

## PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Os 5 primeiros anos (2011 a 2015)

# PROMOÇÃO DA SAÚDE

### ORGANIZAÇÃO

Luiz Augusto Ferreira Carneiro

### TRABALHOS VENCEDORES

Bruna Mara Duarte

Cláudio Andraos

Fabiana Maluf Rabacow

Indayanna Teixeira de Paula Queiroz

João Mendes Succar

Silvana Márcia Bruschi Kelles

Thiago Inocência Constancio

### AVALIADOR

Alberto José Niituma Ogata

**IESS**  
INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Como forma de encorajar mais produções técnicas e para estimular o conhecimento, criamos, em 2011, o Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar, que reconhece e premia os melhores trabalhos de conclusão de curso de pós-graduação (especialização, MBA, mestrado ou doutorado), relacionados à saúde suplementar, nas três áreas que acompanhamos.

O fenômeno de crescimento dos custos na saúde não é restrito ao Brasil. O aumento da longevidade populacional e a maior participação proporcional de idosos combinado às intensas inovações tecnológicas representam os principais fatores de expansão mundial desses custos. Administrar esse fenômeno se tornou a mais relevante e desafiadora agenda dos países.

No Brasil, há o real risco sistêmico desse setor, pois o problema assume proporções mais significativas por conta de falhas estruturais presentes ao longo de toda a cadeia produtiva do setor de saúde e de padrões de funcionamento estabelecidos ao longo de décadas que tornam o sistema local mais sujeito a pressões de custo do que os de outras nações.

Essas falhas começam no fornecimento e distribuição de insumos de saúde e continuam por toda a cadeia produtiva. Falta transparência sobre preço e qualidade de insumos e serviços e sobre conflitos de interesse por parte de profissionais e prestadores de serviço. O modelo mais prevalente de remuneração de prestadores é ainda o "fee-for-service", que catalisa as falhas mencionadas, aumentando a ineficiência, o desperdício e a insegurança para o paciente.

É necessária uma agenda de reformas que considere ajustes institucionais e estruturais de toda a cadeia produtiva. Os trabalhos aqui reunidos apresentam muitas das soluções para garantirmos a sustentabilidade da saúde suplementar do Brasil.



PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA  
EM SAÚDE SUPLEMENTAR  
**PROMOÇÃO DA SAÚDE**



# PROMOÇÃO DA SAÚDE

## **ORGANIZAÇÃO**

Luiz Augusto Ferreira Carneiro

## **TRABALHOS VENCEDORES**

Bruna Mara Duarte

Cláudio Andraos

Fabiana Maluf Rabacow

Indayanna Teixeira de Paula Queiroz

João Mendes Succar

Silvana Márcia Bruschi Kelles

Thiago Inocêncio Constancio

## **AVALIADOR**

Alberto José Niituma Ogata

**IESS**  
INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

**Prefácio de Gonzalo Vecina Neto**

São Paulo  
1ª Edição  
2016

**PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA  
EM SAÚDE SUPLEMENTAR**

**Trabalhos Vencedores  
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Bruna Mara Duarte  
Cláudio Andraos  
Fabiana Maluf Rabacow  
Indayanna Teixeira de Paula Queiroz  
João Mendes Succar  
Silvana Márcia Bruschi Kelles  
Thiago Inocêncio Constancio

Copyright © 2016 by Autores

Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida ou transmitida de qualquer forma ou por quaisquer meios eletrônico, mecânico, fotocopiado, gravado ou outro, sem autorização prévia por escrito dos autores.

Supervisão editorial:  
**Letra Certa Estratégia e  
Tática em Comunicação**

Coordenação editorial:  
**Patrícia Queiroz**

Revisão:  
**Virgínia Ayres**

Capa, projeto gráfico  
e editoração eletrônica:  
**Studio Moons**  
studiomoons@uol.com.br

Impressão:  
**Midiograf**

**Catálogo elaborado pela Bibliotecária Roseli Inacio Alves  
CRB 9/1590**

---

P925 Prêmio IESS de produção científica em saúde suplementar : promoção da Saúde : 2011 a 2015 / organização Luiz Augusto Ferreira Carneiro; prefácio de Gonzalo Vecina Neto; avaliador Alberto José Niituma Ogata. – São Paulo : Midiograf, 2016.  
220 p. : il.

Vários trabalhos vencedores.  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-85-8396-072-0

1. Produção científica em saúde suplementar - Saúde. 2. Doenças crônicas – Plano de saúde. 3. Serviços de saúde – Atenção médica. 4. Saúde coletiva.  
I. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. II. Carneiro, Luiz Augusto Ferreira. III. Vecina Neto, Gonzalo. IV. Ogata, Alberto José Niituma.

CDU 614.2

---

## SUMÁRIO

---

Prefácio .....	11
Apresentação.....	13
Introdução .....	17

### **FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO DE BELO HORIZONTE.....21**

**Bruna Mara Duarte**

RESUMO .....	22
1. INTRODUÇÃO .....	23
2. METODOLOGIA .....	25
3. RESULTADOS .....	30
3.1 Distribuição dos Fatores de Risco e Proteção para DCNT na População de Belo Horizonte.....	30
3.2 Distribuição dos Fatores de Risco e Proteção para DCNT em Usuários de Planos de Saúde em Belo Horizonte .....	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS .....	45

### **PERFIL DE SAÚDE: FERRAMENTA PARA PROGRAMA DE MONITORAMENTO TELEFÔNICO EM UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.....49**

**Indayanna Teixeira de Paula Queiroz**

RESUMO .....	50
1. INTRODUÇÃO .....	51

2. OBJETIVOS.....	53
3. METODOLOGIA .....	54
Tipo de Pesquisa/Estudo.....	54
Local do Estudo/ Período da Coleta .....	54
População e Amostra .....	54
Instrumentos para Coleta de Dados .....	54
Propostas de Análise de Resultados .....	55
Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa.....	55
4. REFERENCIAL TEÓRICO .....	55
4.1 Hipertensão Arterial .....	55
4.2. Programa Prevfone .....	57
5. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO.....	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS .....	63

## **O CLIENTE COMO COPRODUTOR DO SERVIÇO: A ADESÃO DO PACIENTE A PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS.....65**

**João Mendes Succar**

RESUMO .....	66
1. INTRODUÇÃO .....	67
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	68
2.1 A Participação do Cliente nas Operações de Serviços.....	68
2.2 A Participação do Paciente e a Adesão ao Tratamento.....	71
2.3 Doenças Crônicas .....	73
2.4 O Programa de Gerenciamento de Doenças ( <i>Disease Management Programs</i> – DMP) .....	74
3. O MODELO CONCEITUAL PROPOSTO.....	76
3.1 Construtos do Modelo e suas Relações.....	76
3.2 Variáveis de cada Construto.....	79
4. O MÉTODO UTILIZADO .....	81
5. RESULTADOS .....	83
6. PRINCIPAIS CONCLUSÕES .....	84
REFERÊNCIAS .....	87

<b>TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PACIENTES COM CÂNCER: ASPECTOS DO CUIDADO INTEGRAL EM OPERADORA DE AUTOGESTÃO.....</b>	<b>95</b>
--	-----------

**Thiago Inocêncio Constancio**

RESUMO .....	96
1. INTRODUÇÃO .....	97
2. CONCEITUANDO GESTÃO DO CUIDADO .....	100
3. AVALIAÇÃO PELA ÓTICA DA INTEGRALIDADE .....	102
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	104
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	106
5.1 Dimensão ACOLHIMENTO.....	106
5.2 Dimensão VÍNCULO-RESPONSABILIZAÇÃO .....	107
5.3 Dimensão COORDENAÇÃO DO CUIDADO .....	108
5.4 Dimensão RECOMENDAÇÕES DO INCA .....	109
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS .....	113

<b>IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA EM MÉDIO PRAZO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, MORBIMORTALIDADE E CUSTOS COM ATENÇÃO MÉDICA.....</b>	<b>121</b>
--	------------

**Silvana Márcia Bruschi Kelles**

RESUMO .....	122
1. INTRODUÇÃO .....	123
2. OBJETIVOS.....	125
ARTIGO 1. Mortalidade após <i>bypass</i> gástrico: coorte com seguimento de 10 anos.....	126
Método .....	126
Resultados.....	127
Discussão .....	130
Conclusão.....	132
ARTIGO 2. Estudo tipo antes e depois: a cirurgia bariátrica reduz a utilização de serviços de saúde e os custos associados à assistência?....	133
Discussão .....	137
Conclusão.....	139

ARTIGO 3. Comorbidades dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica atendidos pelo sistema público de saúde no Brasil – revisão sistemática .....	140
Conclusão.....	142
ARTIGO 4. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde ou operadora da Saúde Suplementar .....	143
Introdução.....	143
Material e Métodos.....	143
Resultados.....	144
Conclusão.....	147
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
REFERÊNCIAS .....	151

## **INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA DE IDOSOS E AS IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS NAS AUTOGESTÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....159**

**Cláudio Andraos**

RESUMO .....	160
1. INTRODUÇÃO .....	161
2. OBJETIVOS.....	163
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	163
3.1 Atenção Domiciliária à Saúde do Idoso .....	163
3.2 Os Níveis de Complexidade da Atenção Domiciliária e seus Critérios de Elegibilidade .....	165
3.3 A Internação Domiciliária no Contexto de uma Autogestão de Saúde.....	167
3.4 Conflitos Bioéticos nas Internações Domiciliárias de Idosos na Autogestão .....	169
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	175
4.1 Procedimentos Metodológicos .....	175
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	177
Caso 1 – Observação e Dados do Dossiê de Saúde do Idoso com Critérios Clínicos de Elegibilidade .....	177
Caso 2 – Observação e Dados do Dossiê de Saúde do Idoso sem Critérios Clínicos de Elegibilidade – Liminar Judicial .....	181
6. CONCLUSÃO .....	186
REFERÊNCIAS .....	189

**ESTILO DE VIDA DE TRABALHADORES, ABSENTEÍSMO E GASTOS  
COM SERVIÇOS DE SAÚDE..... 197**

**Fabiana Maluf Rabacow**

RESUMO .....	198
1. INTRODUÇÃO .....	199
2. OBJETIVOS.....	201
3. MÉTODOS .....	201
Delineamento do Estudo .....	201
Universo da Pesquisa e Participantes .....	201
Fonte das Informações e Elaboração do Banco de Dados.....	202
Variáveis Dependentes – Desfecho .....	202
Absentéismo .....	202
Gastos com Serviços de Saúde .....	202
Variáveis Independentes – Exposição .....	203
Excesso de Peso .....	203
Inatividade Física.....	203
Tabagismo.....	204
Estresse .....	204
Pressão Arterial .....	204
Colesterol .....	204
Glicemia.....	204
Escore de <i>Framingham</i> .....	205
Análise dos Dados.....	205
Ética.....	205
4. RESULTADOS .....	205
5. DISCUSSÃO .....	210
6. CONCLUSÕES .....	213
REFERÊNCIAS .....	214



## VAMOS BUSCAR AS RESPOSTAS

### ***Gonzalo Vecina Neto\****

Nós, que atuamos no setor de assistência à saúde, temos pela frente o imenso desafio de gerar ganhos de eficiência e repensar o modelo brasileiro de saúde, já que o vigente está ultrapassado. Precisamos buscar um modelo mais eficiente, ligado à questão da performance dos profissionais, e, mais do que isso, pensar qual resultado estamos buscando. Na verdade, é fundamental entender, não estamos buscando algo que possa ser simplesmente definido como a satisfação do cliente – satisfação é algo que alcança quem compra um seguro de vida ou um carro –, mas a construção de bem-estar social. Esse tem que ser o compromisso do setor privado de saúde do Brasil.

Agora, que tipos de resultados devem ser perseguidos para construirmos o bem-estar social e como esse esforço deve ser remunerado, tendo o paciente no centro do debate? Essa é uma discussão complexa, principalmente frente às transformações demográficas, epidemiológicas e sociais e que está sendo travada no mundo inteiro. As pessoas estão vivendo mais. Precisamos, então, garantir que vivam melhor.

Para tanto, precisamos equacionar questões como o modelo de financiamento, avaliação de desempenho, a incorporação de novas tecnologias – que não podem passar a ser usadas somente porque são novidades, mas, sim, porque agregam qualidade de vida aos pacientes e melhores resultados nos tratamentos –, e a aproximação com um consumidor / paciente que está cada vez mais consciente e precisa ser trazido para a esfera de decisão. O paciente precisa ser tratado como um parceiro na busca pelo aperfeiçoamento do setor de saúde. Contudo, o desafio de solucionar essa equação está, praticamente, intocado. Principalmente porque a sociedade brasileira, e aí eu incluo as próprias empresas de serviço de saúde, não realizou as perguntas corretas até agora.

Estimular os pesquisadores a preencher esta lacuna, a fazer essas perguntas, buscar suas respostas em uma área como a saúde suplementar por meio de incentivos à pesquisa como a parceria que o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) tem com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São

Paulo (Fapesp) e iniciativas como o Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar são uma forma inteligente, boa e saudável de construir novos e necessários conhecimentos.

\* *Professor assistente da Faculdade de Saúde Pública/USP desde 1988, médico e coautor do livro Gestão em Saúde segunda edição.*

## O DESAFIO DA SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL

***Luiz Augusto Ferreira Carneiro\****

Comparado a outros setores da economia, o serviço de “plano de saúde”, inserido como um dos elos da cadeia produtiva da saúde, é relativamente novo no Brasil. Os primeiros movimentos datam dos anos 1950, quando médicos se aglutinavam para fornecer assistência à saúde a empregados de empresas em expansão e a seus respectivos familiares.

Caracterizou-se, portanto, como um produto local e que atendia às demandas por infraestrutura de saúde, sobretudo em municípios onde a oferta de serviços era limitada, de um setor público também em fase de transformação. Entretanto, o “setor de saúde suplementar”, devidamente estabelecido, com leis, atribuições de cada parte envolvida e que se tornou um dos principais objetos de desejo do cidadão brasileiro, é algo ainda muito novo em nossa sociedade. E, como tal, se apresenta em fase de aperfeiçoamento e correção, algo típico de mercados em desenvolvimento e que vão precisar de algum tempo para atingir sua plena maturidade.

O setor como um todo só passou a contar com uma legislação própria a partir da regulamentação da Lei 9.666/1998, que estabelece o conjunto de regras da saúde suplementar do Brasil. Em 2015, as operadoras de planos de saúde obtiveram receitas totais de R\$ 155,6 bilhões e despesas de R\$ 155,1 bilhões, equivalendo a uma margem de 0,32%. Ao longo dos anos, esse desempenho tem sido muito mais um padrão recorrente do que uma exceção. Ainda assim e atendendo a cerca de um quarto da população brasileira, os gastos da saúde suplementar respondem pelo principal meio de financiamento da assistência à saúde privada do Brasil.

Esse setor econômico, que gera mais de 3,3 milhões de empregos diretos e indiretos, passa, portanto, por um momento de grande desafio. Por mais de uma década, as operadoras de planos de saúde vivem um ciclo contínuo de escalada de custos, quase sempre sem estar acompanhado de igual evolução de receitas.

O fenômeno de crescimento dos custos na saúde não é restrito ao Brasil. O aumento da longevidade populacional e a maior participação proporcional de idosos combinado às intensas inovações tecnológicas representam os principais fatores de expansão mundial dos custos de saúde. Administrar esses custos se tornou a mais relevante e desafiadora agenda administrativa dos países.

No caso brasileiro, o problema assume proporções mais significativas por conta de falhas estruturais presentes ao longo de toda a cadeia produtiva do setor de saúde e de padrões de funcionamento estabelecidos ao longo de décadas que tornam o sistema de saúde suplementar brasileiro mais sujeito a pressões de custo do que os de outras nações. Por exemplo, há falhas concorrenciais que começam no fornecimento e distribuição de insumos de saúde (medicamentos, dispositivos médicos, equipamentos etc.) e continuam por toda a cadeia produtiva, passando por todos os prestadores de serviço de saúde. Há falta de transparência sobre preço e qualidade de insumos e serviços. Há falta de transparência sobre conflitos de interesse por parte de profissionais e prestadores de serviço de saúde. Por fim, o modelo mais prevalente de remuneração de prestadores é ainda o *"fee-for-service"*, que, por ser um *"cheque em branco"*, catalisa todas as falhas estruturais anteriores, aumentando a ineficiência, o desperdício e a menor segurança para o paciente.

Por isso, para que a sociedade brasileira possa usufruir sempre de um sistema de saúde suplementar sustentável e acessível, é necessária uma agenda de reformas que considere ajustes institucionais e estruturais de toda a cadeia produtiva.

Todos os que atuam nessa cadeia deveriam ter clareza de que há o risco real de esse sistema colapsar ou se reduzir a um serviço que poucos podem pagar. E isso significa, em termos práticos, colocar em risco a saúde de milhões de brasileiros ou conduzir essa massa populacional a depender exclusivamente dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Cenário que infelizmente assistimos no biênio 2015-16, decorrente dos mais de 2 milhões de pessoas que deixaram de ter plano de saúde.

Tal cenário, já previsto há mais de dez anos, conduziu lideranças do setor a criar o IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, em 2006, uma entidade sem fins lucrativos, cujo objetivo é promover e realizar estudos sobre saúde suplementar baseados em aspectos conceituais e técnicos, com total independência e rigor científico, que colaboram para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas.

Elegemos as áreas de Economia, Direito e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, como o tripé da sustentabilidade do setor e, assim, direcionamos a produção do conhecimento para esses campos.

Como forma de encorajar mais produções técnicas e para estimular o conhecimento, criamos, em 2011, o Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar, que reconhece e premia os melhores trabalhos de conclusão de curso de pós-graduação (especialização, MBA, mestrado ou doutorado), relacionados à saúde suplementar, nas três áreas que acompanhamos.

Em 2016, como parte da celebração de 10 anos do IESS, e seguindo uma sugestão do Dr. Alberto Ogata, nosso avaliador da categoria Promoção da Saúde, decidimos reunir em três obras os trabalhos vencedores das cinco primeiras edições do Prêmio.

Agradeço ao Dr. Ogata por essa valiosa ideia e, como o leitor poderá ver nas páginas a seguir, os trabalhos apresentam muitas das soluções para garantirmos a sustentabilidade da saúde suplementar do Brasil. Esperamos, mais uma vez, ter cumprido nosso papel de provedor de conhecimento no campo da saúde suplementar.

Boa leitura!

\* *Organizador dessa obra, é superintendente executivo do IESS, economista e atuário, mestre em Economia pela EPGE/FGV-RJ e PhD em Ciências Atuariais pela University of New South Wales (UNSW), Sydney, Austrália.*



## UM IMPORTANTE LEGADO INTELECTUAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

***Alberto José Niituma Ogata\****

Muitas organizações globais têm considerado a saúde como um ativo estratégico e não meramente um elemento de custo a ser gerenciado. Neste contexto, contribuir para que as pessoas tenham mais saúde e qualidade de vida é uma missão fundamental para os diferentes setores da sociedade. No entanto, os crescentes desafios da sociedade atual exigem pesquisas e desenvolvimento constante, particularmente em nosso País.

Sou um entusiasta do Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar. Mais do que um dever ou uma responsabilidade, ser avaliador dos trabalhos com foco em Promoção da Saúde e Qualidade de Vida é motivo de muita satisfação para mim. O que significa que é com grande orgulho que comemoro o lançamento dessa coletânea dos trabalhos vencedores dos primeiros cinco anos de vida do Prêmio. Foi pensando nesse legado intelectual que propus a produção desse livro, sendo prontamente atendido pelo IESS.

Você, que está com este material em mãos, provavelmente conhece bem o cenário da saúde brasileira e entende a importância desta obra. E, se, por outro lado, começar a ler esta coletânea sem conhecer a fundo as particularidades da saúde, talvez seja importante entender, primeiramente, que, no Brasil, ainda utilizamos muitas informações e modelos de análise e acompanhamento de programas de promoção da saúde – e até do sistema de saúde como um todo –, desenvolvidos em outros países. Algo que precisamos melhorar. Porque os modelos hoje usados não levam em conta as características muito singulares que temos por aqui. E, por consequência, não propiciam as bases mais sólidas possíveis para a tomada de decisão dos gestores do setor, sejam dos prestadores de serviço, das operadoras de saúde, dos profissionais e, principalmente, dos empregadores que desenvolvem e aplicam programas de gestão em saúde populacional para seus colaboradores.

Frente a essa situação, é fundamental que tenhamos, cada vez mais, pesquisas bem realizadas e que se valham de dados nacionais, com foco nos sistemas de

regulação e financiamento locais. No Brasil, na minha opinião, o Prêmio IESS é o principal responsável por estimular a divulgação de produções científicas com essas características.

Mais do que isso, é comum um pesquisador ficar “frustrado”, com a sensação de trabalho incompleto, ao ver seu estudo limitado à publicação em uma revista científica especializada sem ser aplicado à prática. O Prêmio IESS se destaca neste cenário em nosso País porque permite aos vencedores a oportunidade de divulgar o seu trabalho e vê-lo utilizado em inúmeros locais, de maneira aplicada e no dia a dia das organizações.

Os trabalhos vencedores têm conseguido “romper essa barreira” entre o universo acadêmico e a aplicação prática. Sem dúvida, são trabalhos de grande relevância e que têm embasado discussões e projetos na saúde, além de estimular novas pesquisas.

Cito um caso representativo desse “poder”, dentre vários que poderia mencionar, o vencedor do IV Prêmio IESS, edição de 2014, “Impacto da Cirurgia Bariátrica, em médio prazo, na utilização de serviços de saúde, morbimortalidade e custo com atenção médica”, de Silvana Kelles. Hoje, esse estudo é uma referência amplamente conhecida entre os gestores do sistema de saúde, público e privado. Claro, há muitos outros casos de trabalhos apresentados no Prêmio que auxiliaram no aperfeiçoamento do setor. O rico legado se apresenta aqui, nessas páginas.

O aumento na prevalência das doenças crônicas e o envelhecimento da população tornam absolutamente estratégica a adoção de programas bem estruturados de gestão em saúde populacional. As recentes pesquisas brasileiras, de grande impacto (como Vigitel, PNS, ELSA Brasil, Erica), ou a plataforma mundial “*Global Burden of Disease – GBD*”, mostraram que o cenário em relação aos fatores de risco e de proteção não tem melhorado. Fatores comportamentais (atividade física, cessação do tabagismo, alimentação saudável, uso abusivo do álcool) ou biométricos (pressão arterial, glicose e colesterol elevados) mostram um cenário preocupante. Isso demonstra que é preciso utilizar ações e programas que tenham escala, engajem as pessoas, utilizem recursos de tecnologia da informação e comunicação (TIC) e sejam custo-efetivas. As melhores medidas de gestão em internações hospitalares, uso de tecnologia e auditoria são insuficientes para a sustentabilidade do sistema de saúde se cada vez mais tivermos pessoas com doenças crônicas demandando tratamentos mais complexos e caros.

A promoção da saúde e o tratamento efetivo de doenças crônicas são dois dos pontos mais importantes para propiciar mais qualidade de vida para as pessoas,

que estão vivendo cada vez mais, e também para garantir que a saúde suplementar seja sustentável.

Para assegurar que programas de gerenciamento de doenças crônicas sejam efetivos, o fator fundamental é o nível de adesão do paciente, tendo absoluta clareza de seu papel no tratamento, capacidade e motivação de cumpri-lo. Isso ficou bem destacado – vocês poderão ver nas próximas páginas – por João Mendes Succar, vencedor do III Prêmio IESS, edição de 2013, no trabalho “O cliente como coprodutor do serviço: a adesão do paciente a programas de gerenciamento de doenças crônicas”.

Os trabalhos reunidos nessa coletânea trazem contribuições relevantes para uma melhor compreensão de diferentes aspectos na gestão integral de saúde, para diferentes populações e abordagens e mostrando diferentes olhares em uma realidade complexa e em constante transformação. Além disso, abre-se caminho para futuras pesquisas, particularmente visando a estratificação da população, a elaboração de ações e estratégias adequadas, buscando a adesão e o engajamento das pessoas e realizar avaliações cada vez mais complexas demonstrando os desfechos efetivos que nortearão os investimentos no futuro. Sem dúvida, esta obra se constitui em elemento precioso para os estudiosos no tema e como ferramenta de capacitação de novos gestores de programas nas empresas.

