabetes	Consultas por Usuário
Total	16.591	1.755	9,45
40 a 49	5.025	559	8,99
50 a 59	4.584	515	8,90
60 a 69	4.092	409	10,00
70 a 79	2.475	227	10,90
Mais de 80	415	45	9,22

Fonte: CAM, 2004

Tabela 4.1: Total de consultas realizadas pelos Associados com Diabetes, segundo sexo.

CAM.

Sexo	Ambulatorial	Beneficiários com Diabetes	Consultas por Usuário
Total	16.591	1.755	9,45
Feminino	9.709	936	10,37
Masculino	6.882	819	8,40

Fonte: CAM, 2004

Tabela 4.2: Gasto produzido com consultas pelos Associados com diabetes, segundo faixa etária e sexo. CAM.

Faixa Etária	R\$
Total	714.854,43
40 a 49	217.337,77
50 a 59	197.985,49
60 a 69	175.798,87
70 a 79	105.989,89
Mais de 80	17.742,41
Sexo	R\$
Total	714.854,43
Feminino	423.385,47
Masculino	291.468,96

Fonte: CAM, 2004

Tabela 5: Total de exames realizados pelos Associados com Diabetes, segundo faixa etária.

CAM.

Faixa Etária	Total	Ambulatorial	Internação	Beneficiários com Diabetes	Exames por Usuário
Total	87.514	86.129	1.385	1.755	49,87
40 a 49	25.552	25.395	157	559	45,71
50 a 59	24.764	24.478	286	515	48,09
60 a 69	21.336	20.931	405	409	52,17
70 a 79	13.590	13.063	527	227	59,87
Mais de 80	2.272	2.262	10	45	50,49

Fonte: CAM, 2004

Tabela 5.1: Total de exames realizados pelos Associados com Diabetes, segundo sexo.
CAM.

Sexo	Total	Ambulatorial	Internação	Beneficiários com Diabetes	Exames por Usuário
Total	87.514	86.129	1.385	1.755	49,87
Feminino	48.899	48.282	617	936	52,24
Masculino	38.615	37.847	768	819	47,15

Fonte: CAM, 2004

Tabela 5.2: Gasto produzido com exames pelos Associados com diabetes, segundo faixa etária e sexo. CAM.

Faixa Etária	R\$		
	Total	Ambulatorial	Internação
Total	2.697.634,67	2.632.811,63	64.823,04
40 a 49	744.258,68	740.614,96	3.643,72
50 a 59	752.142,38	744.806,20	7.336,18
60 a 69	667.624,77	652.414,06	15.210,71
70 a 79	468.057,91	429.496,14	38.561,77
Mais de 80	65.550,93	65.480,27	70,66
Sexo	R\$		
	Total	Ambulatorial	Internação
Total	2.697.634,67	2.632.811,63	64.823,04
Feminino	1.523.488,92	1.505.079,77	18.409,15
Masculino	1.174.145,75	1.127.731,86	46.413,89

Fonte: CAM, 2004

Tabela 5.3: Sinistralidade dos associados Diabéticos em relação aos gastos com consultas, exames – ambulatoriais e hospitalares. CAM. DF . Ano 2004

REQUISITOS OPERACIONAIS	ANO 2004
RECEITA	
Total de Diabéticos confirmados	1.755
Receita per capita associados com Diabetes	1.388,44
Receita global dos portadores de Diabetes	2.436.712,20
DESPEASAS	
Gastos com consultas + exames (ambulatoriais e hospitalares)	3.412.489,10
RESULTADO	
Taxa de Sinistralidade Parcial do Diabetes no DF %	140,04

Fonte: CAM. 2004

Tabela 6: Total de internações realizadas pelos Associados com Diabetes, segundo faixa etária. CAM.

Faixa Etária	Internações
Total	43.628
40 a 49	11.698
50 a 59	10.759
60 a 69	8.168
Mais de 70	13.003

Fonte: CAM, 2004

Tabela 7: Número de pacientes diabéticos em tratamento por faixa etária, segundo ano. Distrito Federal. HIPERDIA 2000 a 2004.

ANO	Faixa Etária					TOTAL
	40-49	50-59	60-69	70-79	Mais de 80	
2000	1	2	0	0	0	3
2001	0	1	1	0	0	2
2002	275	558	475	253	48	1.609
2003	139	310	351	144	44	988
2004	73	159	147	74	15	468

Fonte: Relatórios do HIPERDIA www.datasus.gov.br

Tabela 7.1: Número de pacientes diabéticos em tratamento por sexo, segundo ano. Distrito Federal. HIPERDIA 2000 a 2004.

ANO	SEXO		TOTAL
	FEMININO	MASCULINO	
2000	3	0	3
2001	2	0	2
2002	1059	550	1609
2003	660	328	988
2004	312	156	468

Fonte: Relatórios do HIPERDIA www.datasus.gov.br

Tabela 6: Total de internações realizadas pelos Associados com Diabetes, segundo faixa etária. CAM.

Faixa Etária	Internações
Total	43.628
40 a 49	11.698
50 a 59	10.759
60 a 69	8.168
Mais de 70	13.003

Fonte: CAM, 2004

Tabela 7: Número de pacientes diabéticos em tratamento por faixa etária, segundo ano. Distrito Federal. HIPERDIA 2000 a 2004.

ANO	Faixa Etária					TOTAL
	40-49	50-59	60-69	70-79	Mais de 80	
2000	1	2	0	0	0	3
2001	0	1	1	0	0	2
2002	275	558	475	253	48	1.609
2003	139	310	351	144	44	988
2004	73	159	147	74	15	468

Fonte: Relatórios do HIPERDIA www.datasus.gov.br

Tabela 7.1: Número de pacientes diabéticos em tratamento por sexo, segundo ano. Distrito Federal. HIPERDIA 2000 a 2004.

ANO	SEXO		TOTAL
	FEMININO	MASCULINO	
2000	3	0	3
2001	2	0	2
2002	1059	550	1609
2003	660	328	988
2004	312	156	468

Fonte: Relatórios do HIPERDIA www.datasus.gov.br