\* *Alberto José Niituma Ogata é avaliador da categoria Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar, Associado Benemérito do IESS e membro da Câmara Científica do IESS, Presidente-eleito do "International Association of Worksites Health Promotion". Coordenador do Laboratório de Inovação Assistencial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Coordenador do MBA em Gestão de Programas de Promoção da Saúde (Centro Universitário São Camilo). Professor do Mestrado Profissional em Gestão da Competitividade (Área de Saúde) da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. Diretor da Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV), da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Responsabilidade Social), membro do Conselho Editorial do American Journal of Health Promotion. Autor de livros e consultor de organizações nacionais e internacionais.*



## II PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR (2012)

1º lugar

---

### FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO DE BELO HORIZONTE

**Bruna Mara Duarte**

Resumo da dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

**Introdução:** As DCNT são uma das principais causas de morte, tendo seus fatores de risco conhecidos, evitáveis e passíveis de intervenção. O monitoramento contínuo de seus FR e proteção visa apoiar intervenções direcionadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos. **Objetivo:** Identificar a prevalência dos fatores de risco e proteção para DCNT na população geral e na população usuária de planos de saúde em Belo Horizonte, 2008. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, de base populacional, descritivo em que foram usados dados secundários do VIGITEL (MS) em Belo Horizonte, 2008. Os dados foram apresentados por meio da distribuição de frequências das variáveis de interesse para a população geral e nos usuários de planos de saúde e de seus respectivos IC 95%. **Resultados:** Na população geral, adultos com baixa escolaridade apresentaram maior frequência para comportamentos de risco: tabagismo, consumo de carnes com gordura excessiva e leite integral, consumo menor de frutas, verduras e legumes (FVL), menor prática de atividade física no lazer e menor proteção contra a radiação ultravioleta. O excesso de peso, o consumo abusivo de álcool e a direção de veículos após o consumo de álcool foi maior entre os homens. As mulheres consumiram mais FVL e se protegeram mais contra a radiação ultravioleta. O percentual de hipertensos aumentou com a idade, assim como o diabetes, doenças do coração e dislipidemias. A realização de mamografia e papanicolau foi maior entre as mulheres com maior escolaridade. As frequências encontradas na população usuária de planos de saúde foram semelhantes ao encontrado na população geral, exceto sobre autoavaliação do estado de saúde como ruim, e em relação à realização dos exames de mamografia e papanicolau. **Conclusão:** Ações devem ser direcionadas para a população com baixa escolaridade e não usuária de planos de saúde, visando diminuir os fatores de risco para DCNT e as iniquidades em relação ao acesso a exames de mamografia e papanicolau.

## 1. INTRODUÇÃO

---

Nas últimas décadas observa-se uma mudança no perfil das doenças na população em decorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional.

As DCNT são responsáveis por mais de 60% dos óbitos, sendo que as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte, representando quase um terço dos óbitos do País (MALTA *et al.*, 2009). As DCV se destacam pela alta prevalência e por ter seus fatores de risco (FR) evitáveis e passíveis de prevenção e controle (GODOY-MATOS, 2005).

Entre os fatores de risco para as DCV destaca-se a hipertensão arterial (HA). A prevalência de hipertensos no Brasil é alta, aproximadamente 20%, sem distinção de sexo e com evidente tendência de aumento com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006) e se diagnosticada precocemente, seu controle e terapêutica são eficazes na prevenção de complicações.

A obesidade e o sedentarismo também se constituem em importantes fatores de risco, possuindo uma frequência média de 43% e 29,2%, respectivamente, na população adulta no Brasil (MOURA *et al.*, 2008). O aumento do gasto energético pode ser eficaz no controle de peso associado a dietas saudáveis (SCHMITZ *et al.*, 2000). Existe relação diretamente proporcional entre o nível de atividade física cotidiana e a redução do peso corporal, com possível repercussão sobre a distribuição regional da gordura corporal (ROSS; JANSSEN, 2001). Estimular a atividade física de forma acessível a toda a população é uma boa estratégia para a prevenção das doenças crônicas, principalmente a obesidade (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001).

O tabagismo é também um importante FR para a DCV, como também para outras doenças crônicas, como neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica e bronquite crônica (CIORLIA; GODOY, 2005; MALTA *et al.*, 2010). Apesar dos malefícios do tabagismo serem bem conhecidos e comprovados cientificamente, a frequência de fumantes é de aproximadamente 16,2%, variando de 9,2% em Salvador e 21,2% em Porto Alegre e Rio Branco (MOURA *et al.*, 2008; MALTA *et al.*, 2010).

Para a prevenção e o controle das DCNT são necessárias ações de promoção da saúde com vistas a favorecer comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, bem como o monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco, visando apoiar intervenções em saúde pública (BRASIL, 2005; MALTA *et al.*, 2006).

Há fatores que são considerados protetores, por diminuírem o risco de DCNT. Em extenso estudo em população de grupos diabéticos, o aumento da atividade física foi relacionado com redução da mortalidade geral (TRICHOPOULOU *et al.*, 2006). A atividade física está associada inversamente com a resistência à insulina (MAYER-DAVIS *et al.*, 1998) e melhora o perfil lipídico (LE MURA *et al.*, 2000). Há evidência que apoia a ideia de que atividade física regular reduz o risco de doenças cardiovasculares (PATÊ *et al.*, 1995).

Indivíduos que possuem FR, tanto para o desenvolvimento de DCNT, como para complicações decorrentes dessas afecções, tornam-se o alvo principal das práticas de prevenção de doenças e agravos, como também das práticas de promoção da saúde. Essas práticas objetivam a busca da qualidade de vida e a redução de riscos à saúde, proporcionando melhorias no modo de viver (ANS, 2007).

Considerando as DCNT, é necessário identificar na população a frequência e distribuição dos fatores de risco, objetivando direcionar as ações e orientar os profissionais e indivíduos na linha do cuidado. Nessa abordagem, a vigilância em saúde se constitui em uma importante estratégia para o monitoramento dos FR na população. Por meio dela é possível a identificação da população alvo de prática de prevenção, tanto primária, quanto secundária, como também para práticas de promoção da saúde.

No Brasil, o monitoramento dos FR e proteção para DCNT da população em geral, foi iniciado pelo Ministério da Saúde, em 2003, por meio de inquérito domiciliar e complementado em 2006, em todas as capitais de estado e no Distrito Federal, por meio do programa Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (MALTA *et al.*, 2008).

O VIGITEL consiste em um sistema de vigilância que possibilita o monitoramento dos FR para DCNT da população brasileira. Anualmente são realizadas cerca de 54.000 entrevistas em adultos, nas capitais brasileiras, por meio de uma amostra aleatória das linhas de telefone fixo. Este monitoramento possibilita verificar de forma ágil e com menor custo as frequências dos principais FR para DCNT na população adulta (BRASIL, 2006; MOURA *et al.*, 2008). O questionário aplicado nos entrevistados aborda as características demográficas e socioeconômicas, características do padrão de alimentação e de atividade física, peso e altura recordados, hábito tabagista e de consumo de bebida alcoólica, autoavaliação do estado de saúde, prevenção de câncer e morbidade referida, dentre outras (MOURA *et al.*, 2008). Em 2008, o Ministério da Saúde introduziu uma nova questão que possibilitou identificar se o entrevistado possui plano de saúde ou não. Esta última questão possibilitou análises sobre os usuários de planos de saúde e seus fatores de risco.

Atualmente o número de indivíduos cobertos por algum plano de saúde é bastante expressivo em todo Brasil (aproximadamente 20% da população), porém é distribuído de modo desigual entre as regiões, sendo mais significativo nas áreas urbanas, onde a renda e a oferta de emprego formal é maior (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Esses números expressam uma mudança nos serviços prestados à população, necessitando de uma regulamentação para esse mercado privado e a definição de suas responsabilidades (MALTA *et al.*, 2004).

A Agência de Saúde Suplementar (ANS), responsável por regular as operadoras de saúde no Brasil, vem buscando induzir na Saúde Suplementar práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças que poderão, ao longo do tempo, incentivar a adoção dessas práticas (ANS, 2007).

Os estudos sobre os fatores de risco entre usuários de planos de saúde são pouco frequentes. Lima-Costa (2004) estudou a associação entre filiação aos planos de saúde e estilos de vida e uso de serviços preventivos em Belo Horizonte e encontrou que os indivíduos que possuíam planos de saúde apresentaram hábitos mais saudáveis de vida, sendo também a prevalência de uso de serviços preventivos mais alta.

Considerando o número expressivo de pessoas que possuem um plano de saúde e a necessidade de que operadoras e o Sistema Único de Saúde (SUS) monitorem os FR para DCNT e estabeleçam práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças direcionadas à população alvo, pergunta-se: Como se dá a distribuição dos fatores de risco e proteção para DCNT na população geral e nos usuários de planos de saúde em Belo Horizonte?

Esse estudo teve como objetivo identificar a prevalência dos Fatores de Risco e Proteção para DCNT, segundo sexo, idade e escolaridade, na população geral e usuária de planos de saúde, na cidade de Belo Horizonte.

## 2. METODOLOGIA

---

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, de base populacional.

O local do estudo foi o município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, que possui, aproximadamente, 2.412.937 habitantes (IBGE, 2007). Belo Horizonte é dividida em nove distritos sanitários e cada distrito tem definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo.

A rede municipal de saúde de Belo Horizonte conta com 151 centros de saúde, 8 unidades de pronto atendimento (UPA), 4 unidades de referência secundária, 6 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e mais de 40 hospitais conveniados (PBH, 2010).

Em relação à Saúde Suplementar, aproximadamente 45% da população possui um plano de saúde (ANS, 2009; IBGE, 2007). Esse dado pode estar superestimado considerando que uma pessoa possa ter mais de um plano de saúde e que muitos adultos trabalham em Belo Horizonte, mas residem em municípios da região metropolitana.

Utilizou-se para a análise dos fatores de risco, dados coletados pelo VIGITEL, conduzido pelo Ministério da Saúde em 26 capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2008). O inquérito coleta anualmente 54.000 entrevistas, sendo 2.000 por cada capital.

São entrevistados adultos com 18 anos e mais de idade residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa, sendo estimado um coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta (MOURA *et al.*, 2008).

Não foram elegíveis para o sistema as linhas que correspondiam a empresas, que não mais existiam ou que se encontravam fora de serviço, além das linhas que não respondiam a seis chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondiam a domicílios fechados. As entrevistas telefônicas são realizadas desde 2006 e divulgadas anualmente pelo Ministério da Saúde, Brasil.

Em Belo Horizonte, no ano de 2008, foram sorteadas 3.400 linhas telefônicas, sendo 2.570 elegíveis. Foi realizado um total de 2.016 entrevistas, sendo 799 homens e 1.217 mulheres.

O VIGITEL utiliza fatores de ponderação específicos, a partir da distribuição sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade) do Censo de 2000, para representar a população adulta total das cidades. Outro fator de ponderação leva em conta o número de linhas telefônicas em uma mesma residência e o número de adultos na residência sorteada (MOURA *et al.*, 2008).

Os dados da pesquisa foram secundários, coletados e divulgados pelo Ministério da Saúde, por meio do projeto VIGITEL, para o ano de 2008.

O questionário possui duas partes. A primeira refere-se à identificação do entrevistado. A segunda possui questões referentes à alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, morbidade autorreferida, peso e altura

autorreferidos, e situação de saúde. Em 2008 foi incluída questão sobre possuir ou não plano de saúde, sobre o uso de métodos contraceptivos e acesso a serviços de saúde mental.

O atual estudo está integrado em um projeto maior de pesquisa, já aprovado no COEP, nº 552/08, intitulado “Estudo dos Fatores de Risco, proteção e Linha do Cuidado para Doenças Crônicas em Usuários do SUS e de Planos de Saúde no município de Belo Horizonte, MG”.

Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados, o que foi obtido pelo Ministério da Saúde no momento da entrevista. O projeto de implantação do VIGITEL foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde.

Foi solicitado ao Ministério da Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis, a disponibilidade dos dados do VIGITEL 2008 referentes à capital Belo Horizonte, para realização do estudo, sendo concedido.

Para o processamento dos dados foi utilizado pelo MS o aplicativo STATA (versão 9) para cálculo das frequências dos FR e proteção com intervalos de confiança que levam em conta o emprego dos fatores de ponderação.

Para a população geral de Belo Horizonte, as prevalências foram calculadas por sexo, idade (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 ou  $\geq 65$  anos) e escolaridade (0-8, 9-11 ou  $\geq 12$  anos).

Para a população que respondeu sim à pergunta “O sr.(a) possui plano de saúde?” foram calculadas as prevalências dos FR e proteção para DCNT, por sexo. Foi considerado o intervalo de confiança de 95%.

Não foram feitos testes comparando as populações cobertas e não cobertas pelo plano, pois a amostra não foi preparada para fazer estas comparações por capitais, o que afetou a precisão, tornando os Intervalos de Confiança amplos e dificultando as análises. Assim optou-se por apresentar os resultados apenas da população usuária de planos em BH, sem comparar com aquela não coberta por planos. Faremos apenas algumas referências para a população geral.

As variáveis do estudo se dividem em Fatores de Risco e Fatores de Proteção para DCNT. Os Fatores de Risco estudados foram:

- Tabagismo: proporção de indivíduos que fumam, independente da frequência e intensidade do hábito de fumar.
- Ex-fumantes: proporção de indivíduos que já fumaram e não fumam mais.
- Consumo de 20 ou mais cigarros por dia: proporção de indivíduos que fumam 20 ou mais cigarros por dia.
- Consumo abusivo de bebidas alcoólicas: proporção de indivíduos que, nos últimos 30 dias, chegaram a consumir, em um único dia, mais de quatro (mulheres) ou cinco (homens) doses de bebida alcoólica. Considera-se como dose de bebida alcoólica uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de bebida destilada.
- Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebida alcoólica: proporção de indivíduos que declararam dirigir veículos motorizados após uso abusivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias.
- Excesso de peso: proporção de indivíduos com Índice de Massa Corporal – IMC – igual ou superior a 25 Kg/m<sup>2</sup>. Os valores de peso e altura serão considerados os referidos pelo entrevistado.
- Obesidade: proporção de indivíduos com Índice de Massa Corporal – IMC – igual ou superior a 30 Kg/m<sup>2</sup>. Os valores de peso e altura serão considerados os referidos pelo entrevistado.
- Hábito de consumir carnes com excesso de gordura: proporção de indivíduos que costumam consumir carne vermelha gordurosa ou de frango com pele, sem remoção da gordura visível do alimento.
- Consumo de leite com teor integral de gordura.
- Consumo de refrigerantes: proporção de indivíduos que consomem refrigerante em 5 ou mais dias por semana.
- Morbidade autorreferida: proporção de indivíduos que relatam diagnóstico médico de: Hipertensão, Diabetes, Dislipidemia, Doenças do coração, Asma e Osteoporoze.
- Autoavaliação do estado de saúde como ruim: proporção de indivíduos que consideram seu estado de saúde como ruim.

E os Fatores de Proteção foram:

- Consumo regular de frutas, verduras e legumes (FVL): proporção de indivíduos que consomem FVL em cinco ou mais dias da semana.
- Consumo como recomendado de FVL: proporção de indivíduos que consomem FVL em cinco ou mais porções diárias.
- Prática suficiente de atividade física no lazer: proporção de indivíduos que praticam atividades físicas no lazer de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em cinco ou mais dias por semana ou atividade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em três ou mais dias da semana.
- Fisicamente ativos na ocupação: proporção de indivíduos que no trabalho andam muito a pé ou carregam peso ou fazem outra atividade pesada.
- Fisicamente ativos no deslocamento: proporção de indivíduos que se deslocam a pé ou de bicicleta para o trabalho.
- Fisicamente ativos no ambiente doméstico: proporção de indivíduos que são responsáveis pela faxina ou limpeza mais pesada de suas casas.
- Proteção contra radiação ultravioleta: proporção de indivíduos que se protegem dos raios ultravioletas após 30 minutos de exposição solar.
- Exames papanicolau: proporção de mulheres com idade entre 25 e 59 anos que declaram ter realizado o exame de papanicolau alguma vez na vida ou nos últimos 3 anos.
- Exame de mamografia: proporção de mulheres com idade entre 50 e 59 anos que declararam ter realizado exame de mamografia alguma vez na vida e nos últimos 2 anos.

### 3. RESULTADOS

---

#### 3.1 Distribuição dos Fatores de Risco e Proteção para DCNT na População de Belo Horizonte

O percentual de fumantes em Belo Horizonte foi de 15,8%. Observou-se, uma maior frequência de fumantes em indivíduos com até 8 anos de estudo. Entre as mulheres fumantes, verificou-se que aquelas com 12 anos e mais de escolaridade apresentaram frequência menor que as que possuíam até 8 anos de estudo (Tabela 1).

Em relação aos ex-fumantes, observou-se maior frequência com o aumento da idade, atingindo 43% acima dos 55 anos. A frequência de ex-fumantes em Belo Horizonte foi de 21,8% (Tabela 1).

Entre os indivíduos que fumam mais de 20 cigarros por dia (3,9% da população) não foi verificada diferenças significativas entre os sexos, faixas etárias e anos de escolaridade (Tabela 1).

Observou-se que 39,6% da população estava com excesso de peso e os homens apresentaram maior excesso de peso (44,9%) que as mulheres (34,9%). Entre os indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade, os homens também apresentaram maior excesso de peso do que as mulheres. Observou-se que as mulheres com até 8 anos de estudo apresentaram percentual maior de excesso de peso que as mulheres com 12 anos e mais de escolaridade. O inverso ocorreu entre os homens, em que aqueles com até 11 anos de escolaridade tiveram menor frequência que aqueles com 12 anos e mais.

A obesidade foi de 3,9% entre adultos de 18 a 24 anos, dobrando para 8,8% entre 25 e 34 anos e crescendo até 21,9% entre 45 e 54 anos, quando voltou a reduzir até 13,5%, podendo ser justificado essa queda por um viés de sobrevivência. As mulheres tendem a ser mais obesas que os homens entre os 55 e 64 anos.

De modo geral, 34,2% da população consumiu FVL regularmente (em 5 ou mais dias por semana), 21,3% consumiram FVL conforme recomendado (5 ou mais porções diárias), 37,1% consumiram carnes com gordura em excesso, 56,7% consumiram leite com teor integral de gordura e 23,1% consumiram refrigerantes em 5 ou mais da semana (Tabela 3).

Em relação ao consumo regular de FLV, o seu consumo foi maior entre as mulheres e entre aqueles com 12 anos e mais de estudo. As mulheres que pos-

suíam 12 anos ou mais de escolaridade apresentaram consumo maior que as mulheres com até 11 anos de estudo. Considerando a diferença entre os sexos, a frequência de mulheres que consumiram FVL em 5 ou mais dias da semana foi

**Tabela 1 – Percentual de fumantes, ex-fumantes e adultos que fumam mais de 20 cigarros por dia, segundo sexo, idade e anos de escolaridade em Belo Horizonte**

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Fumantes</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	17,0	8,3-25,7	17,7	5,2-30,1	16,4	4,3-28,5
25 a 34	16,3	10,1-22,6	17,7	7,3-28,1	15,1	7,8-22,4
35 a 44	16,8	12,7-20,8	19,0	12,4-25,6	14,8	9,9-19,7
45 a 54	15,0	10,6-19,4	14,9	8,4-21,5	15,1	9,2-20,9
55 a 64	11,7	6,5-16,9	15,7	6,6-24,8	8,0	2,6-13,4
65 e mais	10,1	5,2-15,0	16,0	6,3-25,7	5,9	1,2-10,6
Anos de escolaridade						
0 a 8	21,8	16,2-27,4	21,5	13,0-30,0	22,1	14,7-29,5
9 a 11	10,3	7,7-12,9	14,4	9,8-18,9	7,2	4,3-10,0
12 e mais	8,6	6,4-10,9	10,7	6,9-14,5	6,8	4,2-9,3
<b>Total</b>	<b>15,8</b>	<b>12,7-18,8</b>	<b>17,4</b>	<b>12,7-22,1</b>	<b>14,4</b>	<b>10,4-18,3</b>
<b>Ex-Fumantes</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	11,3	4,9-17,7	6,9	2,4-11,4	15,2	4,1-26,4
25 a 34	13,9	8,9-19,0	16,2	7,3-25,0	11,9	6,6-17,3
35 a 44	21,8	17,5-26,1	20,5	14,4-26,7	22,8	16,8-28,8
45 a 54	38,9	32,5-45,3	44,6	34,4-54,8	34,1	26,1-42,0
55 a 64	43,0	34,4-51,5	56,0	43,5-68,5	31,2	21,0-41,4
65 e mais	43,2	34,4-51,9	60,1	46,2-74,1	30,9	21,1-40,8
Anos de escolaridade						
0 a 8	25,2	20,3-30,1	25,8	18,8-32,8	24,6	17,8-31,5
9 a 11	16,8	13,8-19,7	18,0	13,2-22,9	15,7	12,0-19,5
12 e mais	21,1	17,6-24,6	24,8	19,4-30,3	17,7	13,2-22,2
<b>Total</b>	<b>21,8</b>	<b>19,1-24,5</b>	<b>23,3</b>	<b>19,3-27,3</b>	<b>20,4</b>	<b>16,8-24,1</b>
<b>20 ou mais cigarros por dia</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	4,0	0,0-8,3	2,8	0,0-6,6	5,1	0,0-12,4
25 a 34	2,0	0,4-3,7	1,9	0,0-3,8	2,2	0,0-4,8
35 a 44	5,9	3,1-8,7	9,2	3,8-14,5	3,0	0,7-5,4
45 a 54	3,4	1,3-5,6	5,2	1,0-9,4	1,9	0,3-3,6
55 a 64	6,7	2,5-10,8	11,7	3,4-19,9	2,2	0,1-4,3
65 e mais	3,6	0,9-6,4	6,1	0,6-11,6	1,8	0,0-4,4
Anos de escolaridade						
0 a 8	5,6	3,0-8,2	6,2	3,0-9,4	5,0	1,0-9,1
9 a 11	1,9	0,9-3,0	3,4	1,2-5,7	0,7	0,0-1,5
12 e mais	2,8	1,5-4,1	3,9	1,5-6,2	1,8	0,5-3,0
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>2,6-5,3</b>	<b>5,0</b>	<b>3,1-6,8</b>	<b>3,0</b>	<b>1,0-5,0</b>

Fonte: VIGITEL (2008)

**Tabela 2 – Percentual de indivíduos com excesso de peso (índice de massa corporal  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (índice de massa corporal  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>), por sexo, segundo idade e anos de escolaridade em Belo Horizonte**

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Excesso de peso</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	18,9	11,2-26,5	22,1	10,8-33,4	16,1	5,6-26,6
25 a 34	36,1	29,8-42,4	44,6	33,6-55,6	28,6	21,4-35,7
35 a 44	47,3	42,2-52,5	54,5	46,7-62,3	40,9	34,1-47,6
45 a 54	60,0	53,4-66,6	62,2	51,8-72,6	57,9	49,6-66,2
55 a 64	55,2	46,3-64,0	54,0	41,0-67,1	56,3	44,3-68,2
65 e mais	56,9	47,8-66,0	57,9	43,3-72,6	56,0	44,8-67,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	41,3	35,3-47,3	40,7	31,8-49,6	41,9	33,8-50,0
9 a 11	35,9	31,8-40,0	43,1	36,5-49,7	30,1	25,1-35,2
12 e mais	41,7	37,5-45,8	58,4	52,3-64,5	26,4	21,5-31,2
<b>Total</b>	<b>39,6</b>	<b>36,4-42,9</b>	<b>44,9</b>	<b>39,7-50,1</b>	<b>34,9</b>	<b>30,8-39,1</b>
<b>Obesidade</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	3,9	0,2-7,5	5,4	0,0-12,8	2,6	0,4-4,7
25 a 34	8,8	5,2-12,3	8,4	2,7-14,2	9,1	4,8-13,4
35 a 44	16,7	12,7-20,7	17,9	11,7-24,1	15,6	10,5-20,7
45 a 54	21,9	16,7-27,1	15,4	9,1-21,7	27,9	20,1-35,7
55 a 64	16,8	9,6-24,1	5,2	0,2-10,1	28,4	16,1-40,7
65 e mais	13,5	7,7-19,3	7,7	0,0-16,0	18,8	10,8-26,8
Anos de escolaridade						
0 a 8	12,8	9,5-16,2	9,4	4,3-14,5	16,1	11,6-20,7
9 a 11	10,1	7,5-12,7	9,6	5,5-13,6	10,5	7,1-13,9
12 e mais	11,9	9,1-14,7	14,3	9,8-18,7	9,7	6,3-13,1
<b>Total</b>	<b>11,8</b>	<b>9,9-13,7</b>	<b>10,4</b>	<b>7,4-13,4</b>	<b>13,0</b>	<b>10,6-15,4</b>

Fonte: VIGITEL (2008)

maior que os homens nas faixas etárias de 35 a 44 anos e nas que possuem 12 anos ou mais de estudo. Adultos com idade entre 18 e 34 anos apresentaram menor consumo FVL que os com idade superior a 35 anos. O consumo também aumentou com a idade, quase dobrando após 35 anos, e com a escolaridade igual ou superior a 9 anos.

Em relação ao consumo de FVL em 5 ou mais porções diárias, observou-se que o percentual de consumo das mulheres também foi maior que o de homens. Tanto entre os homens, quanto entre as mulheres, aqueles com 12 anos e mais anos de escolaridade apresentaram maior percentual de consumo de FLV.

Na população geral observou-se que os homens consumiram mais carnes com excesso de gordura que as mulheres. Os jovens e os indivíduos com menos de 8 anos de estudo consumiram mais carnes com gordura.

**Tabela 3 – Percentual de indivíduos em relação ao consumo de frutas, verduras e legumes (FVL), carnes com gordura visível, leite com teor integral de gordura e refrigerantes, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, em Belo Horizonte**

Variáveis	Total		Sexo			
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Consumo FVL em 5 ou mais dias por semana</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	24,0	16,6-31,4	22,8	11,3-34,3	25,1	15,6-34,5
25 a 34	27,6	22,1-33,2	21,3	12,8-29,7	33,3	26,3-40,4
35 a 44	40,9	35,9-45,8	31,0	23,8-38,3	49,4	42,7-56,0
45 a 54	44,4	38,1-50,8	36,8	27,3-46,2	51,0	42,8-59,2
55 a 64	45,8	37,4-54,3	36,4	24,6-48,3	54,3	42,6-66,0
65 e mais	51,1	42,5-59,7	45,2	30,5-59,9	55,3	45,1-65,6
Anos de escolaridade						
0 a 8	25,8	20,9-30,7	19,8	12,4-27,2	31,4	24,9-37,9
9 a 11	35,5	31,4-39,5	30,5	24,4-36,5	39,3	33,9-44,8
12 e mais	54,9	50,8-59,1	46,3	40,1-52,4	62,8	57,3-68,2
<b>Total</b>	<b>34,2</b>	<b>31,2-37,2</b>	<b>27,9</b>	<b>23,4-32,4</b>	<b>39,8</b>	<b>35,7-43,8</b>
<b>Consumo de 5 ou mais porções diárias de FVL</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	15,1	9,5-20,6	11,5	4,7-18,3	18,3	9,7-26,9
25 a 34	17,4	12,9-21,9	11,7	5,2-18,2	22,6	16,5-28,6
35 a 44	25,2	21,0-29,4	17,5	12,2-22,8	31,9	25,7-38,0
45 a 54	29,3	23,7-35,0	22,3	14,2-30,4	35,4	27,6-43,1
55 a 64	25,8	18,8-32,8	18,5	9,3-27,6	32,4	22,1-42,7
65 e mais	30,6	23,0-38,2	20,7	8,7-32,8	37,7	28,1-47,4
Anos de escolaridade						
0 a 8	14,5	10,8-18,2	9,3	4,5-14,1	19,3	13,9-24,8
9 a 11	24,1	20,5-27,7	18,4	13,5-23,3	28,5	23,4-33,6
12 e mais	35,1	31,1-39,0	26,1	20,6-31,5	43,1	37,6-48,7
<b>Total</b>	<b>21,3</b>	<b>18,9-23,7</b>	<b>15,1</b>	<b>12,0-18,3</b>	<b>26,7</b>	<b>23,3-30,2</b>
<b>Consumo de carnes com excesso de gordura</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	40,3	30,7-49,9	41,9	28,5-55,4	38,8	25,0-52,6
25 a 34	43,6	36,7-50,5	53,9	42,7-65,1	34,3	26,0-42,7
35 a 44	34,7	29,9-39,5	44,0	36,3-51,7	26,7	20,9-32,5
45 a 54	28,8	22,7-34,9	40,6	30,4-50,7	18,6	11,9-25,3
55 a 64	29,7	21,6-37,8	44,5	31,6-57,4	16,4	8,3-24,6
65 e mais	26,9	19,2-34,7	42,4	27,9-56,9	15,8	8,3-23,3
Anos de escolaridade						
0 a 8	41,2	35,0-47,4	45,3	36,0-54,6	37,4	29,0-45,8
9 a 11	35,6	31,4-39,8	49,4	42,7-56,1	24,8	19,9-29,6
12 e mais	28,6	24,8-32,4	41,9	35,8-48,1	16,6	12,6-20,6
<b>Total</b>	<b>37,1</b>	<b>33,6-40,6</b>	<b>45,9</b>	<b>40,5-51,2</b>	<b>29,4</b>	<b>24,7-34,1</b>
<b>Consumo de leite com teor integral de gordura</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	56,9	47,5-66,3	49,9	35,8-64,1	63,3	51,9-74,4
25 a 34	56,8	50,1-63,6	59,8	48,8-70,9	54,2	46,1-62,2
35 a 44	59,8	54,9-64,7	61,6	54,2-69,1	58,2	51,7-64,6
45 a 54	54,2	47,7-60,6	57,4	47,2-67,6	51,4	43,2-59,6
55 a 64	53,5	45,0-62,0	41,0	28,4-53,5	64,7	54,5-75,0
65 e mais	52,3	43,7-60,9	55,6	40,9-70,3	49,9	39,7-60,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	58,8	52,8-64,9	54,9	45,4-64,4	62,5	55,2-69,9
9 a 11	61,8	57,6-65,9	64,9	58,7-71,1	59,3	23,8-64,9
12 e mais	42,1	38,0-46,3	44,3	38,2-50,5	40,2	34,6-45,7
<b>Total</b>	<b>56,7</b>	<b>53,3-60,1</b>	<b>55,8</b>	<b>50,4-61,3</b>	<b>57,4</b>	<b>53,1-61,6</b>
<b>Consumo de refrigerante em 5 ou mais dias da semana</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	35,0	25,6-44,3	39,2	25,7-52,7	31,1	18,1-44,2
25 a 34	28,0	21,5-34,4	30,5	19,6-41,3	25,7	18,3-33,1
35 a 44	17,4	13,7-21,2	19,4	13,5-25,3	15,7	11,0-20,5
45 a 54	11,0	7,1-14,9	13,1	6,4-19,8	9,2	4,6-13,7
55 a 64	11,3	5,8-16,8	8,9	1,7-16,2	13,4	5,3-21,5
65 e mais	9,5	4,7-14,3	11,5	2,9-20,1	8,1	2,6-13,5
Anos de escolaridade						
0 a 8	25,0	19,1-30,9	25,0	16,2-33,8	25,0	17,2-32,9
9 a 11	23,0	19,3-26,7	28,4	22,2-34,7	18,8	14,5-23,0
12 e mais	18,1	14,9-21,3	23,1	17,9-28,4	13,5	9,7-17,4
<b>Total</b>	<b>23,1</b>	<b>19,9-26,3</b>	<b>25,7</b>	<b>20,6-30,7</b>	<b>20,9</b>	<b>16,6-25,1</b>

Fonte: VIGITEL (2008)

O consumo de leite integral foi alto entre os adultos (56,7%). Foi observado que os indivíduos com 12 anos ou mais de estudo consumiram menos leite com teor integral de gordura.

O consumo de refrigerantes em 5 ou mais dias por semana foi de 23,1%. Não houve diferenças entre os sexos e o consumo reduziu com a idade, caindo de 35% (18 a 24 anos) para 9,5% (acima dos 65 anos).

Na população geral, verificou-se que os homens são mais fisicamente ativos no lazer que as mulheres (Tabela 4). Essa diferença foi mais expressiva entre 18 e 24 anos, quando os homens chegam a ser 4 vezes mais ativos (46,5%) que as mulheres (11,7%). Os homens reduziram drasticamente a prática de atividade física após os 24 anos e só voltaram a elevar os níveis de prática de atividade física no lazer após os 55 anos de idade. As mulheres mantiveram níveis estáveis variando entre 11 e 16%. Verificou-se também que a prática de atividade física no lazer foi menor entre os adultos com menos escolaridade.

A faixa etária em que se verificou um maior percentual de adultos fisicamente ativos na ocupação foi entre a população ativa economicamente (18 e 54 anos), caindo entre adultos com 65 anos e mais de idade. Em relação à diferença entre os sexos, de modo geral, os homens foram mais fisicamente ativos na ocupação que as mulheres. Adultos com mais escolaridade fazem menos atividade física na ocupação.

Atividade física no deslocamento foi baixa: apenas 8,6% dos adultos se deslocam ativamente, sendo maior naqueles com menor escolaridade e entre 25 e 34 anos de idade, embora não apresentem IC95% significativos.

A frequência de adultos fisicamente ativos no ambiente doméstico foi maior entre as mulheres, quase o dobro, mostrando que atividades domésticas como a limpeza da casa ainda são do domínio feminino. Além de serem majoritariamente predominante entre mulheres com menor escolaridade. E também em todas as faixas etárias, exceto na faixa dos 65 anos e mais, e em todos os níveis de escolaridade, as mulheres foram mais fisicamente ativas no ambiente doméstico que os homens. A diferença entre os sexos diminuiu com o aumento dos anos de estudo. As mulheres com idade entre 25 e 54 anos foram mais ativas que as que tinham 65 anos e mais de idade.

O percentual de adultos que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva nos últimos 30 dias foi de 18,4%, sendo esse percentual menor entre aqueles que tinham 65 anos e mais de idade. As faixas etárias mais jovens (18 a 34 anos) consumiram mais álcool abusivamente, embora só tenha diferenças significativas quando comparados aos adultos com 65 anos e mais de idade. Na população

**Tabela 4 – Percentual de indivíduos fisicamente ativos no lazer, na ocupação, no deslocamento e no ambiente doméstico, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, em Belo Horizonte**

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Atividade física suficiente no lazer</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	28,3	19,6-36,9	46,5	32,3-60,6	11,7	4,3-19,1
25 a 34	14,5	10,6-18,4	17,1	10,5-23,7	12,2	7,6-16,7
35 a 44	16,6	13,0-20,2	16,4	11,1-21,8	16,7	11,9-21,5
45 a 54	15,5	11,3-19,8	17,0	10,3-23,7	14,3	8,8-19,8
55 a 64	19,8	13,3-26,3	25,1	14,7-35,5	15,0	6,9-23,0
65 e mais	16,9	10,5-23,3	23,9	11,7-36,1	11,8	5,5-18,2
Anos de escolaridade						
0 a 8	15,2	10,4-20,0	19,4	11,0-27,9	11,2	6,7-15,6
9 a 11	22,4	18,8-26,1	31,3	25,0-37,6	15,5	11,5-19,5
12 e mais	23,5	20,0-27,0	31,8	26,0-37,6	16,0	12,0-20,0
<b>Total</b>	<b>19,0</b>	<b>16,3-21,7</b>	<b>25,8</b>	<b>20,4-30,1</b>	<b>13,5</b>	<b>10,8-16,1</b>
<b>Fisicamente ativos na ocupação</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	50,1	40,4-59,7	61,4	48,7-74,2	39,7	26,6-52,9
25 a 34	47,5	40,7-54,3	54,3	43,0-65,6	41,4	33,5-49,3
35 a 44	47,6	42,5-52,7	55,0	47,3-62,7	41,3	34,6-47,9
45 a 54	45,4	38,9-51,9	52,3	42,0-62,5	39,6	31,3-47,8
55 a 64	34,7	26,6-42,9	49,0	36,2-61,8	21,9	12,9-30,9
65 e mais	9,7	3,8-15,7	21,1	8,2-34,0	1,5	0,0-3,8
Anos de escolaridade						
0 a 8	49,5	43,3-55,6	60,6	51,5-69,7	39,1	31,0-47,1
9 a 11	46,2	41,9-50,5	56,3	49,7-63,0	38,3	32,8-43,7
12 e mais	31,3	27,5-35,2	32,7	26,9-38,6	30,1	24,9-35,3
<b>Total</b>	<b>45,1</b>	<b>41,6-48,6</b>	<b>54,1</b>	<b>48,8-59,4</b>	<b>37,2</b>	<b>32,7-41,6</b>
<b>Fisicamente ativos no deslocamento</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	8,6	3,4-13,8	11,2	2,3-20,0	6,2	0,4-12,1
25 a 34	10,5	5,7-15,3	9,0	1,5-16,5	11,8	5,7-18,0
35 a 44	8,8	5,7-12,0	7,2	3,1-11,4	10,2	5,6-14,9
45 a 54	6,5	2,8-10,2	5,6	0,9-10,3	7,3	1,8-12,8
55 a 64	8,0	2,9-13,1	15,6	5,5-25,6	1,2	0,0-3,1
65 e mais	3,7	0,0-8,4	8,8	0,0-19,5	0,0	0,0-0,0
Anos de escolaridade						
0 a 8	10,5	6,7-14,4	11,4	5,3-17,5	9,8	5,0-14,5
9 a 11	7,7	5,2-10,2	7,2	3,3-11,0	8,1	4,8-11,3
12 e mais	5,0	3,0-7,0	6,3	3,4-9,3	3,8	1,2-6,4
<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>6,5-10,7</b>	<b>9,2</b>	<b>5,8-12,6</b>	<b>8,1</b>	<b>5,5-10,7</b>
<b>Fisicamente ativos no ambiente doméstico</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	32,3	23,0-41,5	7,7	2,6-12,7	54,6	41,8-67,4
25 a 34	36,6	30,4-42,9	8,4	3,4-13,5	32,0	54,5-69,5
35 a 44	42,5	37,6-47,5	17,2	11,3-23,1	64,4	58,1-70,7
45 a 54	35,5	29,5-41,6	11,9	5,4-18,4	55,8	47,7-64,0
55 a 64	29,5	21,6-37,5	12,1	4,1-20,1	45,2	33,6-56,8
65 e mais	24,0	16,8-31,3	19,4	6,9-31,9	27,4	18,7-36,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	40,0	34,1-45,9	11,3	6,9-15,8	66,9	59,6-74,3
9 a 11	39,1	34,9-43,2	12,5	8,5-16,5	59,7	54,1-65,4
12 e mais	17,3	14,3-20,3	9,2	5,9-12,6	24,6	19,8-29,3
<b>Total</b>	<b>35,5</b>	<b>32,2-38,8</b>	<b>11,3</b>	<b>8,6-13,9</b>	<b>56,8</b>	<b>52,5-61,1</b>

Fonte: VIGITEL (2008)

geral não há diferenças entre anos de escolaridade, mas entre mulheres, as com 12 anos e mais de estudo consomem mais álcool que as que possuem de 9 a 11 anos de escolaridade.

O percentual de homens (2,7%) que declararam dirigir veículos motorizados após consumo abusivo de bebida alcoólica foi bem maior do que as mulheres (0,3%).

Verificou-se que 5,6% da população avaliou seu estado de saúde como ruim, sendo esse percentual maior entre as mulheres e entre os adultos com até 8 anos de escolaridade. Adultos acima de 45 anos tenderam a avaliar pior seu estado de saúde, embora não haja diferença significativa por faixa etária.

**Tabela 5 – Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que 5 doses (homens) ou 4 doses (mulheres) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, e que dirigiram veículos motorizados após o seu consumo, em Belo Horizonte**

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Consumo abusivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	22,5	13,8-31,2	26,5	14,2-38,8	18,9	6,3-31,4
25 a 34	22,0	15,6-28,4	33,6	22,4-44,9	11,5	6,0-17,0
35 a 44	17,0	13,0-20,9	25,4	18,3-32,5	9,8	6,2-13,3
45 a 54	16,0	11,1-21,0	26,0	16,8-35,2	7,5	3,7-11,3
55 a 64	10,0	4,9-15,1	18,8	8,7-28,9	2,1	0,2-4,0
65 e mais	2,3	0,0-4,6	4,0	0,0-8,6	1,1	0,0-3,2
Anos de escolaridade						
0 a 8	17,8	12,1-23,5	24,6	15,7-33,4	11,4	4,3-18,5
9 a 11	17,6	14,2-21,1	29,8	23,5-36,1	8,2	4,9-11,4
12 e mais	21,5	18,0-25,0	27,8	22,1-33,5	15,9	11,6-20,1
<b>Total</b>	<b>18,4</b>	<b>15,3-21,5</b>	<b>26,7</b>	<b>21,7-31,7</b>	<b>11,2</b>	<b>7,4-14,9</b>
<b>Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	1,1	0,0-2,3	2,4	0,0-4,9	0,0	0,0-0,0
25 a 34	2,6	0,9-4,3	4,7	1,3-8,2	0,7	0,0-1,6
35 a 44	1,0	0,3-1,7	2,1	0,6-3,6	0,1	0,0-0,3
45 a 54	1,0	0,1-1,9	1,5	0,0-3,3	0,5	0,0-1,3
55 a 64	0,5	0,0-1,2	1,0	0,0-2,5	0,0	0,0-0,0
65 e mais	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
Anos de escolaridade						
0 a 8	0,5	0,0-1,3	1,0	0,0-2,5	0,1	0,0-0,2
9 a 11	1,7	0,5-3,0	4,0	1,2-6,7	0,0	0,0-0,0
12 e mais	3,3	1,8-4,7	5,3	2,7-7,9	1,4	0,0-2,9
<b>Total</b>	<b>1,4</b>	<b>0,8-2,0</b>	<b>2,7</b>	<b>1,4-3,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0-0,6</b>

Fonte: VIGITEL (2008)

**Tabela 6 – Percentual de indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como ruim, por sexo, segundo idade e escolaridade, em Belo Horizonte**

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Autoavaliação do estado de saúde como ruim</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	5,9	0,0-12,0	1,2	0,0-2,8	10,0	0,0-21,3
25 a 34	2,7	0,6-4,7	0,5	0,0-1,2	4,7	0,9-8,5
35 a 44	4,2	2,0-6,4	4,2	0,3-8,0	4,2	1,8-6,7
45 a 54	9,6	5,1-14,0	6,7	0,3-13,1	12,1	5,9-18,2
55 a 64	10,7	5,1-16,2	10,1	1,8-18,5	11,1	3,8-18,5
65 e mais	9,4	4,5-14,3	3,2	0,0-8,1	13,8	6,4-21,3
Anos de escolaridade						
0 a 8	8,4	4,8-11,9	3,9	1,5-6,2	12,6	6,3-18,9
9 a 11	3,2	1,7-4,8	2,3	0,0-4,7	4,0	2,0-6,0
12 e mais	2,1	0,9-3,3	2,2	0,4-3,9	2,0	0,5-3,6
Total	5,6	3,7-7,5	3,1	1,6-4,5	7,8	4,6-11,1

Fonte: VIGITEL (2008)

Conforme a Tabela 7, verificou-se que 20,4% da população declarou diagnóstico médico de hipertensão arterial. A hipertensão arterial tende a aumentar com a idade em ambos os sexos, atingindo 47,9% em adultos de 55 a 64 anos e 61,7% acima dos 60 anos. A hipertensão arterial autorreferida é menor em mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade, comparada às que têm 8 anos ou menos de estudo.

A frequência de diabetes na população geral foi de 4,5%. Esse percentual aumentou com a idade, dobrando entre 35 e 44 anos e chegando a 22,9% em adultos com 65 anos e mais. Não há diferenças entre os sexos e escolaridade.

Observou-se que o percentual de adultos com diagnóstico médico de doenças do coração foi de 1,9%, aumentando com a idade, sendo maior na faixa etária acima dos 65 anos. Não houve diferenças segundo escolaridade.

O percentual de adultos com diagnóstico médico de dislipidemias foi de 14,6%, sendo maior nos indivíduos com 12 anos e mais de estudo. Em relação à diferença entre os sexos, a frequência de dislipidemias foi maior nas mulheres com até 8 anos de estudo que nos homens com mesmo nível de escolaridade. O diagnóstico tendeu a aumentar com a idade em ambos os sexos.

O diagnóstico de osteoporose foi maior entre as mulheres (4,7%) que entre os homens (1,5%) e aumentou com a idade. Mulheres com 8 anos ou menos de estudo tenderam a maior relato de osteoporose.

Em relação ao diagnóstico médico de asma (4,3% da população), não foi verificada diferenças significativas entre os sexos, faixas etárias e anos de escolaridade.

**Tabela 7 – Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial, Diabetes, Doenças do Coração, Dislipidemias, Osteoporose e Asma, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, em Belo Horizonte**

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Diagnóstico médico de Hipertensão Arterial</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	5,4	0,8-10,1	4,4	1,0-7,8	6,3	0,0-14,6
25 a 34	10,6	6,6-14,7	10,8	3,6-17,9	10,5	6,3-14,7
35 a 44	22,6	18,3-26,8	24,5	17,8-31,1	21,0	15,6-26,4
45 a 54	35,5	29,4-41,7	31,8	22,5-41,1	38,8	30,7-46,8
55 a 64	47,9	39,3-56,4	46,5	33,7-59,2	49,1	37,6-60,7
65 e mais	61,7	53,4-70,21	53,2	38,5-68,0	67,8	58,3-77,4
Anos de escolaridade						
0 a 8	23,5	19,2-27,8	18,6	12,7-24,5	28,1	21,9-34,2
9 a 11	16,9	14,0-19,7	17,3	12,7-21,9	16,5	12,9-20,2
12 e mais	18,0	14,8-21,1	24,2	18,9-29,5	12,3	8,9-18,5
<b>Total</b>	<b>20,4</b>	<b>18,0-22,8</b>	<b>19,3</b>	<b>15,8-22,8</b>	<b>21,4</b>	<b>18,2-24,6</b>
<b>Diagnóstico médico de Diabetes</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	0,5	0,0-1,2	0,0	0,0-0,0	0,9	0,0-2,3
25 a 34	1,0	0,0-1,9	0,7	0,0-1,7	1,2	0,0-2,8
35 a 44	2,8	1,2-4,4	2,6	0,1-5,1	3,0	1,0-5,1
45 a 54	9,2	4,9-13,4	12,5	4,6-20,5	6,3	2,6-10,0
55 a 64	15,6	9,2-22,0	16,7	7,1-26,3	14,6	6,1-23,1
65 e mais	22,9	15,7-30,2	23,4	10,8-36,0	22,6	14,1-31,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	6,2	4,4-8,1	6,5	3,5-9,5	6,0	3,7-8,3
9 a 11	2,3	1,3-3,3	1,9	0,6-3,2	2,6	1,1-4,1
12 e mais	3,3	2,0-4,7	3,9	1,9-6,0	2,8	1,1-4,6
<b>Total</b>	<b>4,5</b>	<b>3,5-5,5</b>	<b>4,7</b>	<b>3,0-6,3</b>	<b>4,3</b>	<b>3,1-5,5</b>
<b>Diagnóstico médico de doenças do coração</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	1,1	0,0-2,8	1,7	0,0-5,2	0,5	0,0-1,6
25 a 34	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
35 a 44	2,8	0,7-5,0	5,2	0,8-9,7	0,8	0,0-1,6
45 a 54	1,5	0,3-2,7	1,9	0,0-3,8	1,2	0,0-2,7
55 a 64	6,8	2,4-11,1	8,9	1,3-16,5	4,8	0,3-9,4
65 e mais	7,4	3,1-11,8	4,0	0,6-7,3	9,9	3,0-16,9
Anos de escolaridade						
0 a 8	2,2	1,0-3,5	2,9	0,6-5,3	1,6	0,5-2,6
9 a 11	1,6	0,5-2,7	2,2	0,0-4,4	1,1	0,2-2,1
12 e mais	1,7	0,6-2,9	2,4	0,3-4,6	1,1	0,0-2,3
<b>Total</b>	<b>1,9</b>	<b>1,2-2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>1,2-4,0</b>	<b>1,3</b>	<b>0,7-2,0</b>
<b>Diagnóstico médico de dislipidemias</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	2,5	1,0-4,1	2,2	0,0-4,4	2,9	0,5-5,2
25 a 34	8,5	5,5-11,6	5,6	2,6-8,5	11,2	6,3-16,1
35 a 44	15,8	12,3-19,3	13,7	8,9-18,6	17,6	12,7-22,4
45 a 54	29,0	23,2-34,8	31,4	22,0-40,7	27,0	19,7-34,2
55 a 64	35,0	27,2-42,9	28,0	16,8-39,1	41,4	30,3-52,4
65 e mais	37,0	28,9-45,1	30,0	16,7-43,3	42,1	32,1-52,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	13,4	10,5-16,3	8,2	4,8-11,6	18,3	13,7-22,8
9 a 11	12,1	9,6-14,5	11,5	7,8-15,2	12,5	9,3-15,8
12 e mais	22,3	18,9-25,7	26,2	20,7-31,8	18,8	14,8-22,7
<b>Total</b>	<b>14,6</b>	<b>12,8-16,4</b>	<b>12,5</b>	<b>10,1-15,0</b>	<b>16,4</b>	<b>13,9-19,0</b>

(continua)

(continuação)

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Diagnóstico médico de osteoporose</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	0,2	0,0-0,5	0,0	0,0-0,0	0,3	0,0-1,0
25 a 34	0,5	0,0-1,3	0,0	0,0-0,0	1,0	0,0-2,5
35 a 44	1,8	0,2-3,3	1,8	0,0-4,1	1,7	0,0-3,8
45 a 54	5,9	2,9-8,9	2,0	0,0-6,0	9,2	4,7-13,7
55 a 64	13,8	7,8-19,8	9,2	1,3-17,2	17,9	9,1-26,8
65 e mais	16,8	11,0-22,7	3,9	0,2-7,5	26,2	17,2-35,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	4,7	3,1-6,2	2,1	0,4-3,8	7,1	4,6-9,6
9 a 11	1,4	0,7-2,1	0,4	0,0-0,9	2,2	1,1-3,3
12 e mais	2,1	1,0-3,2	1,6	0,0-3,2	2,5	1,0-4,0
<b>Total</b>	<b>3,2</b>	<b>2,4-4,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,5-2,4</b>	<b>4,7</b>	<b>3,4-5,9</b>
<b>Diagnóstico médico de asma</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	2,9	1,2-4,7	1,3	0,0-2,7	4,4	1,4-7,5
25 a 34	3,7	1,7-5,6	1,4	0,1-2,7	5,7	2,2-9,2
35 a 44	3,4	1,7-5,0	3,6	1,1-6,2	3,1	1,0-5,3
45 a 54	6,6	3,0-10,2	8,6	1,7-15,5	4,9	2,0-7,8
55 a 64	7,5	1,9-13,1	3,5	0,0-8,3	11,1	1,7-20,6
65 e mais	7,1	3,1-11,1	2,4	0,0-4,8	10,6	4,1-17,0
Anos de escolaridade						
0 a 8	3,7	2,1-5,4	2,4	0,4-4,4	5,0	2,5-7,6
9 a 11	4,1	2,5-5,8	2,6	0,7-4,5	5,3	2,7-7,8
12 e mais	5,8	4,0-7,7	5,2	2,7-7,8	6,4	3,8-9,0
<b>Total</b>	<b>4,3</b>	<b>3,2-5,3</b>	<b>3,0</b>	<b>1,7-4,3</b>	<b>5,4</b>	<b>3,8-7,0</b>

Fonte: VIGITEL (2008)

**Tabela 8 - Percentual de adultos que referem se proteger da radiação ultravioleta, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, em Belo Horizonte**

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Proteção contra radiação ultravioleta</b>						
Idade (anos)						
18 a 24	40,2	31,0-49,4	31,9	19,0-44,8	47,7	34,7-60,7
25 a 34	41,7	35,3-48,1	22,6	14,8-30,5	58,8	50,7-66,8
35 a 44	47,7	42,7-52,8	29,7	22,8-36,6	63,3	56,9-69,7
45 a 54	40,3	34,1-46,5	23,9	15,3-32,6	54,4	46,1-62,6
55 a 64	29,0	22,0-36,0	11,7	5,4-17,9	44,6	33,4-55,8
65 e mais	28,3	20,8-35,8	14,7	4,4-25,1	38,1	28,2-48,0
Anos de escolaridade						
0 a 8	30,7	25,2-36,3	17,2	9,8-24,5	43,4	35,6-51,3
9 a 11	46,2	41,9-50,5	28,6	22,2-35,0	59,9	54,4-65,4
12 e mais	59,1	55,0-63,2	43,6	37,4-49,8	73,1	68,2-78,1
<b>Total</b>	<b>40,8</b>	<b>37,6-44,1</b>	<b>25,5</b>	<b>21,0-30,0</b>	<b>54,3</b>	<b>49,8-58,8</b>

Fonte: VIGITEL (2008)

**Tabela 9 – Percentual de mulheres entre 50 e 59 anos que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e nos últimos dois anos e percentual de mulheres entre 25 e 59 anos que realizaram papanicolau em algum momento de suas vidas e nos últimos 3 anos, segundo idade e anos de escolaridade, em Belo Horizonte**

Variáveis	Em algum momento de suas vidas		Últimos 2 anos (mamografia) ou 3 anos (papanicolau)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Mamografia</b>				
Idade (anos)				
50 a 54	81,9	74,2-89,6	68,3	59,5-77,2
55 a 59	78,7	68,5-88,8	60,6	48,7-72,5
Anos de escolaridade				
0 a 8	75,8	67,0-84,6	57,8	47,9-67,8
9 a 11	88,4	80,7-96,0	74,5	63,9-85,2
12 e mais	92,2	85,3-99,2	87,0	78,7-95,2
<b>Total</b>	<b>80,8</b>	<b>74,7-86,9</b>	<b>65,7</b>	<b>58,7-72,8</b>
<b>Papanicolau</b>				
Idade (anos)				
25 a 34	75,7	68,7-82,7	70,1	62,4-77,8
35 a 44	84,6	79,5-89,8	75,7	69,8-81,7
45 a 54	95,3	91,7-98,9	80,9	73,4-88,4
55 a 59	96,0	89,0-100,0	76,0	62,5-89,6
Anos de escolaridade				
0 a 8	81,3	75,0-87,6	67,3	59,9-74,7
9 a 11	82,1	76,6-87,5	76,4	70,6-82,2
12 e mais	91,3	87,7-95,0	87,6	83,2-92,0
<b>Total</b>	<b>83,6</b>	<b>80,1-87,2</b>	<b>74,4</b>	<b>70,3-78,6</b>

Fonte: VIGITEL (2008)

Em relação aos indivíduos que referiram se proteger contra radiação ultravioleta (40,8%) verificou-se que os homens se protegeram menos que as mulheres. A proteção contra a radiação foi maior com o aumento da escolaridade. As mulheres em todas as idades e em todas as faixas de escolaridade se protegeram mais da radiação ultravioleta que os homens.

Verificou-se que 80,8% das mulheres (45 a 59 anos) declararam ter realizado mamografia em algum momento de suas vidas e 65,7% declararam já tê-la realizado nos últimos 2 anos.

O número de mulheres (50 a 59 anos) que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas ou nos últimos dois anos foi maior entre as que tinham 12 anos e mais de estudo em relação às que tinham até 8 anos.

Em relação ao exame de papanicolau, 83,6% das mulheres (25 a 59 anos) realizaram-no em algum momento de suas vidas e 74,4% realizaram-no nos últimos 3 anos. A frequência de mulheres que realizaram o exame em algum momento

de suas vidas foi menor entre os 25 e 44 anos de idade. Em relação aos anos de escolaridade, a frequência da realização de papanicolau em algum momento de suas vidas ou nos últimos 3 anos foi menor entre as mulheres com até 11 anos em relação as que têm 12 anos e mais.

### 3.2 Distribuição dos Fatores de Risco e Proteção para DCNT em Usuários de Planos de Saúde em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, segundo os dados do VIGITEL 2008, praticamente 49,7% da população possui algum plano de saúde (Tabela 10), sendo 48,7% de homens e 50,5% de mulheres.

**Tabela 10 – Proporção de beneficiários de planos de saúde em Belo Horizonte**

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Beneficiários de Planos de Saúde	49,7	46,0-53,3	48,7	43,9-53,5	50,5	45,1-55,8

Fonte: VIGITEL (2008)

Na Tabela 11 são descritos a prevalência de fatores de risco e proteção para DCNT em beneficiários ( $\geq 18$  anos) de planos de saúde, segundo sexo, em Belo Horizonte.

Em relação ao percentual de adultos fumantes, que consomem mais de 20 cigarros por dia e ex-fumantes não foram verificadas diferenças significativas entre os sexos.

A diferença entre os sexos também não foi verificada para as variáveis excesso de peso, obesidade, consumo regular e recomendado de FVL, consumo de carne com gordura visível, consumo regular de leite integral, consumo regular de refrigerantes e atividade física suficiente no lazer.

Foi observado que homens consumiram mais bebida alcoólica que as mulheres (37% dos homens e 12% das mulheres declararam consumi-la de forma abusiva).

Em relação à direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebida alcoólica, também foi verificada diferença entre os sexos. 3,6% dos homens declararam já ter dirigido após consumir bebida alcoólica de forma abusiva. Esse costume praticamente não foi verificado entre as mulheres (0,1%).

**Tabela 11 – Percentual de adultos (≥ 18 anos) beneficiários de planos de saúde segundo variáveis, por sexo, em Belo Horizonte**

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Fumantes	17,7	11,5-23,8	20,1	11,1-29,1	15,6	7,1-24,1
Consumo de 20 ou mais cigarros/dia	3,0	1,8-4,3	4,8	2,3-7,3	1,5	0,5-2,5
Ex-fumantes	20,7	16,1-25,2	27,0	18,5-35,5	15,3	11,4-19,1
Excesso de peso	38,9	32,9-45,1	42,7	33,0-52,3	35,4	27,5-43,4
Obesidade	11,9	6,5-17,2	11,9	3,6-20,2	11,9	5,0-18,7
Consumo regular de FVL	43,1	37,0-49,1	35,0	25,5-44,6	49,9	42,2-57,7
Consumo recomendado de FVL	22,0	17,8-26,1	19,4	12,1-26,6	24,1	19,3-29,0
Consumo de carnes com gordura visível	40,5	34,3-46,8	46,8	36,9-56,5	35,2	26,9-43,5
Consumo de leite integral	49,4	43,2-55,5	53,0	42,8-63,1	46,3	38,7-53,9
Consumo de refrigerantes	25,5	19,6-31,4	32,4	22,3-42,5	19,7	13,5-25,8
Atividade física suficiente no lazer	19,2	13,9-24,5	21,3	12,3-30,4	17,4	11,3-23,5
Consumo abusivo de bebida alcoólica	23,4	17,6-29,3	37,0	26,7-47,2	12,0	7,2-16,7 *
Direção após consumo abusivo de álcool	1,7	1,0-2,4	3,6	1,9-5,2	0,1	0-0,3 *
Autoavaliação do estado de saúde como ruim	2,5	1,3-3,8	1,9	0,0-4,0	3,1	1,6-4,5
Proteção contra radiação UV	43,4	37,2-49,6	24,9	16,5-33,3	59,1	51,9-66,3 *
Diagnóstico médico de hipertensão	23,8	19,4-28,1	22,2	15,6-28,7	25,1	19,4-30,8
Diagnóstico médico de diabetes	3,8	2,4-5,1	3,7	1,5-5,9	3,8	2,2-5,4
Diagnóstico médico de dislipidemia	15,2	12,2-18,2	12,9	8,6-17,3	17,2	13,0-21,3
Diagnóstico médico de doenças do coração	1,4	0,7-2,1	1,6	0,4-2,8	1,3	0,4-2,1
Diagnóstico médico de osteoporose	3,3	2,3-4,4	0,2	0,3-0,4	6,0	4,0-8,0 *
Diagnóstico médico de asma	3,8	2,6-5,0	2,0	0,8-3,2	5,3	3,3-7,3 *

Fonte: VIGITEL (2008)

\* IC significativos

Não foi verificada diferença significativa entre os sexos em relação à autoavaliação do estado de saúde como ruim.

Ao considerar a proteção contra a radiação ultravioleta, observou-se que as mulheres (59,1%) possuíam uma maior preocupação com essa prática que os homens (24,9%).

Em relação ao diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias e doenças do coração, não foram verificadas diferenças significativas entre os sexos.

Já a frequência dos diagnósticos médicos, osteoporose e asma se diferem quanto ao gênero, sendo observada uma maior frequência entre as mulheres, que entre os homens, principalmente para a osteoporose (6,0% entre as mulheres e 0,2% entre os homens) e para a asma (5,3% entre as mulheres e 2,0% entre os homens).

A Tabela 12 mostra a frequência da realização de mamografia por mulheres beneficiárias de planos de saúde, com idade entre 50 e 69 anos, em Belo Horizonte.

Verificou-se que 95,9% das mulheres realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e 87,5% realizaram o exame nos últimos 2 anos.

Entre as mulheres beneficiárias de planos de saúde, com idade entre 25 e 59 anos, 89,4% realizaram o exame de citologia oncótica em algum momento de suas vidas e 85,6% o realizaram nos últimos 3 anos.

**Tabela 12 – Exame de mamografia realizado por mulheres (50 a 69 anos) beneficiárias de plano de saúde, segundo frequência, em Belo Horizonte**

<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
Realizado em algum momento de suas vidas	95,9	91,5-100,0
Realizado nos últimos 2 anos	87,5	80,5-94,6

Fonte: VIGITEL (2008)

**Tabela 13 – Exame de citologia oncótica realizado por mulheres (25 a 59 anos) beneficiárias de plano de saúde, segundo frequência, em Belo Horizonte**

<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
Realizado em algum momento de suas vidas	89,4	82,8-95,9
Realizado nos últimos 3 anos	85,6	78,8-92,5

Fonte: VIGITEL (2008)

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados analisados nos indicam que a baixa escolaridade esteve associada a comportamentos de risco, como o hábito de fumar, o consumo de carnes com excesso de gordura, consumo de leite com teor integral de gordura, baixo consumo de FVL, baixa proteção contra raios ultravioletas e baixa frequência na realização de exames de papanicolau e mamografia.

Dessa forma, os adultos com baixa escolaridade se tornam alvo das políticas públicas, objetivando uma mudança comportamental com consequente impacto na prevenção das DCNT.

Apesar de um menor percentual de mulheres que de homens apresentarem excesso de peso e de as mulheres possuírem hábitos alimentares mais saudáveis, consumindo mais FVL e menos carnes com gordura visível, elas mostraram ser mais fisicamente inativas. Uma das alternativas para aumentar a prática de atividade física entre as mulheres, como também na população geral, seria a criação de espaços públicos, bem estruturados e seguros que proporcionassem bem-estar aos que ali exercem alguma atividade física.

O percentual de adultos que dirigiram após beber foi maior entre os homens e entre aqueles com 12 anos e mais de estudo. O alto percentual de homens que dirigem após consumir bebida alcoólica nos mostra a necessidade de se investir na construção de políticas mais rigorosas para prevenir tal ato.

A frequência de obesidade, hipertensão, diabetes, doenças do coração e dislipidemias aumentaram diretamente com a idade, tornando a população idosa alvo de práticas para detecção precoce dessas afecções para prevenção de agravos.

As diferenças verificadas em relação à frequência dos fatores de risco e proteção para DCNT entre a população geral e a população usuária de planos de saúde foi somente na autoavaliação do estado de saúde, no qual se verificou que o percentual de mulheres usuárias de planos de saúde que referiram saúde ruim foi menor que o percentual de mulheres da população geral. E também se verificou que o percentual de homens que referiram diagnóstico médico de osteoporose foi menor que o percentual encontrado entre os homens na população geral. O percentual de mulheres que realizaram o exame de mamografia e papanicolou foi maior entre as que possuem planos de saúde. Ações devem ser dirigidas para diminuir essas iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

---

ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, set./out. 2008.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168p.

\_\_\_\_\_. **ANS Tabnet**. 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>. Acesso em: 2 fev. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro – situação e desafios atuais**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Vigitel – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2007**. Brasília, 2008, 141 p.

\_\_\_\_\_. **Vigitel – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2008**. Brasília, 2009, 112 p.

CIORLIA, L. A. S.; GODOY, M. F. Fatores de risco cardiovascular e mortalidade. seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. **Arq. Bras. Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 20-25, jul. 2005.

GODOY-MATOS, A. F. **Síndrome Metabólica**. São Paulo: Atheneu, 2005. 356 p.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 969-976, jul./ago. 2001.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população 2007**. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: maio 2008.

LE MURA, L. M. *et al.* Lipid and lipoprotein profiles, cardiovascular fitness, body composition, and diet during and after resistance, aerobic and combination training in young women. **Eur J Appl Physiol**, v. 85, n. 5/6, p. 451-458, ago. 2000.

LIMA-COSTA, M. F. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 857-864, 2004.

MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

\_\_\_\_\_. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 159-167, 2008.

\_\_\_\_\_. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiol. Ser. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 7-16, mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr./jun. 2004.

\_\_\_\_\_. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil 2008. **J. Bras. Pneumol.**, v. 36, n. 1, 2010.

MAYER-DAVIS, E. J. *et al.* Intensity and amount of physical activity in relation to insulin sensitivity: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. **JAMA**, v. 279, n. 9, p. 669-674, mar. 1998.

MOURA, E. C. *et al.* Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal (2006). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 20-37, 2008.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

PATÊ. R. R. *et al.* Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, Columbia, v. 273, n. 5, p. 402-407, fev.1995.

PBH. **Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**, 2010. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

ROSS, R.; JANSSEN, I. Physical activity, total and regional obesity: dose-response considerations. **Med Sci Sports Exerc**, Ontario, v. 233, p. 21-27, 2001.

SCHMITZ, K. *et al.* Physical activity and body weight: associations over ten years in the cardia study. Coronary Artery Risk Development in Young Adults. **Int J Obes Relat Metab Disord**, Minneapolis, v. 24, p. 1475-1487, 2000.

TRICHOPOULOU, A. *et al.* Diet and physical activity in relation to overall mortality amongst adult diabetics in a general population cohort. **J Intern Med**, Athens, v. 259, p. 583-591, 2006.



## II PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR (2012)

2º lugar

---

### PERFIL DE SAÚDE: FERRAMENTA PARA PROGRAMA DE MONITORAMENTO TELEFÔNICO EM UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

**Indayanna Teixeira de Paula Queiroz**

Resumo da monografia apresentada no MBA em Planos de Saúde pela  
Universidade Anhanguera.

## RESUMO

---

A HAS é responsável por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, especialmente em pacientes com fatores de risco associados. **OBJETIVO:** Apresentar resultados do perfilamento de saúde dos clientes eleitos em programa de monitoramento telefônico de um Plano de Saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, utilizando dados do questionário de qualificação para ingresso no Programa. Amostra foi de 218 clientes. **RESULTADOS:** Identificamos fatores de riscos e hábitos danosos à HAS: IMC elevado 68,8%, alcoolismo 45,5%, sedentarismo 55,5%, tabagismo 34,4%. Positivamente, temos 85,8% clientes acompanhados, pressão arterial controlada 73,9% e baixas taxas de utilizações em pronto socorro e internações. **CONCLUSÃO:** Os hábitos supracitados são modificáveis pela mudança do estilo de vida. Assim, percebe-se a necessidade de focar no estímulo ao autocuidado e acompanhar as morbidades associadas. Faz-se necessárias novas análises durante o acompanhamento, para mensurar resultados em saúde e qualificar o Programa.

## 1. INTRODUÇÃO

---

As Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças de fatores de riscos comuns e demandam por assistências continuadas de serviços e custos progressivos ao momento que se cronificam, exemplificando a Hipertensão Arterial, o Diabetes, o Câncer, dentre outras. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005 (WHO, 2005). No Brasil as DCNT seguem padrão semelhante, e em 2007 estas foram a principal causa de óbito, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (29,4%) e as neoplasias (15,4%) (BRASIL, 2010).

Boa parte das complicações/morbididades apresentadas provém das patologias de bases do paciente, especialmente da Hipertensão arterial sistêmica (HAS). Dessa forma, o Ministério da Saúde implantou a pesquisa Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas) em 2006, realizada em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, para fins de monitoramento dos principais fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis. No levantamento em 2010, a população adulta das 27 cidades estudadas apresentou a frequência de diagnóstico de hipertensão arterial de 23,3%, sendo maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). (BRASIL, 2011).

Com isso, ressaltamos a importância de ações voltadas para o controle das DCNT que a cada dia estão mais incidentes no País e atingindo cada vez mais jovens a fim de favorecer o Envelhecimento Ativo.

O envelhecimento populacional é um fator a ser analisado, pois tendência o aparecimento de DCNT e da cronificação das mesmas. No estudo titulado “Uma abordagem demográfica para estimar o padrão histórico e os níveis de subnumeração de pessoas nos censos demográficos e contagens da população”, que traz ainda a projeção da população do Brasil, por sexo e idade para o período 1980-2050, o IBGE descreve que as taxas de crescimento correspondentes às crianças mostram que este segmento vem diminuindo em valor absoluto desde o período 1990-2000. Em contrapartida, nos brasileiros com 65 anos ou mais, são as mais elevadas, podendo superar os 4% ao ano entre 2025 e 2030. Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos correspondem a 26,47% da população total, a massa populacional com 65 anos ou mais representa 6,53%. Em 2050, a situação muda e o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total.

Em 2008, a média de vida para mulheres chega a 76,6 anos e para os homens 69,0 anos, uma diferença de 7,6 anos. Em escala mundial, a esperança de vida ao nascer foi estimada, para 2008 (período 2005-2010), em 67,2 anos e, para 2045-2050, a ONU projeta uma vida média de 75,40 anos.

Desta forma cada vez mais os Planos de Saúde tornam-se responsáveis pela saúde dos seus usuários. Dar-se assim o cuidado de ver o paciente como um ser de necessidades ampliadas e que seu atendimento deve contemplar diversas especialidades, acesso a exames e procedimentos de alto custo e tudo que o plano venha a oferecer. Porém, por muito tempo foi abolido neste setor as ações preventivas, a busca pela qualidade de vida, redução de riscos, prevenção de doenças crônicas e agravos, ou seja, o Sistema Privado se manteve por muito tempo voltado exclusivamente para ações curativas e hospitalocêntricas. Para Miranda (2003, p. 10) a “ausência de doença não é sinônimo de saúde e a presença de saúde não significa a eliminação da doença. Um modelo mais próximo do ideal engloba de forma integrada, mas diversa, a coexistência de dois tipos de sistema: um voltado para a doença e outro voltado para a saúde”. Observamos que esta mudança de pensamento faz com que ocorra a adequação de modelo de assistência que atenda a esta demanda.

Daí a necessidade de inserirmos cada vez mais a saúde preventiva como estratégia de redução de ônus no cuidado à saúde, mesmo que em longo prazo, sendo uma forma de intervenção de baixo custo, proporcionando a estabilização e/ou tardiamento de instalação de doenças crônicas e seus agravos, diminuindo a necessidade de procedimento de altos custos.

Assim, percebemos o movimento de algumas Operadoras de Planos de Saúde impulsionadas por seu órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em oferecerem produtos com as características preventivas e promotoras de Saúde a seus usuários.

Diante da realidade apresentada, ressaltamos a importância em conhecer o perfil de saúde dos clientes assistidos pelo Programa de Saúde Preventiva, o que viabilizará uma melhor intervenção com foco no incentivo ao autocuidado e melhoria de qualidade de vida, pois trabalharemos a mudança de hábitos de vida do mesmo, já que a patologia uma vez instalada nos dá apenas opção de estabilizá-la e dirimir suas complicações.

Dentre os cuidados oferecidos aos Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), temos a etapa de Educação em saúde, na qual oferecemos, por meio de orientações, incentivo ao autocuidado, avaliação das medidas antropométricas, acompanhamentos dos resultados de exames, um aten-

dimento integral ao doente crônico. Para que isso seja feito com qualidade é necessário conhecer os hábitos de vida da população atendida. A pesquisa em questão apresentará os resultados do perfilamento de saúde dos clientes eleitos para participar de um programa de prevenção secundária de uma operadora de Plano de Saúde e ressaltará a importância desta etapa para melhor intervenção em saúde.

O interesse pelo estudo surgiu pela empatia com o tema e experiência profissional vivenciada desde a implantação dos Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças da Instituição, há mais de quatro anos e, destes, desde março de 2009 à frente da coordenação do Programa de Monitoramento Telefônico. Este serviço já atende diabéticos desde sua implantação e, a partir de junho de 2011, passou a acompanhar também os hipertensos.

## 2. OBJETIVOS

---

### **Geral:**

- Conhecer o perfil de saúde dos clientes assistidos por Programa de Monitoramento Telefônico para portadores de hipertensão.

### **Específicos:**

- Identificar os principais hábitos de vida e complicações da saúde dos hipertensos que interferem no acompanhamento durante a fase de monitoramento;
- Descrever a experiência da Instituição com o programa de monitoramento telefônico de portadores de Hipertensão Arterial.

### 3. METODOLOGIA

---

#### **Tipo de Pesquisa/Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, utilizando dados secundários com instrumento de coleta de dados gerado pelo questionário de qualificação para ingresso no Programa de Monitoramento Telefônico da Operadora.

#### **Local do Estudo/ Período da Coleta**

O local selecionado para a realização da pesquisa é uma Operadora de Plano de saúde que atende especialmente funcionários de um Banco Público, de empresas coligadas e seus dependentes. Essa operadora possui uma área que coordena os Programas de Promoção à saúde e Prevenção de Doenças. Destes, estudaremos o Programa de nível secundário de atenção que por meio de ligações telefônicas oferece acompanhamento aos portadores de Diabetes Mellitus desde 2009 e desde junho de 2011 aos hipertensos.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro e novembro de 2011. Os dados foram coletados do *software* utilizado pela operadora, o qual apresenta o protocolo de monitoramento de Hipertensos que é utilizado pela empresa, sendo nele armazenadas todas as informações obtidas durante cada contato com o beneficiário. Nesse programa foram obtidos os dados referentes às variáveis que serão discutidas.

#### **População e Amostra**

A população do estudo foi escolhida com base em pacientes hipertensos que ingressaram no Programa de Monitoramento Telefônico da instituição, chamado PREVFONE, no período de junho e julho de 2011. A amostra é constituída por 218 clientes.

#### **Instrumentos para Coleta de Dados**

Para a coleta dos dados foi utilizada uma planilha de dados, para compilar os dados extraídos dos questionários avaliados, chamado de Inquérito para Hipertensão, que contém dados sobre: tempo de doenças, tabagismo, etilismo, tratamento, alimentação, prática de atividade física, patologias associadas, com-

plicações, utilização de pronto-socorro, internações, acompanhamento de especialistas e outros.

### **Propostas de Análise de Resultados**

Foi utilizada planilha do Excel 2007, na qual registramos os dados obtidos. Após esse momento, realizamos uma análise de acordo com cada variável.

### **Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa**

Esse estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96, que trata das pesquisas com seres humanos, na qual determina que se tenha consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia); que haja ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência); garantia de que danos previsíveis sejam evitados (não maleficência) e que seja certificado a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

---

### **4.1 Hipertensão Arterial**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia crônica que se apresenta quando os valores de pressão arterial estão elevados e assim se mantêm. Tendo por algumas de suas causas a hereditariedade, idade, obesidade e estilo de vida, este é fator de risco comum e potencialmente modificável como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo, etilismo e uso de cigarro, comum às demais patologias crônicas como: diabetes mellitus, obesidade e dislipidemia, por exemplo.

A HAS é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas, especialmente em pacientes hipertensos com terapia anti-hipertensiva inadequada e fatores de risco associados. Dados estatísticos apresentados no Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* apontam que cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam HAS associada (BRASIL, 2002).

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física (WHO, 2005).

Portanto, ressaltamos a importância em se conhecer os fatores de risco e hábitos da população acompanhada.

O conhecimento atualizado das condições de saúde da população decorre da realização de estudos e análises das informações disponíveis, especialmente as referentes ao conjunto de indicadores básicos selecionados para acompanhamento periódico (como, por exemplo, taxa de prevalência de hipertensão arterial). O uso regular desses dados, por serviços e instituições acadêmicas da área de saúde, contribui decisivamente para o progressivo aprimoramento dos sistemas e bases de dados e, conseqüentemente, para a consistência das análises realizadas (ROESE *et al.*, 2011).

Esta intenção é reforçada no relatório apresentado pela Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes do MS:

Esses registros são aplicativos eletrônicos utilizados para capturar, gerenciar e fornecer informações sobre uma condição de saúde específica; oferecem um suporte importante e fundamental para a gestão do cuidado de pacientes com uma doença crônica. Podem ser utilizados de diversas maneiras e objetivos, tais como: (1) gerar relatórios de monitoramento de resultados clínicos (gestão clínica) para médicos e profissionais da equipe sobre parâmetros e desfechos clínicos do paciente; (2) fornecer relatórios que identificam pacientes que não estão recebendo atendimento de acordo com diretrizes clínicas ou que permanecem fora da meta estipulada; (3) criar lembretes para determinados pacientes que possibilitem uma busca ativa para melhor gestão do cuidado; e (4) criar listas de pacientes de “alto risco” que requerem uma gestão mais intensiva (gestão do caso) (BRASIL, 2011).

Sendo assim, acreditamos que a Equipe responsável pelo acompanhamento deve ter cada vez mais conhecimento sobre o perfil do público/cliente assistido, em diversas especificidades: sexo, idade, hábitos, nível socioeconômico, complicações, para juntamente com o mesmo traçar metas ideais de resultados, favorecendo um ambiente de confiança e de sucesso.

## 4.2. Programa Prevfone

O Prevfone é um programa de prevenção secundária, que tem como objetivo principal monitorar, por meio de contatos telefônicos, os clientes portadores de hipertensão e diabetes que têm o convênio com a Operadora de Plano de Saúde. Este ainda objetiva-se a incentivar o autocuidado, orientar quanto a hábitos saudáveis, fidelizar o cliente ao médico de referência, acompanhar periodicamente a saúde do cliente, com envios sistemáticos de exames laboratoriais e estreitar o relacionamento com o cliente prezando pela excelência no atendimento.

A equipe de trabalho é formada por 13 acadêmicos de enfermagem coordenados por enfermeiro com suporte de equipe multidisciplinar: médico, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional.

As etapas do programa são: estratificação, que é o rastreamento dos clientes elegíveis, por meio de avaliação sobre sua utilização no plano cruzando parâmetros como sexo e idade. Posteriormente vem a etapa de qualificação destes dados que consiste na aplicação de um perfil de saúde onde se questiona o tempo de doença, complicações, patologias associadas, hábitos de vida, históricos familiares, acompanhamento médico e outros. E ao confirmar a patologia é oferecido o monitoramento adequado, que é um plano de cuidado continuado, por um período de 12 meses, onde o cliente receberá ligações mensais ou a cada 45 dias, momento onde é abordado o cuidado com a saúde, controle de resultados e taxas (pressão arterial, glicemia, circunferência abdominal, peso, IMC), solicitação e acompanhamento de resultados de exames laboratoriais e incentivo ao vínculo com médico.

Em paralelo ao contato telefônico é enviado material educativo eletrônico ou por correio com intuito de materializar as orientações repassadas.

O Programa já existe desde 2009, quando iniciou com os cuidados aos portadores de Diabetes e desde 2011 foi estendido aos hipertensos. A atuação é em todo território nacional com foco nos clientes com idade superior ou igual a 20 anos, podendo ser titular ou dependente do plano de saúde.

O Programa já atende cerca de 1.218 clientes, sendo 854 diabéticos e 364 hipertensos (dados de fevereiro de 2012). As expectativas para este ano são de atingir a meta de 1.300 assistidos.

## 5. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

---

Foram avaliados 218 beneficiários incluídos no programa nos meses de junho e julho de 2011 de ambos os sexos. A amostra foi constituída de 46,73% do sexo feminino e 53,27% do sexo masculino. A média de idade da população foi de 61 anos, sendo 65 para as mulheres e 58 para os homens.

Os dados referentes ao peso estão apresentados na Tabela 1. Optamos por apresentar o valor do Índice de Massa Corpórea (IMC).

Destaca-se a predominância do sobrepeso entre os assistidos (44,5%), além de 24,3% da população com obesidade, sendo destes 2,3% com obesidade mórbida. Este dado é preocupante, pois a obesidade e o sobrepeso são fatores de riscos importantes para a hipertensão arterial.

Quando questionados sobre o tempo de doença e último valor da aferição da pressão arterial (Tabela 2), observa-se que a maior parte da amostra tem mais de 10 anos de doença e quando comparamos com os valores da PA percebemos que neste grupo a PA se mantém principalmente em valores normais e limítrofes, característica vista no grupo geral, no qual 73,9% relata ter pressão nestes padrões. Ressaltamos, ainda, que 5,9% diz não saber o valor da última PA ou não tem o hábito de aferi-la. Este dado é importante para que durante o acompanhamento trabalheamos junto ao cliente sobre a monitorização da pressão arterial, focando o cliente que não tem este hábito.

**Tabela 1 - Percentual de fumantes, ex-fumantes e adultos que fumam mais de 20 cigarros por dia, segundo sexo, idade e anos de escolaridade em Belo Horizonte**

VALOR DE REFERÊNCIA DE IMC (kg/m <sup>2</sup> )	N	%
BAIXO PESO	-	-
PESO NORMAL	41	18,8
SOBREPESO	97	44,5
OBESIDADE GRAU I	34	15,6
OBESIDADE GRAU II	14	6,4
OBESIDADE GRAU III	5	2,3
NÃO SOUBE INFORMAR	27	12,4

**Tabela 2 – Tempo de doença e valor da última aferição da Pressão Arterial**

	TEMPO DE DOENÇA				
	< 1 ANO	1-5 ANOS	5-10 ANOS	>10 ANOS	TOTAL
<b>N</b>	13	74	44	87	218
<b>%</b>	6,0	33,9	20,2	39,9	100
<b>PA Normal</b> (PS <130 e PD <85)	4 30,8%	50 67,6%	28 63,6%	52 59,8%	134 61,5%
<b>PA Limitrofe</b> (PS 130-139 e PD 85-89)	1 7,7 %	8 10,8%	2 4,5%	16 18,4%	27 12,4%
<b>Hipertensão Estágio I</b> (PS 140-159 e PD 90-99)	5 38,5%	9 12,2%	7 15,9%	10 11,5%	31 14,2%
<b>Hipertensão Estágio II</b> (PS 160-179 e PD 100-109)	- -	2 2,7%	- -	4 4,6%	6 2,7%
<b>Hipertensão Estágio III</b> (PS >= 180 e PD >=110)	2 15,4%	- -	- -	2 2,3%	4 1,8%
<b>Isolada</b> (PS >= 140 e PD < 90)	- -	1 15,4%	- -	2 2,3%	3 1,4%
<b>NS</b>	1 7,7%	4 5,4%	7 15,9%	1 1,1%	13 5,9%

Sobre o acompanhamento médico, 85,8% diz ter suporte contínuo de profissional em consultório e destes 77,5% são atendidos regularmente por cardiologistas. Este dado é animador, pois durante o programa incentivamos a fidelização a um médico de referência e sugerimos que este seja o cardiologista, porém percebemos na prática que muitos dos clientes são acompanhados pelo geriatra, clínico ou mesmo endocrinologista.

Falando ainda sobre o autocuidado, detectamos que 44,5% diz praticar atividade física pelo menos 3 vezes na semana, sendo mais incidente nos pacientes do sexo masculino. Quanto à alimentação, 69,3% relata ter dieta saudável, e, ao contrário da atividade física, a predominância foi para o sexo feminino.

É válido citar que o sedentário tem aproximadamente 30% a mais de risco de desenvolver a patologias cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Quando questionados sobre a utilização de pronto-socorro e internações, percebemos que a incidência foi muito baixa. Acreditamos que isso ocorra por termos um público, em sua maioria, com pressão arterial controlada e fidelizada a algum profissional médico, o que reduz a necessidade de buscar atendimento mais especializado.

**Tabela 3 – Autocuidado: dieta saudável, atividade física e acompanhamento médico em consultório**

HÁBITOS SAUDÁVEIS	N	%	F	%	M	%
Dieta saudável	151	69,3%	75	72,1%	76	66,7%
Prática de atividade física regular	97	44,5%	38	36,5%	59	51,8%
Acompanhamento em consultório	187	85,8%	95	91,3%	92	80,7%
Acompanhamento por cardiologista	169	77,5%	84	80,8%	85	74,6%

**Tabela 4 – Intercorrências: pronto-socorro e internações**

INTERCORRÊNCIAS E USO DE MEDICAMENTOS	TOTAL		SEXO			
	N	%	F	%	M	%
VARIÁVEIS						
Uso de três ou mais medicamentos para controle da hipertensão arterial	14	6,4%	6	5,8%	8	7,0%
Atendimento em PS nos últimos 12 meses por pressão alta	23	10,6%	15	14,4%	8	7,0%
Internação nos últimos 12 meses por pressão alta	3	1,4%	1	1,0%	2	1,8%

A história familiar de hipertensão é um importante fator de risco para o desenvolvimento da mesma, sendo as chances maiores quando o mesmo é filho de pais hipertensos. Daí a importância de rastrear e acompanhar os casos iniciais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002). Observou-se que 79,4% tem antecedentes familiares de HAS e 41,7% tem familiares diabéticos. Este dado é interessante, pois podemos questionar se o familiar tem o convênio para assim oferecer o programa de monitoramento, além de nos anteceder sobre os cuidados com os índices glicêmicos, por meio de orientação nutricional, incentivo a atividade física e acompanhamento laboratorial.

Sobre o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, 45,4% dos avaliados responderam positivamente. Destes, 69,3% são do sexo masculino. Dado bem parecido com o do tabagismo, onde a predominância também é masculina. O uso de uma quantidade maior de álcool eleva a PA e está associada a maiores chances de aparecimento de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

**Tabela 5 – Complicações e história familiar**

COMPLICAÇÕES E HISTÓRIA NA FAMÍLIA VARIÁVEL	TOTAL		SEXO			
	N	%	F	%	M	%
História de Hipertensão na família	173	79,4%	87	83,7%	86	75,4%
História de Diabetes na família	91	41,7%	49	47,1%	42	36,8%
História de Problema de Coração (Doença cardiovascular)	64	29,4%	33	31,7%	31	27,2%
História de AVC (Doença cerebrovascular)	26	11,9%	15	14,4%	11	9,6%
História de Dislipidemia	146	67,0%	69	66,3%	77	67,5%
História de Problemas renais	20	9,2%	11	10,6%	9	7,9%
História de Tabagismo	75	34,4%	26	25,0%	49	43,0%
História de Alcoolismo	99	45,4%	20	19,2%	79	69,3%

Diante das complicações apresentadas, percebemos o alto índice de dislipidemia em nossa clientela, chegando a 67,0%, com achados bem parecidos para ambos os sexos. Acreditamos que os valores elevados de IMC sejam determinantes para esta condição.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo identificamos nos clientes assistidos pela Operadora de Plano de Saúde, a existência de fatores de risco e hábitos danosos ao controle da Hipertensão Arterial, sendo: IMC acima do normal 68,8%, histórico familiar de hipertensão 74,9%, alcoolismo 45,5%, sedentarismo 55,5%, tabagismo 34,4%.

Sobre as doenças associadas e complicações, registramos: Dislipidemia em 67,0%, Problemas renais 9,2%, Histórico de AVC 11,9% e Doenças Cardiovasculares 29,4%.

Positivamente, observamos a elevada taxa de clientes acompanhadas em consultório 85,8%, índices pressóricos controlados em 73,9%, baixo índice de internação 1,4% e idas a pronto-socorro 10,4% por problemas relacionados a Hipertensão.

Vale ressaltar que os hábitos supracitados são modificáveis através da conscientização e mudança do estilo de vida da população assistida por este Programa de Prevenção. Assim, percebe-se a necessidade de focar o monitoramento em orientações que estimulem o autocuidado, especialmente sobre alimentação saudável, estímulo à prática de atividade física regular, controle do consumo de álcool, importância da monitoração da pressão arterial e do tratamento medicamentoso. Além de acompanhar as complicações e morbidades associadas à patologia, por meio de exames de rotina e busca precoce a especialistas quando necessário.

O estudo visa contribuir como ferramenta para gestores de saúde da operadora, gerando informações a respeito dos clientes assistidos no Programa de monitoramento telefônico da Instituição. Faz-se necessário sistematizarmos a análise dos resultados de saúde desta carteira, comparando estes achados iniciais com os do decorrer do monitoramento, a fim de mensurar a qualidade de vida dos beneficiários e ajustar as demais etapas do acompanhamento.

## REFERÊNCIAS

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Morbidade Auto referida segundo o VIGITEL, 2009 / Cadastro de Portadores do SIS-HIPERDIA, 2010.** Brasília, jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília, 2002. 102 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Sistema de informações sobre mortalidade.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exesim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 1 out. 2011.

IBGE. **Projeção populacional do Brasil – IBGE aponta o envelhecimento da população em ritmo acelerado.** Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272)>. Acesso em: 1 out. 2011.

MIRANDA, C. da R. **Gerenciamento de custos em planos de saúde. Projeto ANS/PNUD.** Rio de Janeiro, 2003.

ROESE, A. *et al.* Perfil de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes *mellitus* a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO**, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **IV Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, Nefrologia e Cardiologia**, 2002.

WHO. World Health Organization. **Preventing chronic diseases a vital investment.** Geneva, 2005.



## III PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR (2013)

1º lugar

---

### O CLIENTE COMO COPRODUTOR DO SERVIÇO: A ADEÇÃO DO PACIENTE A PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

João Mendes Succar

Resumo da dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração.

## RESUMO

---

Tendo em vista sua influência nos resultados obtidos em termos de qualidade, custo e desempenho, a participação do consumidor durante a prestação de um serviço é um aspecto de grande importância para a gestão de serviços. Nesse estudo, aborda-se um caso ainda mais extremo dessa situação: o tratamento de doentes crônicos. Esse tipo de doente se encontra geralmente em uma posição bastante crítica, de modo que a adesão ao tratamento torna-se fundamental para o controle da doença. Considerando-se a complexidade associada ao tratamento de doentes crônicos, com frequência, eles têm sido selecionados para fazer parte dos chamados Programas de Gerenciamento de Doenças (*Disease Management Programs*). Tais programas, que têm como objetivo final a obtenção de melhores resultados clínicos com menores custos associados, partem de uma visão mais holística de tratamento médico, sendo comum, por exemplo, a conjugação de diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, preparadores físicos, psicólogos etc.) assim como uma ênfase no tratamento contínuo e não em episódios esporádicos. Nesse contexto, focou-se o fenômeno da adesão ao tratamento de pacientes de um determinado programa de gerenciamento de doenças. Buscou-se identificar quais seriam os antecedentes da adesão ao tratamento sob a perspectiva do paciente, assim como a influência dessa adesão nos resultados percebidos pelos mesmos. Além disso, buscou-se identificar a relação desses resultados com a satisfação com o programa e desta com a própria adesão. Como resultados, houve evidência de que tanto a capacidade para cumprir o tratamento quanto a motivação para tal têm influência positiva na adesão. Entretanto, houve evidência apenas parcial de que a clareza sobre o papel do paciente impacta positivamente na adesão ao tratamento. Outro resultado interessante foi a presença de um círculo virtuoso, no qual a adesão ao tratamento aumenta os resultados percebidos, que aumentam a satisfação do paciente com o programa, que, por sua vez, aumenta a adesão.

## 1. INTRODUÇÃO

---

O trecho a seguir traz um quadro geral do impacto das doenças crônicas em termos de mortalidade no Brasil e no mundo:

Doenças crônicas são doenças de longa duração e progressão geralmente lenta. As doenças crônicas, como doenças cardíacas, derrame, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são, de longe, a principal causa de mortalidade no mundo, representando 63% de todas as mortes. Dos 36 milhões de pessoas que morreram de doenças crônicas em 2008, nove milhões tinham menos de 60 anos e noventa por cento dessas mortes prematuras ocorreram em países de baixo ou médio nível de renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

Como em outros países, no Brasil as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

A partir desse trecho, retirado do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, um relatório do Ministério da Saúde, fica evidente o impacto negativo das doenças crônicas na sociedade, em termos de mortalidade e como um problema de saúde pública.

Entretanto, não é apenas nesses aspectos que as doenças crônicas preocupam. Economicamente, tem-se um agravamento do quadro, dado que os custos diretos de tais doenças para o sistema de saúde brasileiro têm se elevado muito em função do crescimento na incidência de casos na população e de que tais doenças estão entre as principais causas de internações hospitalares (BRASIL, 2011).

Dentre os fatores que explicam o aumento do número de casos de doentes crônicos, pode-se citar a piora de alguns hábitos alimentares, como a maior ingestão de gorduras e sal, o sedentarismo e o aumento dos casos de sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2011). Há, ainda, um fator demográfico muito importante. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, fazendo com que a pirâmide etária de nosso País se aproxime cada vez mais do padrão europeu. "Tais transformações trazem desafios para todos os setores, impondo a necessidade de se repensar a dimensão da oferta de serviços necessários para as próximas décadas" (BRASIL, 2011).

Em contexto semelhante ao descrito anteriormente, de aumento concomitante dos casos de doenças crônicas e dos custos de assistência médica, surgiram nos Estados Unidos, no final dos anos 1980, os primeiros programas de gerenciamento de doenças ou *disease management programs* (ZITTER, 1996). Tais programas representavam um novo modelo de atenção à saúde, que se adequava especialmente bem ao tratamento de doenças crônicas. Seus objetivos fundamentais seriam melhorar a qualidade do tratamento dos doentes crônicos e, simultaneamente, controlar os custos referentes a esse tratamento. Para atingir estes objetivos, os programas propunham um enfoque maior no controle da doença e na prevenção a eventos agudos que, por serem mais graves, representavam uma piora na condição do paciente e um custo muito maior para o sistema de saúde.

Tendo esse modelo de tratamento em mente, um aspecto fundamental das operações de serviços vem à tona: a participação do cliente. Nos serviços, em geral, e nos serviços médicos, em particular, a participação do cliente é essencial. É bastante evidente que, se o paciente não quiser aderir ao tratamento, há pouca coisa que o médico possa fazer. No caso dos pacientes acometidos por doenças crônicas, esse aspecto se torna ainda mais relevante, uma vez que tais doenças requerem tratamento contínuo e de longo prazo, exigindo, com frequência, o cumprimento de uma série extensa de recomendações.

Nesse sentido, compreender melhor o fenômeno da adesão dos pacientes crônicos ao tratamento torna-se um elemento-chave para a obtenção de melhores resultados médicos e econômicos. Melhorar tal compreensão é, portanto, o objetivo principal deste estudo. A partir desse objetivo, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são, sob a perspectiva do paciente, os antecedentes da adesão ao tratamento? Ou seja, o que é preciso haver para que o paciente adira ao tratamento?

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

---

### 2.1 A Participação do Cliente nas Operações de Serviços

Produtos e bens manufaturados são, em geral, produzidos, comercializados e consumidos em momentos distintos. Já as operações de serviços se caracterizam pela simultaneidade entre produção e consumo. Isso significa que, em muitos casos, o consumidor está presente no momento da execução do serviço ou

participa ativamente da mesma, afetando o desempenho, o custo, a qualidade e até mesmo outros consumidores (FREI, 2008; ZEITHAML, 1981; SPRING; ARAÚJO, 2009; LOVELOCK; GUMMENSSON, 2004; CORRÊA; CAON, 2002; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005).

Um exemplo clássico é a visita ao consultório médico. Nesse caso, o consumidor/paciente participa ativamente da produção do serviço. Primeiramente, o próprio consumidor é o objeto do serviço a ser prestado (a consulta médica e a prescrição do tratamento). Além disso, durante a sessão de anamnese, a qualidade das informações prestadas pelo paciente, como, por exemplo, a descrição precisa dos sintomas, de seus hábitos e do histórico familiar irá afetar a qualidade do diagnóstico do médico. Por fim, após a prescrição médica, seja solicitando mais exames ou receitando algum tratamento, é a adesão do paciente que determinará o quão bem-sucedida será a prestação do serviço. Como se pode perceber, o serviço “prestação de consulta médica” é produzido pelo médico ao mesmo tempo em que é consumido pelo paciente, que, por sua vez, também colabora com a produção do serviço, afetando seu resultado final.

### **O consumidor como coprodutor: o que é necessário para se obter a colaboração do cliente?**

O cliente sempre foi visto como aquele agente para o qual se vendia um produto ou se executava um serviço. Nas palavras de Frei (2006), uma carteira aberta ao final de uma cadeia de suprimentos. Por isso, imaginar o cliente como um cocriador de valor altera de forma significativa a lógica de negócios de um prestador de serviços. Os consumidores, por exemplo, não desempenham suas funções espontaneamente, como fazem os funcionários contratados. Ademais, sua orientação primária é ao consumo e não à produção (MILLS; MORRIS, 1986). Ainda, a relação do empregador com um funcionário tem certa duração no tempo, enquanto que a interação com o cliente pode ser apenas pontual, limitando as oportunidades da empresa em adequar o comportamento deste último à sua proposta de prestação de serviços (MILLS; MORRIS, 1986).

Mas como, então, obter a colaboração do cliente? Se os clientes podem, sob determinada ótica, ser enxergados como coprodutores ou “empregados parciais”, tanto consumidores como empregados constituirão os recursos humanos das organizações de serviço (BOWEN, 1986). Logo, se faz necessário gerenciar não só o comportamento dos próprios funcionários, como também o de seus consumidores (BOWEN, 1986).

Nesse sentido, estratégias para gerir o comportamento dos consumidores na produção de serviços podem ser extraídas dos modelos de gestão do comportamento dos funcionários (BOWEN, 1986). Um modelo geral dos determinantes do comportamento de funcionários atribui a três fatores seu comportamento: clareza do papel a cumprir, habilidade e motivação. O comportamento dos consumidores pode ser moldado pelos mesmos três fatores (BOWEN, 1986; BITNER; OSTROM; MEUTER, 2002; OSTROM, 2003; MEUTER *et al.*, 2005). Uma breve descrição desses fatores é feita a seguir:

- **Clareza do papel a cumprir – Os consumidores entendem o que é esperado deles?**

“Clareza do papel a ser cumprido” envolve o conhecimento e o entendimento do que precisa ser feito, de que atividades precisam ser desempenhadas (BOWEN, 1986; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; MEUTER *et al.*, 2005). Tal conhecimento pode vir de várias fontes. A primeira delas é a experiência passada do usuário (BOWEN, 1986). Dessa maneira, usuários recorrentes de um determinado tipo de serviço precisam de menos orientações do que usuários com pouca ou nenhuma experiência. Outra fonte de conhecimento é a “legibilidade intrínseca” do sistema de serviços (BOWEN, 1986). Logo, um sistema desenhado de maneira lógica, clara e visível é preferencial a um sistema confuso e desordenado. Por fim, outra fonte é aquela fornecida pela própria empresa (BOWEN, 1986). Um funcionário vestindo uma camisa com a pergunta “Posso ajudar?” é um bom exemplo.

- **Habilidade – Os consumidores são capazes de desempenhar seu papel?**

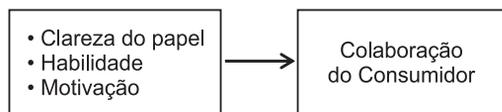
“Habilidade” se refere à capacidade dos consumidores fazerem o que são orientados a fazer (BOWEN, 1986; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; MEUTER *et al.*, 2005). Negócios de serviços precisam lidar com consumidores cujas habilidades diferem caso a caso. Seja por maior conhecimento, habilidade ou capacidade física, alguns consumidores conseguem desempenhar o que lhes é esperado mais facilmente do que outros (FREI, 2006). Segundo Bowen (1986), as empresas podem garantir que os consumidores tenham as habilidades necessárias para desempenhar seus papéis utilizando as mesmas abordagens que são utilizadas com funcionários contratados: recrutamento, seleção e treinamento.

- **Motivação – Existem recompensas, em termos de valor, para os consumidores cumprirem o que lhes é esperado?**

Quando os consumidores precisam desempenhar um papel durante a prestação do serviço, fica a seu critério o quanto de esforço colocarão nessa atividade (FREI, 2006). As diferenças no esforço empregado pelos consumidores terão um impacto significativo na qualidade e no custo da prestação do serviço (FREI, 2006), de maneira que incentivar os consumidores a cumprir o que lhes é esperado passa a ser algo de grande importância. Assim, a “motivação” diz respeito aos incentivos que os consumidores têm para desempenhar seu papel (BOWEN, 1986; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004). É possível motivar os consumidores tornando visíveis os benefícios e recompensas associados ao seu desempenho, desde que tais recompensas sejam valorizadas pelo consumidor (BOWEN, 1986).

Logo, os três fatores supracitados – clareza do papel, habilidade e motivação – são necessários para que o consumidor coopere com a prestação do serviço (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004). Esta cooperação, por sua vez, é essencial em serviços de alta participação, tal como descrito por Bitner *et al.* (1997). A literatura abordada sugere, então, que o seguinte *framework*, representado na Figura 1, é consistente.

**Figura 1 – Framework sobre antecedentes da colaboração do consumidor**



## 2.2 A Participação do Paciente e a Adesão ao Tratamento

A participação do paciente é um conceito complexo que cresceu a partir do movimento de defesa do consumidor dos anos 1960, que clamava pelo direito à segurança do consumidor, pelo direito à informação, pelo direito de escolha e pelo direito de ser ouvido (LONGTIN *et al.*, 2010).

No centro desse conceito reside uma redefinição do papel do paciente. Até a década de 1970, a relação médico-paciente era claramente assimétrica, seguindo um modelo conhecido como paternalista (FALKUM; FORDE, 2001). Em tal modelo, o paciente era visto como um espectador passivo do seu próprio processo

de cura (EMANUEL; EMANUEL, 1992), de tal modo que a opinião do médico era quase indiscutível e suas decisões deveriam ser cumpridas sem questionamentos (FALKUM; FORDE, 2001). Com o passar do tempo, essa relação foi se modificando a ponto de, atualmente, o papel desempenhado pelo paciente ter deixado de ser o de espectador e passado a ocupar um lugar central no sistema de saúde (LONGTIN *et al.*, 2010).

Nos últimos anos, a participação do paciente tem sido crescentemente reconhecida como um componente essencial no redesenho dos processos inerentes à área da saúde e tem sido aplicada com sucesso em algumas áreas desse campo, notadamente à participação no processo decisório e no tratamento de doenças crônicas (LONGTIN *et al.*, 2010). Recentemente, foi, inclusive, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o aumento no nível de participação dos pacientes como forma de aumentar sua própria segurança. A OMS tem enfatizado, por exemplo, o papel que os pacientes e suas famílias têm em melhorar a qualidade da assistência médica (ELDH; EKMAN; EHNFORSS, 2010; LONGTIN *et al.*, 2010).

Apesar de haver literatura abundante sobre o tema, o conceito de participação do paciente permanece pobremente definido (SAHLSTEN *et al.*, 2008; ELDH; EKMAN; EHNFORSS, 2010; LONGTIN *et al.*, 2010). Não há uma única definição e vários termos como colaboração do paciente (*patient collaboration*), envolvimento do paciente (*patient involvement*), parceria com o paciente e tratamento centrado no paciente têm sido utilizados de forma intercambiável (ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009; LONGTIN *et al.*, 2010).

Nesse trabalho, o termo “adesão do paciente ao tratamento” foi escolhido pois traduz melhor o equilíbrio de poder na relação médico-paciente e incorpora as noções mais amplas de concordância, cooperação e parceria (VERMEIRE *et al.*, 2001). Além disso, essa expressão comporta razoavelmente bem os conceitos de participação e *compliance*<sup>1</sup>, como sugeridos pela literatura, agregando noções de cooperação e parceria entre o paciente e a equipe de saúde.

A importância da adesão ao tratamento se explica por três razões principais (VERMEIRE *et al.* 2001). A primeira é porque a não adesão impõe um custo financeiro altíssimo aos sistemas de saúde (VERMEIRE *et al.*, 2001; ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009). A segunda razão é que a adesão do paciente é a ligação fundamental entre o processo de tratamento e os resultados do mesmo (ARBUTHNOTT; SHARPE, 2009; URQUHART, 1996, VERMEIRE *et al.*, 2001). Finalmente, em se tra-

---

1 Não tem uma tradução precisa e significa, em tradução livre, que o paciente obedece às regras ou requisitos estabelecidos pelo médico ou equipe médica.

tando de pesquisas médicas e de pesquisas para a introdução de novos medicamentos ao mercado, a não adesão ou a falta de cuidados com o monitoramento dos níveis de adesão pode impactar fortemente as conclusões obtidas nesses estudos, impedindo, eventualmente, que medicamentos eficazes entrem em circulação comercial (VERMEIRE *et al.*, 2001).

## 2.3 Doenças Crônicas

Doenças crônicas são doenças de longa duração e progressão geralmente lenta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a). Tais doenças, como doenças cardíacas, derrames, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são, de longe, a principal causa de mortalidade no mundo, representando 63% de todas as mortes no ano de 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

No Brasil, a OMS aponta que aproximadamente 74% das causas de morte são ocasionadas por doenças crônicas não transmissíveis, sendo que as doenças cardiovasculares sozinhas contabilizam 33% das causas de morte no País (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Apesar dos números alarmantes, cerca de 80% dos ataques cardíacos e derrames prematuros são evitáveis, desde que o indivíduo não fume, siga uma dieta saudável e pratique atividades físicas regularmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b). Esse tipo de constatação acaba chamando atenção para a necessidade de controle dos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares.

Tomando-se como exemplo a aterosclerose, Mendis, Puska e Norrving (2011) relacionam os seguintes fatores de risco:

**Tabela 1 – Fatores de Risco para Aterosclerose**

Fatores de Risco	
Comportamentais	Metabólicos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo de Tabaco</li><li>• Sedentarismo</li><li>• Dieta não saudável (rica em sal, gorduras e calorias)</li><li>• Uso abusivo de álcool</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pressão sanguínea elevada (hipertensão)</li><li>• Quantidade elevada de açúcar no sangue (diabetes)</li><li>• Quantidade elevada de lipídeos no sangue (alto colesterol)</li><li>• Sobrepeso e obesidade</li></ul>

Fonte: Mendis; Puska; Norrving (2011)

Como se pode notar através do exemplo da aterosclerose, as escolhas do próprio indivíduo serão determinantes para sua condição de saúde. Adicionalmente, quando se trata de um tratamento de doenças crônicas, a não adesão ou o tratamento inadequado podem ainda piorar a condição do paciente. Um exemplo é o caso da insuficiência cardíaca congestiva, cuja principal causa de hospitalização nas pessoas acima de 65 anos é a não adesão ou o tratamento inadequado (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001).

## **2.4 O Programa de Gerenciamento de Doenças (*Disease Management Programs* – DMP)**

Diversos sistemas de saúde pelo mundo estão sendo pressionados pelo aumento na ocorrência de pacientes com doenças crônicas como diabetes, doenças coronarianas e asma (BRANDT; HARTMANN; HEHNER, 2010; GEORGIOS, 2004). A incidência de diabetes, por exemplo, aumentou significativamente nos Estados Unidos nas últimas décadas, possivelmente, como consequência da adoção de estilos de vida mais sedentários e do aumento dos casos de obesidade (AHMED; VILLAGRA, 2006). Outro fator relevante é que o aumento na ocorrência de doenças crônicas está relacionado ao envelhecimento da população. As mudanças demográficas na Europa, por exemplo, têm levantado preocupações com o aumento nos gastos da sociedade com assistência médica (GEORGIOS, 2004). No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também demonstram que a proporção de idosos vem crescendo. Em 1991, as pessoas com mais de 65 anos correspondiam a 4,8% da população. No Censo de 2000, esse mesmo grupo atingia 5,85% do total e, no Censo de 2010, já representavam 7,38% do total da população (o equivalente a pouco mais de 14 milhões de pessoas).

Quanto ao custo, os pacientes com doenças crônicas utilizam com mais frequência os serviços de saúde e seu tratamento é, em média, mais caro do que o dos pacientes que não possuem esse tipo de condição (THIEBAUD *et al.*, 2008). O trabalho de Linden e Adler-Mielstein (2008), por exemplo, mostra que, nos Estados Unidos, os beneficiários do sistema *Medicare* que têm doenças crônicas representam uma parte desproporcional dos gastos. No caso dos usuários com problemas cardíacos, que representam aproximadamente 14% dos beneficiários, os gastos atingem 43% do total. Já os diabéticos, que correspondem a 18% do total de beneficiários, consomem 32% dos recursos.

A natureza contínua das doenças crônicas e os altos custos associados ao tratamento desse tipo de paciente se impuseram – e ainda se impõem – como um grande desafio aos sistemas tradicionais de saúde, que não estavam preparados

para atender a esse tipo de demanda (LEMENS *et al.*, 2008). Nesse contexto, os Programas de Gerenciamento de Doenças (*Disease Management Programs* – DMP) surgiram como uma nova estratégia para aumentar a qualidade no atendimento a pacientes sofrendo de doenças crônicas e ainda controlar os custos do tratamento de tais pacientes (LEMENS *et al.*, 2008). O aparente *trade-off* entre custo e qualidade pode ser superado, por exemplo, focando-se no acompanhamento do curso da doença e na prevenção de casos agudos, alguns dos pilares desse tipo de programa (ADOMEIT; BAUR; SALFELD, 2001).

O Programa de Gerenciamento de Doenças pode ser definido como sendo um sistema coordenado de intervenções médicas para auxiliar pacientes com doenças crônicas a seguir um tratamento e assim prevenir complicações da doença (ADOMEIT; BAUR; SALFELD, 2001; LEMENS *et al.*, 2008). Nesse sentido, o programa enfatiza a coordenação entre os diferentes agentes e o tratamento de forma abrangente ao longo do curso natural de determinada doença (ELLRODT *et al.*, 1997; ZITTER, 1996). Uma distinção crítica entre um Programa de Gerenciamento de Doença e a abordagem tradicional de tratamento é que o foco deste último é o tratamento de episódios discretos, enquanto que o primeiro procura oferecer um tratamento de alta qualidade ao longo de um *continuum* (ELLRODT *et al.*, 1997). Corroborando essa visão, Hunter e Fairfield (1997) colocam que o Programa de Gerenciamento de Doenças enxerga o paciente como uma entidade que vivencia o curso clínico de uma doença e não uma série fragmentada de encontros com diferentes partes dos sistemas de saúde.

Concebido como um modelo integrado de assistência médica, o objetivo do Programa de Gerenciamento de Doenças é tratar a doença com o máximo de eficácia e eficiência, independentemente do local em que o tratamento é feito e de como ele é pago. Essa abordagem enfatiza o gerenciamento da doença, utilizando tanto intervenções clínicas como não clínicas, onde e quando é maior a probabilidade de haver o máximo impacto positivo (ZITTER, 1996). Idealmente, o gerenciamento da doença prevenirá a exacerbação da doença e a consequente utilização de recursos caros (internações e cirurgias, por exemplo), fazendo com que a prevenção e o acompanhamento proativo da doença sejam duas áreas enfatizadas na maioria dos programas de *disease management*. Dessa forma, estes programas procuram agregar valor aumentando, por um lado, a satisfação do paciente e, por outro, reduzindo os custos totais do sistema de saúde (HARVEY; DEPUE, 1997).

Entre os componentes básicos dos programas de gerenciamento de doenças, pode-se citar:

1. Modelagem da doença e o entendimento de seu ciclo natural;
2. Uso de protocolos clínicos e de planos de tratamento para os pacientes;
3. Triage e seleção dos pacientes que mais podem se beneficiar do programa;
4. Segmentação dos pacientes;
5. Foco na prevenção e na efetiva solução do problema do paciente;
6. Utilização de modelos colaborativos de assistência que incluam médicos e profissionais de suporte;
7. Continuidade no processo de tratamento;
8. Mensuração, avaliação e gerenciamento constantes dos processos e resultados a fim de possibilitar uma melhoria contínua do programa;
9. Estabelecimento de sistemas de informação que suportem as decisões;
10. Suporte à relação médico-paciente;
11. Utilização de estratégias que busquem a colaboração dos pacientes em relação ao próprio tratamento.

### 3. O MODELO CONCEITUAL PROPOSTO

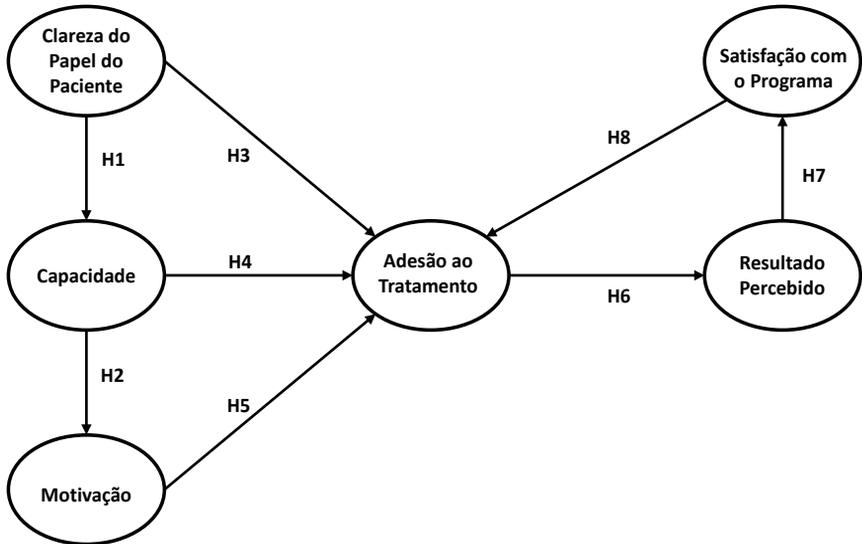
---

#### 3.1 Construtos do Modelo e suas Relações

Com a finalidade de aprofundar o entendimento sobre o fenômeno da adesão dos pacientes ao tratamento, dos antecedentes dessa adesão e de suas consequências, desenvolveu-se um modelo conceitual de pesquisa e algumas hipóteses relacionando os construtos desse modelo. O modelo proposto (Figura 2) foi elaborado com base na revisão da literatura sobre o tema e, especialmente, no trabalho de Dellande, Gilly e Graham (2004).

O modelo proposto identifica três atributos dos pacientes – a clareza sobre o seu papel no tratamento, suas capacidades e sua motivação – como condições necessárias à adesão do paciente ao tratamento (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; GRUMAN *et al.*, 2010; DAVIS *et al.*, 2007). Eles são considerados atributos

**Figura 2 – O Modelo Conceitual Proposto**



dos pacientes porque são aspectos que se limitam à esfera do paciente. É importante fazer essa distinção, pois alguns autores, ao estudar o fenômeno da adesão do paciente ao tratamento, analisam outros aspectos como, por exemplo, a relação médico-paciente (LEMMENS *et al.*, 2008; DAVIS *et al.*, 2007; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; GRUMAN *et al.*, 2010), as características do médico (DAVIS *et al.*, 2007; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004) e até as características do local em que é feito o tratamento (DAVIS *et al.*, 2007). Nesses casos, a análise extrapola a fronteira do paciente e, apesar de serem aspectos importantes para a compreensão do fenômeno da adesão ao tratamento, fogem ao escopo deste estudo.

As relações entre os três atributos dos pacientes e a adesão ao tratamento (o lado esquerdo do modelo), além de parecerem bastante intuitivas, são razoavelmente bem fundamentadas pela literatura. Diversos autores apontam sua existência, ainda que alguns sejam mais enfáticos do que outros (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; GRUMAN *et al.*, 2010; HIBBARD *et al.*, 2004; DAVIS *et al.*, 2007). Além disso, segundo Dellande, Gilly e Graham (2004), pacientes que não têm a clareza sobre qual é o seu papel no processo ficarão impedidos de adquirir as habilidades necessárias à sua participação e pacientes que se sentirem incapazes de desempenhar seu papel logo se frustrarão e perderão a motivação. Assim, são formuladas as cinco primeiras hipóteses do modelo a serem testadas:

**H1: Quanto maior a clareza sobre o seu papel no tratamento, maior será a capacidade do paciente de seguir o tratamento.**

**H2: Quanto maior a capacidade do paciente de desempenhar o que lhe é esperado, maior será a sua motivação para fazê-lo.**

**H3: Quanto mais o paciente tiver clareza sobre o seu papel, maior será seu nível de adesão.**

**H4: Quanto mais capaz de cumprir o tratamento, maior será o nível de adesão do paciente.**

**H5: Quanto mais motivado a cumprir o tratamento, maior será o nível de adesão do paciente.**

No que diz respeito à ligação entre a adesão ao tratamento e os resultados do mesmo, também se pode dizer que há boa fundamentação teórica, já que vários autores consideram que a adesão do paciente é a ponte entre o tratamento e os resultados efetivos (DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004; URQUHART, 1996; DAVIS *et al.*, 2007; DRIESCHNER, VERSCHUUR, 2010). Nesse sentido, se formula a sexta hipótese do modelo:

**H6: Quanto maior é o nível de adesão do paciente ao tratamento, melhores são os resultados percebidos.**

Em relação aos níveis de satisfação do paciente com o programa, espera-se que aumentem conforme os resultados obtidos apareçam (GEORGIOS, 2004; SCOTT, 2008; DELLANDE; GILLY; GRAHAM, 2004). Formula-se assim a sétima hipótese do modelo:

**H7: Quanto maior é o resultado percebido pelo paciente, maior é o nível de satisfação dele com o programa.**

Por fim, a última hipótese diz respeito a como a própria satisfação do paciente influencia a sua adesão ao tratamento. Espera-se que maiores níveis de satisfação impactem positivamente os níveis de adesão do paciente ao tratamento (MATTKE; SEID; MA, 2007). Assim, a oitava hipótese do modelo é enunciada como:

**H8: Quanto maior é o nível de satisfação do paciente, maior será seu nível de adesão.**

### 3.2 Variáveis de cada Construto

Uma questão que surge na aplicação efetiva do modelo é aquela relacionada aos componentes de cada construto presente no modelo proposto. Buscaram-se na literatura referências aos possíveis componentes dos construtos “Conhecimento”, “Clareza do papel” (*Role Clarity*), “Habilidade”, “Capacidade” e “Motivação”. Entretanto, cada um desses termos necessita, geralmente, de um contexto específico que lhe dê significado: Que papel deve estar claro? Capacidade de quê? Motivação para quê? Ou seja: que variáveis devem ser contempladas para se avaliar a clareza do papel, a habilidade, a motivação e a adesão dentro de um contexto de tratamento médico em um programa de gerenciamento de doenças crônicas?

Como já foi discutido anteriormente, o programa de gerenciamento de doenças tem um caráter preventivo e, por isso, boa parte do tratamento envolve o controle dos fatores de risco das doenças. Segundo Gruman *et al.* (2010), as intervenções mais utilizadas são direcionadas ao aumento na adesão à medicação e à promoção de comportamentos associados à prevenção de doenças: o abandono do fumo, a prática de exercícios e a ingestão de uma dieta saudável. Já segundo Scott (2008), as intervenções dos programas de *disease management* procuram educar o paciente e encorajá-lo a cuidar de si mesmo, aderindo à medicação, adotando cuidados preventivos e mudando comportamentos autodestrutivos como a ingestão de uma dieta ruim, a falta de exercícios e a exposição a situações que exacerbam sua condição de saúde. Assim, fica claro o caráter preventivo e holístico dos programas de gerenciamento de doenças crônicas, ou seja, um tratamento direcionado ao combate das causas da doença e não somente da doença em si. Logo, quando da mensuração dos construtos, procurou-se abordar os seguintes itens:

- Uso da medicação indicada pelo corpo médico;
- Prática de atividades físicas;
- Controle do peso;
- Controle da alimentação;
- Adoção de hábitos de vida considerados saudáveis, como o abandono do tabagismo e o consumo responsável de álcool.

Nessa linha de raciocínio, cada construto é mensurado através de perguntas (as variáveis) que abordam cada um desses itens. Exemplos de variáveis seriam: o conhecimento sobre a medicação a ser tomada, a capacidade de praticar exercícios indicados pelo corpo médico e a motivação para controlar a alimentação.

Além do controle dos fatores de risco mencionados, alguns outros aspectos de natureza prática foram considerados, uma vez que poderiam afetar a percepção dos pacientes em relação aos construtos do modelo. Esses aspectos são descritos a seguir:

*No construto Motivação para seguir o tratamento:*

- Motivação para ir ao local de atendimento: apesar de não ser um fator de risco nem estar ligado diretamente ao tratamento, se refere a um aspecto prático que poderia influenciar negativamente à adesão ao tratamento. Nesse caso, pacientes com graves dificuldades motoras e/ou que morem em locais distantes dos centros de atendimento do programa podem deixar de ir a tal local, prejudicando o cumprimento adequado do tratamento.

*No construto Adesão ao tratamento:*

- Concordância, cooperação e parceria entre a equipe do programa e os pacientes: esses itens devem ser incluídos por estarem fortemente ligados ao próprio conceito de adesão.

Quanto aos resultados, pensou-se em mensurar conjuntamente de duas maneiras, uma subjetiva e uma objetiva. A maneira subjetiva de mensuração seria aquela referente à percepção dos resultados por parte dos pacientes. Já a maneira objetiva seria feita a partir da avaliação da diferença entre o estado clínico do paciente no início do tratamento e no momento da entrevista. Tal estado clínico seria mensurado a partir de um escore de risco cardíaco desenvolvido pelo Instituto *Fremingham Heart Study*, que utiliza os seguintes preditores: idade, sexo, pressão sistólica, tabagismo, colesterol total, colesterol HDL e a presença de diabetes. Essa técnica, de dividir a mensuração dos resultados em duas partes, foi utilizada por Dellande, Gilly e Graham (2004) e tende a oferecer uma visão mais completa, já que, por um lado, capta a percepção do paciente, que é quem melhor pode descrever seus sentimentos e estado presente, e, por outro, capta aspectos objetivos que se relacionam diretamente com o que se espera da evolução do quadro clínico de um paciente em tratamento.

Entretanto, já durante a realização da pesquisa de campo, por conta de uma restrição legal, que trata da confidencialidade dos dados médicos de pacientes, não foi possível acessar os prontuários clínicos onde as informações objetivas poderiam ser encontradas. Assim, nesse estudo, a avaliação ficou restrita à percepção dos pacientes sobre o resultado.

Finalmente, vale mencionar que, na mensuração de cada construto, após se questionar sobre cada componente específico do construto (ex.: clareza sobre a medicação), adicionava-se uma afirmação que abordava direta e genericamente o construto que se pretendia medir (ex.: “Eu me considero informado sobre meu tratamento”). A inclusão dessa variável de controle tem como principal objetivo mensurar em que medida os entrevistados associam os componentes do construto ao construto em si. Por exemplo, em que medida os componentes utilizados para medir a clareza no papel do paciente no tratamento são relacionados pelos pacientes com o construto clareza sobre o papel.

## 4. O MÉTODO UTILIZADO

---

O presente estudo pode ser classificado como uma pesquisa de campo explicativa. É explicativa porque visa esclarecer quais fatores contribuem, de alguma forma, para a ocorrência de determinado fenômeno (neste caso, o fenômeno da adesão ao tratamento). Além disso, é uma pesquisa de campo, pois há uma investigação empírica, realizada no local onde ocorre o fenômeno.

Para a realização da pesquisa foram feitas três entrevistas com os coordenadores do programa de *disease management* em questão, foram aplicados questionários aos pacientes de tal programa, além de terem sido coletadas informações, via observação, no momento do preenchimento do questionário.

As entrevistas foram utilizadas como apoio para o entendimento do ambiente em que seria realizada a pesquisa, assim como para se obter uma melhor compreensão sobre a interface entre o lado da gestão e o lado médico do programa. Nessas entrevistas, que duraram cerca de duas horas cada, diversos assuntos foram abordados:

- Realidade brasileira no gerenciamento de programas de DM;
- Aspectos do programa de DM em questão;
- Apresentação do modelo de pesquisa e discussão de sua pertinência;
- Operacionalização da pesquisa dentro do ambiente do programa; e,
- Pertinência das variáveis utilizadas para compor os construtos.

Quanto aos questionários, foram elaborados com uma escala padrão de resposta, para que os pacientes pudessem marcar seu nível de concordância com uma afirmação sugerida. O objetivo desse método é medir quantitativamente certas atitudes dos pacientes. Essas atitudes se baseiam nas informações que

os entrevistados dispõem, em seus sentimentos (gostar, detestar etc.) e em seu comportamento pretendido.

Para a confecção do questionário, foram buscadas escalas já utilizadas em outros trabalhos da área. Entretanto, dado o contexto específico no qual os construtos pesquisados estão inseridos, um programa de *disease management*, não foi possível adotar escalas já conhecidas e testadas. Assim, se fez necessário o desenvolvimento das mesmas, seguindo as oito etapas descritas a seguir.

1. Revisão da literatura;
2. Entrevistas com especialistas;
3. Elaboração do questionário inicial;
4. Submissão do questionário à avaliação de dois professores da área da pesquisa;
5. Submissão do questionário a três especialistas do setor de saúde;
6. Ajuste do questionário a ser pré-testado;
7. Pré-teste, no qual o questionário foi aplicado a dez pacientes;
8. Elaboração definitiva do questionário a ser aplicado na pesquisa.

A coleta dos dados foi feita pelo próprio pesquisador, seguindo o modelo de pesquisa assistida, ou seja, aquela em que o pesquisador é o responsável pela leitura e pelo preenchimento do questionário. Esse método de coleta apresenta vantagens e desvantagens. A maior vantagem desse método é que, embora não se caracterize como uma entrevista formal e estruturada, permite o acesso, por parte do pesquisador, a diversos comentários e *insights* revelados pelos respondentes no momento do preenchimento do questionário. Esses comentários são bastante valorosos, uma vez que ajudam a explicar certos comportamentos dos entrevistados que, de outra maneira, não seriam identificados. Assim, para que tais comentários, comportamentos e *insights* fossem preservados, ao final do preenchimento de cada questionário, foram anotadas, no verso do mesmo, as informações consideradas relevantes.

A análise quantitativa dos dados foi feita através da investigação das estatísticas descritivas para a amostra de pacientes e da utilização das técnicas de análise fatorial e de regressão linear múltipla.

## 5. RESULTADOS

---

Antes de testar as hipóteses propostas no estudo, foi utilizada a análise fatorial como forma de redução das variáveis presentes em cada construto a um número menor de fatores latentes. O objetivo da análise fatorial nesse caso é verificar se, de alguma forma, podem existir dimensões maiores dentro dos construtos estudados. Dito de outra forma, isso quer dizer que, a partir da análise fatorial, agrupam-se, em alguns poucos fatores, variáveis que sejam fortemente relacionadas.

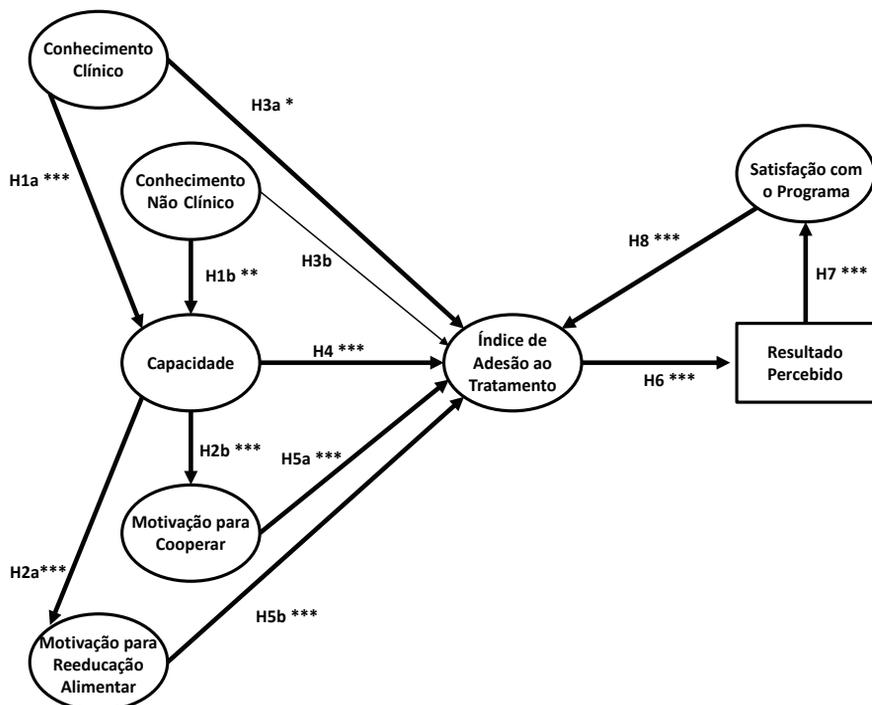
A importância desse tipo de análise vai muito além de um mero refinamento teórico do construto, podendo impactar na forma como esse construto é abordado no dia a dia das operações. Isso se dá porque é possível que, em termos gerenciais, seja impraticável (e talvez desnecessário) abordar todas as diversas variáveis de um construto qualquer, isoladamente. Na prática, abordar um número menor de dimensões, se torna mais simples e provavelmente mais efetivo.

Assim, a partir da análise fatorial, o modelo proposto inicialmente foi reformulado e as hipóteses anteriormente propostas foram desmembradas para que todas as dimensões encontradas pudessem ser avaliadas de forma independente. Como ilustração, temos, por exemplo, que as diversas variáveis que compoem o construto "Clareza do Papel do Paciente" se compuseram em apenas duas: conhecimento clínico e conhecimento não clínico. Esse novo modelo, mais elaborado e apresentado na Figura 3, já é por si só um resultado importante do trabalho, uma vez que contribui para futuras pesquisas na área e para o melhor gerenciamento dos níveis de adesão dos pacientes.

Em relação ao teste das hipóteses propostas no estudo, foram utilizadas regressões lineares simples e múltiplas. O objetivo da utilização da análise de regressão foi verificar se os atributos do paciente (clareza do papel, capacidade e motivação) tinham poder de explicar o nível de adesão do paciente ao tratamento. Adicionalmente foi possível verificar as relações existentes entre este nível de adesão, os resultados percebidos e a satisfação com o programa.

Como se pode observar na Figura 3, com exceção da hipótese H3b (Conhecimento não Clínico – Adesão), todas as outras hipóteses foram suportadas pela pesquisa, com diferentes níveis de significância:

**Figura 3 – O modelo refinado após a análise fatorial e apresentando as relações testadas e níveis de significância**



Obs.: \*\*\* significância a 1%; \*\* significância a 5%; \* significância a 10%

## 6. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O estudo foi capaz de gerar conclusões interessantes, tanto sob o ponto de vista acadêmico quanto sob o gerencial. Primeiramente, foi visto que o modelo conceitual teórico proposto se mostrou aderente à realidade (ver Figura 3), o que vai de encontro ao que se pretendia como objetivo geral de se aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno da adesão do paciente ao tratamento médico.

A principal contribuição, nesse sentido, é ajudar a esclarecer algumas relações de causa e efeito envolvendo a adesão do paciente ao tratamento e, assim, revelar algumas alavancas de atuação que possam ajudar o programa de gerencia-

mento de doenças a obter melhores resultados nos tratamentos médicos. Isso quer dizer que, na busca por maiores níveis de adesão ao tratamento, o corpo clínico pode investigar se os antecedentes da adesão estão presentes ou não. Assim, o modelo cria uma estrutura de raciocínio que permite aos gestores do programa de gerenciamento de doenças atuar preventivamente ou corretivamente, a depender de cada caso.

Gerencialmente, isso se traduz em um acompanhamento sobre os níveis de conhecimento e informação de cada paciente, sobre a sua capacidade efetiva de cumprir o tratamento proposto e sobre seus níveis de motivação. Desse acompanhamento, decorrem ações que envolvem a educação e instrução do paciente e de sua família, a adaptação do tratamento à capacidade individual de cada paciente e, finalmente, ações voltadas a ajudar o paciente a se manter continuamente motivado para cumprir o tratamento.

Considerando-se as doze hipóteses parciais propostas, houve suporte a onze delas. A exceção foi a hipótese H3b, sobre a correlação positiva entre o conhecimento não clínico e o índice de adesão ao tratamento. As outras hipóteses trouxeram evidências de que o conhecimento clínico, a capacidade de cumprir o tratamento e a motivação para cumprir o tratamento têm correlação positiva com a adesão do paciente.

Outra conclusão importante diz respeito ao potencial círculo virtuoso que se inicia a partir do aumento do nível de adesão dos pacientes ao tratamento (o lado direito do modelo). No estudo, maiores níveis de adesão foram seguidos de melhores resultados percebidos e, estes, de mais satisfação com o programa de gerenciamento de doenças que, por sua vez, aumentava os níveis de adesão. Essa conclusão reforça ainda mais a importância da busca pela adesão dos pacientes ao tratamento.

Outra contribuição se refere ao refinamento do modelo a partir da análise fatorial, que revelou algumas dimensões importantes dentro dos construtos originalmente propostos. Nesse caso, ficou claro que, em consonância com a filosofia dos programas de gerenciamento de doenças crônicas, a clareza do papel do paciente no tratamento engloba tanto dimensões clínicas como não clínicas, embora no modelo a hipótese H3b não tenha sido suportada.

Quanto à adesão ao tratamento, a análise fatorial permitiu a separação em pelo menos duas dimensões bem definidas, uma referente à conscientização do paciente e outra referente às ações cotidianas que este deve tomar como parte do tratamento. A adesão em relação aos itens que compõem a primeira dimensão parece ser mais alta, uma vez que o próprio estado do paciente, portador

de uma doença crônica, já o incentiva a adotar uma postura mais favorável à conscientização e à aceitação do tratamento como algo importante para si. Já a adesão em relação aos itens que compõem a segunda dimensão se mostrou mais baixa, uma vez que nesse caso são exigidos sacrifícios diários tais como a prática de exercícios físicos e o controle da alimentação. Nesse caso, é importante destacar o papel dos profissionais não ligados diretamente à medicina, como nutricionistas e psicólogos, que podem ajudar os pacientes a superar esses obstáculos do dia a dia.

Em relação às variáveis que foram escolhidas para compor os construtos, pôde-se observar uma baixa correlação entre elas e as respectivas variáveis de controle. Esse resultado, que não era esperado, pode ser interpretado como a ausência de uma visão mais holística por parte dos pacientes sobre o significado de um tratamento médico dentro do contexto de um programa de gerenciamento de doenças. Nesse caso os pacientes ainda não estariam enxergando manutenção de uma dieta equilibrada, o controle do peso, a prática de exercícios físicos etc., como parte integrante e fundamental de seu tratamento.

## REFERÊNCIAS

---

- AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de Marketing**. Tradução de Reynaldo Cavalheiro Marcondes. São Paulo: Atlas, 2001. 745 p.
- ADOMEIT, A.; BAUR, A.; SALFELD, R. **A New Model for Disease Management**. McKinsey Quarterly, 2001.
- AHMED, T.; VILLAGRA, V. G. Disease management programs: program intervention, behavior modification, and dosage effect. **Journal of Consumer Policy**, v. 29, p. 263-278, 2006.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001, 150 p.
- ARAUJO, D. V. Gerenciamento de doenças crônicas: experiência brasileira no diabetes mellitus. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**. p. 14-19, 2012. Edição Especial.
- ARBUTHNOTT, A.; SHARPE, D. The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. **Patient Education and Counseling**, v. 77, p. 60-67, 2009.
- BITNER, M. J. *et al.* Customer contributions and roles in service delivery. **International Journal of Service Industry Management**, v. 8, n. 3, p. 193-205, 1997.
- BITNER, M. J.; OSTROM, A. L.; MEUTER, M. L. Implementing successful self-service technologies. **Academy of Management Executive**, v. 17, n. 4, p. 96-108, 2002.
- BOWEN, D. E. Managing Customers as Human Resources in Service Organizations. **Human Resource Management**, v. 25, n. 3, p. 371-383, 1986.
- BRANDT, S.; HARTMANN, J.; HEHNER, S. **How to design a successful disease-management program**. McKinsey Quarterly, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.
- BRUNER II, G. C.; HENSEL, P. J. **Marketing scales handbook**. Chicago: American Marketing Association, 1994, 1315 p.

BRUNET, D. **Crise na saúde:** falta de cuidados básicos incha a rede pública no Rio de Janeiro. O Globo, 17 de nov. de 2010. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/crise-na-saude-falta-de-cuidados-basicos-incha-rede-publica-no-rio-de-janeiro-2923904>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

CARE CONTINUUM ALLIANCE. **Definition of disease management.** Disponível em: <[http://www.carecontinuumalliance.org/dm\\_definition.asp](http://www.carecontinuumalliance.org/dm_definition.asp)>. Acesso em: 5 jul. 2012.

CENTER FOR ADVANCING HEALTH. **A new definition of patient engagement:** what is engagement and why is it important? Washington, DC, 2010.

CEZAR, G. Faltam recursos, sobram queixas. **Valor Setorial: hospitais, equipamentos e serviços médicos**, p. 8-14, nov. 2011.

CHASE, R. B. Where does the customer fit in a service operation? What do you have to give up in order to let the customer "have it his way"? **Harvard Business Review**, p. 137-142, nov./dez. 1978.

CORRÊA, H. L.; CAON, M. **Gestão de serviços:** lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 2002. 479 p.

DAVIS, R. E. *et al.* Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? **Health Expectations**, v. 10, p. 259-267, 2007.

DELLANDE, S.; GILLY, M. C.; GRAHAM, J. L. Gaining compliance and losing weight: the role of the service provider in health care services. **Journal of Marketing**, v. 68, p. 78-91, jul. 2004.

DELOITTE. **Os consumidores de assistência médica no Brasil:** conclusões e oportunidades estratégicas. 2011

DRIESCHNER, K. H.; VERSCHUUR, J. Treatment engagement as a predictor of premature treatment termination and treatment outcome in a correctional outpatient sample. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v. 20, p. 86-99, 2010.

DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. K. Treatment adherence in chronic disease. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 54, p. s57-s60, 2001.

ELDH, A. C.; EKMAN, I.; EHNFOR, M. A Comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to health care definitions. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 21, n. 1, p. 21-32, 2010.

ELLRODT, G. *et al.* Evidence-based disease management. **The Journal of the American Medical Association**, v. 278, n. 20, p. 1687-1692, 1997.

EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L. L. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA**, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, 1992.

FALKUM, E.; FORDE, R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians. **Social Science and Medicine**, v. 52, p. 239-248, 2001.

FITZSIMMONS, J. A. Consumer participation and productivity in service operations. **Interfaces**, v. 15, n. 3, p. 60-67, 1985.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. 4. ed. Tradução de Jorge Ritter. Porto Alegre: Bookman, 2005. 564 p.

FORBAT, L. *et al.* Engaging patients in health care: an empirical study of the role of engagement on attitudes and action. **Patient Education and Counseling**, v. 74, p. 84-90, 2009.

FREI, F. Breaking the trade-off between efficiency and service. **Harvard Business Review**, nov., 2006.

FREI, F. The four things a service business must get right. **Harvard Business Review**, abr., 2008.

GEORGIOS, L. Disease management – principles and perspectives: Lessons from congestive heart failure in the European Union. **Journal of Medical Marketing**, v. 4, n. 2, p. 168-172, 2004.

GRÖNROOS, C. Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? **European Business Review**, v. 20, n. 4, p. 298-314, 2008.

GRUMAN, J. *et al.* From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. **Patient Education and Counseling**, v. 78, p. 350-356, 2010.

HAIR JR. J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Tradução de Adonai Schlup Sant'Anna; Anselmo Chaves Neto, Porto Alegre: Bookman, 2005, 593 p.

HARVEY, N.; DEPUE, D. M. Disease management: program design, development, and implementation. **Healthcare Financial Management**, v. 51, n. 6, p. 38-42, 1997.

HAYWOOD, K.; MARSHALL, S.; FITZPATRICK, R. Patient participation in the consultation process: A structured review of intervention strategies. **Patient Education and Counseling**, v. 63, p. 12-23, 2006.

HSIEH, A.; YEN, C. The effect of customer participation on service providers' job stress. **The Service Industries Journal**, v. 25, n. 7, p. 891-905, out. 2005.

HUNTER, D. J.; FAIRFIELD, G. Disease management. **British Medical Journal**, v. 315, p. 50-53, 1997.

KELLEY, S. W.; DONNELLY, J. H.; SKINNER, S. J. Customer participation in service production and delivery. **Journal of Retailing**, v. 66, n. 3, p. 315-335, 1990.

LEMMENS, K. M. M. *et al.* A model to evaluate quality and effectiveness of disease management. **Quality & Safety in Health Care**, v. 17, p. 447-453, 2008.

LINDEN, A.; ADLER-MILSTEIN, J. Medicare disease management in policy context. **Health Care Financing Review**, v. 29, n. 3, p. 1-11, 2008.

LONGTIN *et al.* Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 85, n. 1, p. 53-62, 2010.

LOVELOCK, C. H.; YOUNG, R. F. Look to consumers to increase productivity: changing the way service organizations interact with their customers is a task for marketing, not just for operations. **Harvard Business Review**, p. 168-178, maio/jun. 1979.

LOVELOCK, C.; GUMMENSSON, E. Whither services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives. **Journal of Service Research**, v. 7, n. 1, p. 20-41, ago. 2004.

MAISTER, D. H.; LOVELOCK, C. H. Managing facilitator services. **Sloan Management Review**, p. 19-31, 1982.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4. ed. Tradução de Laura Bocco. Porto Alegre: Bookman, 2006. 720 p.

MATTKE, S.; SEID, M.; MA, S. Evidence for the effect of disease management: is \$1 billion a year a good investment? **The American Journal of Managed Care**, v. 13, n. 12, p. 670-679, 2007.

MATTKE, S. *et al.* Measuring and reporting the performance of disease management programs. **Working Paper**. 2006.

MENDIS, S.; ALWAN, A. (Ed.). **A prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2011.

MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVING, B. **Global atlas on cardiovascular disease prevention and control**. Geneva: World Health Organization, 2011.

MEUTER *et al.* Choosing among alternative service delivery modes: an investigation of customer trial of self-service technologies. **Journal of Marketing**, v. 69, p. 61-83, abr. 2005.

MILLS, P. K.; MORRIS, J. H. Clients as “partial” employees of service organizations: role development in client participation. **Academy of Management Review**, v. 11, n. 4, p. 726-735, 1986.

NORMANN, R.; RAMIREZ, R. From value chain to value constellation: designing interactive strategy. **Harvard Business Review**, jul./ago., 1993.

OSTROM, A. L. Achieving “reviewer readiness”. **Journal of Academy of Marketing Science**, v. 31, n. 3, p. 337-340, 2003.

PORTER, M. E. A Strategy for health care reform: toward a value-based system. **The New England Journal of Medicine**, v. 361, n. 2, p. 109-112, jul. 2009.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. How physicians can change the future of health care. **Journal of the American Medical Association**, v. 297, n. 10, p. 1103-1111, mar. 2007.

SACKETT, D. L. Introdução. In. HAYNES, B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D. L. (Ed.). **Compliance in health care**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979, p. 1-7.

SAHLSTEN, M. J. M. *et al.* An analysis of the concept of patient participation. **Nursing Forum**, v. 43, n. 1, p. 2-11, 2008.

SAMAL, L. *et al.* Leveraging electronic health records to support chronic disease management. **Informatics in Primary Care**, n. 19, p. 65-74, 2011.

SAMPSON, S. E.; FROEHLE, C. M. Foundations and implications of a proposed unified services theory. **Production and Operations Management**, v. 15, n. 2, p. 329-243, 2006.

SCHMENNEN, R. W. How can service businesses survive and prosper? **Sloan Management Review**, p. 21-32, 1986.

SCOTT, A. **Impact of disease management program interventions for Medicaid patients with asthma**. 2008. 122f. Tese (Doctor of Philosophy) – Arizona State University, Arizona. 2008.

SHARMA, S. **Applied multivariate techniques**. Nova York: John Wiley & Sons, 1996, 493 p.

SPRING, M.; ARAÚJO, L. Service, services and products: rethinking operations strategy. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 29, n. 5, p. 444-467, 2009.

THIEBAUD, P. *et al.* Impact of disease management on utilization and adherence with drugs and tests. **Diabetes Care**, v. 31, n. 9, p. 1717-1722, 2008.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Tradução de Vera Regina Lima de Farias e Flores. Rio de Janeiro: LTC, 2008, 696 p.

TRIPICCHIO, B. *et al.* Increasing Patient participation: the effects of training physical and occupational therapists to involve geriatric patients in the concerns-clarification and goal-setting processes. **Journal of Physical Therapy Education**, v. 23, n. 1, p. 55-63, 2009.

URQUHART, J. Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. **European Heart Journal**, v. 17, p. 8-15, 1996.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. Evolving to a new dominant logic for marketing. **Journal of Marketing**, v. 68, p. 1-17, jan. 2004.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. Service-dominant logic: continuing the evolution. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 36, p. 1-10, 2008.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005, 96 p.

VERMEIRE *et al.* Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 26, p. 331-342, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2012(a). **Health topics**: chronic diseases. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)>. Acesso em: 5 jul. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2012(b). **What can I do to avoid a heart attack or a stroke?** Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/27/en/index.html>>. Acesso em: 5 jul. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of cardiovascular disease pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk**. Geneva, 2007.

ZEITHAML, V. A. How consumer evaluation processes differ between goods and services. In: DONNELLY, J. H.; GEORGE, W. R. (Ed.). **Marketing of Services**. Chicago: AMA, 1981, p. 186-189.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. 2. ed. Tradução de Marting Albert Haag e Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Porto Alegre: Bookman, 2003. 536 p.

ZITTER, M. A New Paradigm in health care delivery: disease management. In: TODD, W.; NASH, D. (Ed.). **Disease management: a system approach to improving patient outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing, 1996. p. 1-25.



## III PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR (2013)

2º lugar

---

### TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PACIENTES COM CÂNCER: ASPECTOS DO CUIDADO INTEGRAL EM OPERADORA DE AUTOGESTÃO

**Thiago Inocêncio Constancio**

Resumo da dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Área de Planejamento, Avaliação e Educação em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

## RESUMO

---

Este artigo traz uma abordagem inovadora e complementar às metodologias convencionais para avaliação em saúde. Analisamos o cuidado em saúde pela perspectiva do usuário. A magnitude do câncer no Brasil tem mobilizado importantes esforços em termos de dar assistência de qualidade aos portadores dessa doença. Por outro lado, estudos apontam para a existência de oferta fragmentada da atenção oncológica no setor de saúde suplementar, bem como a insuficiência de coordenação do cuidado. Tivemos o objetivo de analisar qualitativamente a trajetória assistencial de pacientes oncológicos de operadora de saúde suplementar no Brasil, a partir de aspectos do cuidado integral em saúde. A metodologia leva em conta as seguintes categorias para análise das trajetórias: acolhimento, vínculo-responsabilização e coordenação do cuidado. Também analisamos os casos de câncer de mama, lançando mão de recomendações oficiais do INCA. No ano de 2008, foram levantadas informações e realizadas entrevistas presenciais e semiestruturadas com 8 pacientes oncológicos de um universo de 24 pessoas em tratamento no ano anterior. Conclui-se que apesar do acesso mais facilitado às tecnologias de saúde no setor suplementar, o cuidado oferecido é parcialmente efetivo no que tange aos aspectos do cuidado integral e às recomendações do INCA.

# 1. INTRODUÇÃO

---

Desenvolvemos um estudo analítico que buscou identificar a existência de aspectos da Integralidade no setor suplementar da saúde brasileira. Vislumbrou-se um desafio importante, considerando que estudamos trajetórias assistenciais de pacientes que integram um subsistema de saúde que sofre com os problemas gerados pelo modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, marcado pela fragmentação do cuidado, pela predominância do modelo biomédico centrado no procedimento, o qual reduz o sujeito a objeto e o cuidado à incorporação crescente de tecnologias duras (MERHY, 2002). Também surgem neste cenário algumas situações de excessiva medicalização e desumanização revestidas de ambientes mais confortáveis e promessas de melhor atendimento (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003).

Este estudo tem como objetivo principal conhecer e analisar a trajetória assistencial de pacientes portadores de doenças oncológicas em operadora de autogestão na saúde suplementar, na perspectiva do cuidado integral em saúde.

É importante lembrar que a prática do cuidado integral no setor suplementar sofre diferentes influências, tanto na ampliação como na redução, e é limitada pela abrangência dos contratos estabelecidos entre beneficiários e operadoras (SILVA JUNIOR *et al.*, 2010). Conforma-se, assim, o que Santos (2006) chamou de “Integralidade Regulada”, um campo de tensões onde o poder público tem importante papel na garantia e expansão de direitos. A compreensão desse contexto nos orienta na preservação da relevância pública que a saúde assume em nossa sociedade e nas escolhas políticas que promovam o bem-estar coletivo.

Analisar a Integralidade em experiências na área de Oncologia se justifica, pois, acompanhando as transformações demográficas e epidemiológicas, o Brasil passou a apresentar um perfil caracterizado por doenças crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas (BRASIL.INCA, 2011c).

Atualmente, o principal grupo de causas de morte no Brasil são as doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar as causas externas e as neoplasias em terceiro lugar (DATASUS, 2012).

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) diz que cerca de 40% dos cânceres poderiam ser evitados se programas de prevenção de doenças e promoção à saúde estivessem cobrindo a população mais exposta a estas doenças.

A discussão que trazemos nesse estudo não apontou para questões relacionadas à causalidade do câncer, embora o assunto mereça estudos. Tratamos do problema do câncer como sendo uma condição crônica que demanda cuidados contínuos e prolongados, além de um representativo problema de saúde pública. Também observamos aqui a esfera dos problemas do câncer como uma espécie de *locus* de análise dos aspectos do cuidado integral e, por outro lado, também pelo fato de existir considerável dificuldade no manuseio dos problemas relacionados ao paciente com câncer, mesmo na saúde privada. Por exemplo, podemos citar o senso comum de que há um acentuado desgaste emocional dos pacientes, uma percepção de solidão e fragilidade na busca por opções terapêuticas, uma suspeita de baixa efetividade de dispositivos convencionais de ordenação de fluxos de assistência e de insegurança dos profissionais das operadoras em referenciar serviços e prestadores.

Outro ponto que justifica a nossa escolha é o fato de a atenção ao câncer, em geral, envolver diferentes níveis de complexidade assistencial, incluindo equipes das áreas diagnósticas, clínicas e cirúrgicas, entre outras, que em um esforço cotidiano buscam integrar as suas ações de saúde. Essas características tornam a área de assistência ao câncer um local rico em informações, propício aos estudos que levam em conta a trajetória de pacientes.

Em especial, quando observamos o Estado do Rio de Janeiro no ano de 2007 (ano de prevalência dos casos estudados), sua taxa de mortalidade bruta<sup>1</sup> por câncer foi a segunda maior entre os estados do País, tanto entre mulheres (104,94 casos/100 mil hab.) quanto entre homens (121,52 casos/100 mil hab.)<sup>2</sup>, encontrando-se atrás apenas do Rio Grande do Sul.

Sob outro prisma, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou em 2005 o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, em uma tentativa de avaliar e promover o aperfeiçoamento do setor (ANS, 2009).

Este movimento da ANS chama a nossa atenção para a necessidade de estudarmos um sistema que padece de problemas em se tratando da gestão e organização dos seus serviços (SILVA JUNIOR *et al.*, 2003; CONSTANCIO, 2006; FRANCO *et al.*, 2007a), sendo os mesmos marcados por ações ou propostas de saúde fragmentadas, com o processo de trabalho centrado na pessoa do médico e em suas lógicas instrumentais.

---

1 Refere-se ao risco de ocorrência de um evento (óbitos). Traduz-se pelo quociente entre o total de eventos e a população sob risco (BRASIL.INCA, 2011b).

2 BRASIL.INCA, 2011a.

Especificamente na linha de cuidado da oncologia, os processos de trabalho estão predominantemente centrados nas tecnologias duras e leve-duras, com ausência ou pouca implementação de dispositivos leves que possam modificar a organização produtiva na rede assistencial (FRANCO *et al.*, 2007). Constatamos que medidas de prevenção primária e secundária ao câncer, em geral, quando existem, estão descoladas das propostas de cuidados dos serviços de oncologia, apontando para a necessidade de implementação, articulação ou aprimoramento dessas ações, tornando-as parte de uma sequência do fluxo da linha de cuidado (SCHOUT *et al.*, 2007; FRANCO *et al.*, 2007).

Observamos que a Oncologia por um lado é uma das especialidades com maior padronização e consenso em relação a tratamento nos âmbitos internacional e nacional, possui grande investimento em pesquisa, tem um grau de velocidade de incorporação de novos conhecimentos diferenciados de outras áreas clínicas, possui indicadores de qualidade validados na literatura e representa uma situação clínica em que são utilizados recursos diagnósticos e terapêutica de alto custo (SCHOUT *et al.*, 2007). Apesar de todos esses recursos, há evidente dificuldade para dar conta de acolher e incluir o olhar dos pacientes nos momentos de busca por acesso ao cuidado e de convivência com a fragmentação da oferta de serviços assistenciais.

Considerando que o trajeto assistencial depende em boa parte das iniciativas do próprio paciente e das suas redes de ajuda, os pacientes sentem-se desorientados em relação às melhores escolhas. Essa situação de fragmentação, incertezas e tensão ao longo da trajetória pela busca das melhores opções chama-nos a atenção, pois pode trazer consigo grandes impactos sobre a saúde emocional e física das pessoas acometidas pelo câncer, facilitando o acúmulo de sequelas evitáveis da doença, o desenvolvimento de incapacidades e a perda de autonomia e qualidade de vida.

No presente artigo, temos a situação do câncer em uma operadora de plano de saúde com sede no estado do Rio de Janeiro, de pequeno porte (7.500 vidas), caracterizada como uma autogestão, que são organizações que se diferenciam das outras operadoras de mercado, entre outras coisas, porque operam sem fins lucrativos.

Por serem geralmente ligadas a instituições públicas e gerenciadas por grupos e/ou conselhos compostos pelos próprios funcionários, as autogestões têm como característica a proximidade dos beneficiários da gestão do plano. Isso facilita que questões envolvendo a insatisfação dos beneficiários-donos sejam levadas para o centro das discussões. De maneira geral, as pressões que incidem sobre as autogestões são de diferentes naturezas quando comparadas às pressões

sofridas por planos de mercado. No entanto, estas forças interferem de maneira semelhante no sentido do dever de oferecer as melhores opções de cuidados de saúde aos beneficiários dos planos, sem deixar de lado o equilíbrio econômico-financeiro da empresa (SILVA JUNIOR *et al.*, 2010).

Nessa ótica, podemos entender que as operadoras de planos de saúde são atores importantes na oferta de seus produtos, na formação da concepção de Integralidade no setor (CUNHA; SILVA JUNIOR; CONSTANCIO, 2006) e na regulação permitida do acesso ao cuidado integral.

Portanto, considerando todas as questões levantadas acima, resolvemos analisar a trajetória assistencial de pacientes em oncologia sob os aspectos do cuidado integral em saúde, a partir dos serviços oferecidos por aquela operadora de autogestão na saúde suplementar.

## 2. CONCEITUANDO GESTÃO DO CUIDADO

---

Pinheiro e Guizardi (2004) trazem a noção de cuidado não como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser.

Complementarmente, pode-se também considerar como cuidado o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social (LUZ *apud* PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Por outro lado, para Merhy e Cecílio (2002), o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é o ajuntamento de um grande número de pequenos cuidados complementares, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do ambiente de saúde.

Ainda nessa esteira, Pinheiro e Guizardi (2004) avançam definindo o cuidado como algo que é indissociável de sua integralidade. Esse entendimento baseia-se na discussão da Integralidade levantada por Mattos (2001), que teria a ver com uma prática médica que seria desejável, caracterizada pela recusa ao reducionismo, ou seja, em limitar o sujeito/paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a sua queixa. Torna-se importante dizer que, certamente, esse conceito se estende aos demais profissionais de saúde não médicos.

Aprofundando a discussão, Silva Junior *et al.* (2010, p. 235) avançam para além dos conceitos sobre Integralidade do cuidado já postos, afirmando que:

a Integralidade pressupõe diálogo entre os vários atores da sociedade brasileira na produção da saúde, sem esquecer-se da luta por diminuir a assimetria nas relações de poder estabelecidas entre esses atores.

A questão é, portanto, entender e identificar as implicações do cuidado (na sua integralidade) na gestão de sistemas e serviços de saúde, indo para além da noção enganosa de que apenas a ampliação da oferta de serviços ou do acesso pode dar conta de solucionar as questões de saúde de uma população (MINTZBERG, 1997).

O desafio de coordenar adequadamente o cuidado é tão intenso quanto a complexidade das organizações de saúde classificadas por Mintzberg (1979) como organizações profissionais, que precisam necessariamente de seus operadores para funcionar (mão de obra intensiva).

Em cima desta ideia, Dussalt (1992) cita o caráter único dos problemas de saúde que, por mais que se repitam em escala no cotidiano dos serviços, têm uma perspectiva individual de cada paciente. Essa situação se depara com uma dicotomia: o respeito a normas de qualidade e ao mesmo tempo a autonomia dos operadores para cuidar de cada pessoa de forma singular. Concordamos com essa visão e, ainda, incluímos como outro complicador o fator da autonomia decisória do paciente no processo de construção e coordenação/execução do seu projeto terapêutico.

Dessa forma, nos parece interessante destacar que compactuamos com reinterpretção de Starfield (1979), feita por Silva Junior e Mascarenhas (2004), em cima da noção de coordenação de cuidado exercida por profissionais de saúde. Essa ideia tem sua ênfase na capacidade de 1 – **perceber necessidades de usuários e articular os arranjos tecnológicos necessários para atendê-las** em qualquer nível de densidade tecnológica; 2 – **produzir (im)pactos cuidadores e fluxos entre equipes** (referência/contrarreferência), **vínculos e responsabilização temporários** (no local de encaminhamento); e 3 – **sensação de “ser cuidado” no usuário**.

Lembramos que essa modalidade de prática é adotada por alguns profissionais como característica pessoal quando se deparam com situações em que seus pacientes necessitam da intervenção de outros profissionais ou serviços e, ao encaminhar o paciente, contatam esses outros recursos alternativos, relatam o histórico do paciente, falam de suas dúvidas ou de suas indicações de intervenção e marcam a ida do paciente.

Conforme Silva Junior; Alves; Alves (2005, p. 82):

Esses profissionais, além de operarem o cuidado do paciente, gerenciam a busca de outros recursos específicos, articulando-os, otimizando resultados, evitando sobreposições ou contradições nas propostas terapêuticas.

Portanto, chamamos a atenção para a necessidade da institucionalização da coordenação do cuidado como uma tecnologia gerencial, exercida como diretriz pactuada de um serviço, sendo um dos focos de gestão – para assegurar a continuidade do cuidado e também a segurança/respaldo do profissional envolvido nesta atividade. O desenvolvimento dessa prática como parte do processo de trabalho requer também investimentos de capacitação e educação permanente na ampliação da clínica e no domínio de tecnologias de relação.

Aproximamo-nos assim da discussão sobre avaliação pela ótica da Integralidade.

### 3. AVALIAÇÃO PELA ÓTICA DA INTEGRALIDADE

---

Seguindo a lógica da Integralidade e preocupados em avaliar as práticas de cuidado, Silva Junior e Mascarenhas (2004) propuseram uma operacionalização pelos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde. Acolhimento, para os autores, incluiria as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das necessidades e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos. Acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Ainda, segundo esses autores, podemos pensar em **três dimensões do acolhimento**, que seriam **postura, técnica e como resolutividade**.

Por outro lado, **vínculo-responsabilização** englobariam não só a noção de **longitudinalidade**, mas a **instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe** em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população.

A qualidade da atenção à saúde pressupõe a referência de um modelo idealizado que leva em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade com-

provada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

A complexidade dessa discussão é também amparada pelos conceitos de rede de atenção à saúde (RAAs) desenvolvidos por Mendes (2011,) e que podem nortear a organização dos sistemas de saúde complexos a partir coordenação realizada no nível da Atenção Primária em Saúde (APS):

*As RAAs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade (...) (MENDES, 2011, p. 82)*

Avançando na construção teórica com fins de operacionalização desse arcabouço, Silva Junior, Alves e Alves (2005) sistematizaram a discussão sobre redes de cuidado e a Integralidade como eixo estruturante. Destacaram a organização de malhas de cuidado ininterrupto e progressivo, bem como a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos pacientes na busca de recursos para solução de seus problemas nos diversos níveis de atenção. A partir do conceito de coordenação do cuidado, fizeram contraponto às práticas usuais de referência e contrarreferência baseadas em aspectos apenas normativos, que transferem ao usuário a responsabilidade pela busca dos recursos.

Esses conceitos dialogam de Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 332), que afirmam que:

*a integração propriamente dita dos cuidados é uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.*

Registramos, portanto, que acolhimento, vínculo-responsabilização e coordenação do cuidado são conceitos úteis para avaliar a Integralidade na rede de serviços.

Complementando a análise dos aspectos relacionados ao cuidado integral citados acima, observamos também questões relacionadas à qualidade do cuidado por meio de algumas recomendações do INCA para analisar categorias como a

prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de mama (BRASIL.INCA, 2011d).

Em 2012, esperam-se, para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL.INCA, 2011c).

Das quatro mulheres com câncer entrevistadas, três foram acometidas pelo câncer de mama. Dessa forma, as recomendações do INCA serão tomadas como elemento que nos ampliará a visão das necessidades de saúde das pacientes.

O controle do câncer de mama tem sido prioridade na agenda da saúde no Brasil, por conta de sua alta incidência em mulheres e o importante impacto nas taxas de mortalidade. Em decorrência disto, há uma maior estruturação de ações e publicações científicas ligadas ao tema, ao contrário do que notamos para os demais tipos de cânceres. Nesse sentido, utilizamos apenas as informações do INCA (BRASIL.INCA, 2011d) relacionadas ao câncer de mama como parâmetros de qualidade do cuidado.

#### 4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

---

Este trabalho se caracteriza como um estudo de caso, por buscar em profundidade dados de uma realidade local. Para Yin (2001), o estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto.

Trata-se, portanto, de um estudo de caso de portadores de câncer na Saúde Suplementar, a partir de uma operadora de autogestão em saúde.

As informações da operadora apontam que há uma parcela de 28% da população beneficiária com idade acima dos 59 anos. Esta faixa etária requisita, naturalmente, mais serviços de saúde que as demais faixas etárias e também há, por outro lado, uma maior incidência de problemas oncológicos que na população em geral, os quais quando não cuidados e/ou prevenidos adequadamente agravam a situação já citada anteriormente, assim como custos assistenciais mais elevados do que quando bem assistidos.

Este estudo teve caráter exploratório, documental, e referenciou-se nas informações fornecidas naquela época pela gestão da operadora de saúde e também em consultas realizadas ao *site* oficial do plano. Não tivemos acesso aos prontuários dos pacientes.

Esta pesquisa integra a linha de pesquisa “Avaliação sob a ótica da Integralidade em Saúde” – GEGES/ISC/PROPP/UFF/CNPq, ligado ao Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do ISC/UFF e articula-se com o LAPPIS/IMS/UERJ/CNPq, NUCEM/UFPE/CNPq e com o Projeto Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar do ISC-UFF/ANS (Edital MCT/CNPq/ANS, Nº 25/2007).

O estudo em tela foi submetido e analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CCM/HUAP/UFF), sob o registro nº 413/11, CAAE: 0429.0.258.000-11, e aprovado no parecer de 02/12/2011.

Dedicamo-nos a ilustrar apenas a trajetória assistencial, a qual nos indica os caminhos do usuário na busca de assistência pelos serviços de saúde disponíveis. Esse olhar foi proposto por Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz (2004) para avaliar acesso aos serviços.

Tomamos também como referência na construção metodológica o trabalho desenvolvido por Nascimento Silva *et al.* (2008, p. 225):

Ampliamos o escopo de observação e análise (das trajetórias assistenciais), incluindo outras variáveis. O objetivo foi perceber o cuidado do ponto de vista de quem é cuidado, observando com especial atenção as escolhas do usuário, a rede social que o apoia e a relação com a oferta de serviços do sistema de saúde local.

Nesse sentido, pareceu-nos fértil explorar a capacidade explicativa dos métodos e premissas nas trajetórias terapêuticas percorridas por pessoas com câncer, beneficiários de um plano de saúde, considerando que isso acabou por nos oferecer elementos avaliativos importantes para análise das intervenções assistenciais no enfrentamento desse agravo. Apoiados nas proposições metodológicas anteriormente citadas, construímos a trajetória terapêutica de 8 pacientes que compuseram a prevalência de câncer na operadora de saúde no ano de 2007. Em seguida, apontamos questões relativas ao imbricamento da oferta de serviços de saúde com as demandas e necessidades dos usuários na sua vivência com a doença.

Para isso, revisitamos um banco de informações (transcrições de entrevistas e relatórios) sobre pacientes no ano de 2008 no contexto da reestruturação do modelo de assistência do plano de saúde em questão. Na ocasião foram entrevistados pacientes que eram parte da prevalência de doenças oncológicas no ano de 2007, a partir de um roteiro semiestruturado de questões, o qual permitiu ao entrevistado considerar e dissertar sobre os assuntos que julgasse pertinentes.

Tomamos como objeto de estudo para o desenvolvimento deste trabalho as questões relacionadas à assistência aos portadores de doenças oncológicas,

tendo como universo da pesquisa a prevalência de casos no ano de 2007 na operadora de saúde em questão.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

Analisamos as transcrições das entrevistas com uma amostra de 8 pacientes de um universo de 24 pessoas acometidas ou já em tratamento de algum tipo de câncer no ano anterior. Este grupo é composto por 4 mulheres e 4 homens, todos residentes em bairros nobres do Município do Rio de Janeiro.

Todos os entrevistados recorreram ao tratamento oncológico em estabelecimentos de saúde no município do Rio de Janeiro.

Com relação à faixa etária, 62,5% eram maiores de 65 anos no momento das entrevistas. Três mulheres foram acometidas por câncer de mama, 2 homens por câncer de pulmão e 3 casos por diferentes cânceres (1 mulher por câncer de útero, 1 homem por câncer no cérebro e 1 homem por câncer de bexiga). Seis entrevistados consideravam-se curados no momento da entrevista, enquanto que os outros dois tiveram notícias de que o câncer havia evoluído com metástases, apesar do tratamento.

As pessoas estudadas foram identificadas como M1, M2, M3 e M4 (Anexo 1) – as do sexo feminino – e como H1, H2, H3 e H4 (Anexo 2) – os do sexo masculino – a fim de que fossem guardados o sigilo e o anonimato das informações coletadas no momento da publicação deste estudo. De forma semelhante, guardamos sigilo dos nomes de estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde envolvidos.

Portanto, as informações descritas aqui foram baseadas nos relatos dos entrevistados e nas informações cedidas pelo banco de dados do plano de saúde. Não houve levantamento de informações e/ou relatos médicos originados de prontuários.

### 5.1 Dimensão ACOLHIMENTO

Ao observarmos o conjunto das entrevistas, foi possível inferir que os entrevistados referiram ou sentiram-se, de um modo geral, acolhidos pelos profissionais. Mesmo nos casos em que houve troca de médicos ao longo do tratamento, os entrevistados ressaltaram que haviam sido bem recebidos e ouvidos.

Metade dos entrevistados se queixou de equívocos técnicos relacionados direta ou indiretamente aos profissionais responsáveis pelo seu cuidado. Estes equívocos tiveram ligação com o processo diagnóstico, com a ausência de intervenção nos momentos adequados ou com a intervenção errônea dos médicos. Por exemplo, podemos citar M1 que, após ter permanecido 3 anos sem realizar o exame preventivo ginecológico, mencionou ter tido problemas com uma “intervenção cirúrgica inadequada”, a qual foi atribuída à necessidade de reoperação e a mastectomia bilateral total. Tal fato parece ter tido impacto direto na resolutividade do seu caso.

Com relação à resolutividade, podemos dizer que em 3 dos 8 casos houve problemas. O primeiro tem a ver com a questão técnica levantada por M1 logo acima. Os dois outros casos, dois homens, podemos considerar que a falha de resolutividade estaria relacionada aos diagnósticos tardios. Até o momento da entrevista havia uma percepção de cura por parte de 6 entrevistados.

## **5.2 Dimensão VÍNCULO-RESPONSABILIZAÇÃO**

Percebeu-se a existência de dificuldades quanto à continuidade do cuidado, principalmente na fase de investigação diagnóstica. Notamos a recorrência de entrevistados relatando momentos de desorientação com relação ao tipo de profissional ou local de referência a ser procurado, apesar do acesso facilitado aos mesmos e a inexistência de fluxos mínimos estabelecidos pela operadora ou pelos profissionais para promoção da saúde e prevenção de doenças. Dessa maneira, repetiu-se o relato de idas e vindas sem sucesso a diferentes médicos, até que obtivessem o encaminhamento ou resolução corretos.

A situação acima descrita reforça a ideia de que somente a ampliação da oferta de serviços ou do acesso não dá conta de solucionar as questões de saúde de uma população (MINTZBERG, 1997). Neste caso é preciso pensar na efetividade do vínculo-responsabilização como estratégia para o ordenamento dos serviços de saúde.

Por outro lado, após essa fase inicial de desencontros, podemos dizer que de uma maneira geral os entrevistados reconheceram em seus médicos a capacidade de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas desencadeadas, dando continuidade aos processos de cuidado e reforçando a relação de confiança entre eles.

Analisando questões de afetividade e relação terapêutica, alguns entrevistados citaram sua gratidão e até mesmo “dívida” para com os seus médicos, reconhecendo a importância da relação de confiança estabelecida entre as partes.

### **5.3 Dimensão COORDENAÇÃO DO CUIDADO**

Em geral, percebemos que em todos os casos estudados houve uma figura, um sujeito ativo, que centralizou a coordenação do cuidado. Essa pessoa, às vezes médico, familiar ou amigo próximo, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o adequado concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos entrevistados.

Percebemos que nos casos de maior fluidez em termos de êxito na obtenção e articulação dos diferentes recursos houve a presença de um médico familiar ou amigo próximo liderando ativamente, embora instintivamente, as conexões, idas e vindas aos locais por onde passava o paciente.

Em contraponto, vale ressaltar que o plano de saúde, mesmo dispondo de médicos em seu quadro, se comportou passiva ou reativamente aos acontecimentos, manifestando-se somente quando era acionado pelos beneficiários. A postura da operadora nos faz pensar que as decisões e indicações de referências e de inovações tecnológicas, na maioria dos casos, recaem sobre os médicos da rede e, por consequência disso, para os próprios pacientes e suas redes sociais.

Com relação ao grau de interferência que o plano de saúde teve durante o processo de tratamento e acompanhamento dos pacientes, a percepção de sete entrevistados (87,5%) foi de que a operadora de saúde não interferiu ou orientou diretamente as suas escolhas, em termos de profissionais e estabelecimentos médicos, oferecendo apenas o livro contendo os médicos, clínicas e hospitais integrantes da rede credenciada.

Esta contradição entre a necessidade de referências e articulação de recursos e a postura passiva da operadora e de seus profissionais de saúde pode ser explicada, entre outros motivos, pelo senso comum de que em medicina ou em saúde não há uma única opção para a solução de problemas, uma resposta completa ou absoluta, o que leva os profissionais a se omitirem da responsabilidade de elencar referências e opções terapêuticas, mesmo as baseadas em evidências, temendo que no caso de insucesso sejam responsabilizados moral ou judicialmente por tal atuação.

No entanto, o predomínio da lógica da “livre escolha”<sup>3</sup> do paciente por médicos e serviços em um cenário de intensa assimetria informacional que é a saúde, pode ser preenchido por enganos e descaminhos, afetando os processos de cuidado.

A instituição de coordenadores do cuidado informais<sup>4</sup>, que desempenharam instintivamente este papel, é um achado interessante já que 7 dos 8 entrevistados lançaram mão de seus familiares, amigos e até mesmo profissionais de saúde que eram seus parentes como coordenadores de seu cuidado para articular necessidades, recursos tecnológicos, referências médicas, potencializar fluxos entre equipes, discutir os casos com diferentes profissionais e, assim, auxiliar os mesmos nas suas escolhas, ampliando a sensação de cuidado nos mesmos.

A insegurança e desorientação quanto às escolhas é evidente e há uma fala recorrente de que orientações profissionais em casos de doenças graves seriam convenientes.

Quanto à sensação de estarem sendo cuidados, todos os entrevistados relataram boas experiências. Até mesmo os entrevistados que vivenciaram decepções em alguma etapa do tratamento disseram ter se sentido bem cuidados em momentos posteriores.

## 5.4 Dimensão RECOMENDAÇÕES DO INCA

Sob o olhar das recomendações do INCA (BRASIL.INCA, 2011d) para a redução da mortalidade por câncer de mama, podemos apontar um aspecto relevante que é a discussão de acesso dos pacientes a diferentes densidades tecnológicas, níveis de complexidade de serviços e equipes multiprofissionais, considerando a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos relacionados ao câncer, o diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

O primeiro ponto que nos chama a atenção é a incipiência de programas de promoção à saúde, bem como de incentivos ao acesso a informações sobre prevenção de riscos, agravos, primeiros sinais e sintomas do câncer de mama para as beneficiárias do plano de saúde. Assim, perdeu-se a oportunidade de gerar um estado de alerta constante na população coberta para situações em que de-

---

3 Possibilidade oferecida ao beneficiário em optar por médicos e serviços sem a interferência do plano, mediante reembolso parcial do valor das consultas.

4 O informal – *popular sector* – família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e autoajuda, o popular – *folk sector* – agentes especializados seculares ou religiosos, mas não reconhecidos legalmente na sociedade e o subsistema profissional – *professional sector* (CONILL, 2008).

veriam manter os cuidados de saúde rotineiros ou para o caso de realização inadequada de exames ou não cumprimento de protocolos oficiais.

Por outro lado, percebemos que o processo de diagnóstico do câncer apresentou importante variabilidade entre os entrevistados, havendo momentos em que o tempo ideal para o diagnóstico precoce foi ultrapassado, o que no caso do câncer tende a diminuir as chances de cura, levando o paciente a ser submetido a intervenções mais agressivas e mutiladoras.

Apenas os beneficiários não aposentados contavam com o exame periódico de saúde ocupacional, pela via da própria empresa e não do plano de saúde. Mesmo assim, sem mecanismos de coordenação do cuidado suficientes que adaptassem os protocolos às necessidades de cada pessoa.

Considerando que 7 dos 8 entrevistados não realizavam este exame periódico, nos casos em que houve o diagnóstico precoce da doença, há indícios que o mesmo ocorreu mais por iniciativa dos entrevistados do que por conta de um processo estruturado.

Também podemos dizer que de um modo geral as pacientes entrevistadas tiveram um amplo acesso às consultas médicas de profissionais generalistas e exames complementares. Como já dito, no entanto, essa busca ocorreu por iniciativa própria dos beneficiários.

Nessa linha, ficou patente a ausência ou desarticulação das estratégias de prevenção e detecção precoce do câncer para pessoas aposentadas ou seus cônjuges, sem acesso aos exames periódicos de saúde. Mesmo considerando críticas ao modelo do exame periódico, este dispositivo quando utilizado adequadamente pode trazer considerável ganho aos pacientes.

Esta situação acima descrita é compatível com a constatação de Schout *et al.* (2007) e Franco *et al.* (2007), de que medidas de prevenção primária e secundária ao câncer, em geral, quando existem, estão descoladas das propostas de cuidados dos serviços de oncologia, apontando para a necessidade de implementação, articulação ou aprimoramento dessas ações, tornando-as parte de uma sequência do fluxo de uma linha de cuidado.

Podemos citar o caso de M1 (Anexo 3), aposentada, que permanecera 3 anos sem realizar exames preventivos ginecológicos e em nenhum momento isso fora detectado pelo plano ou por seu médico assistente com tomadas de medidas cabíveis para alerta ou orientação da beneficiária.

Por outro lado, analisando a temporalidade dos casos nos quesitos conclusão da investigação diagnóstica e intervalo para início do tratamento, não identificamos problemas. Esse fato, de alguma maneira, compensou o diagnóstico tardio de alguns pacientes.

A realidade apreendida neste estudo, em termos de acesso dos pacientes beneficiários aos serviços de saúde, diverge do que Almeida (2009) apresenta no âmbito do SUS. Tal autora relata que após o diagnóstico (precoce ou tardio) as pacientes que tinham câncer de mama padeciam por longos períodos tentando iniciar ou dar sequência ao tratamento, o que trazia impacto negativo à sobrevivência das mesmas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

É importante dizer novamente que este trabalho se ancorou em vocalizar anseios, sonhos e direitos dos principais interessados nas mudanças e melhorias – os pacientes –, indo na direção de levantar e analisar aspectos do cuidado integral que possam se tornar parte da agenda dos gestores da saúde suplementar.

Embora percebamos que em aspectos como o acesso a consultas, equipes multiprofissionais, exames, procedimentos de diversos níveis de complexidade, a dinâmica assistencial do setor privado parece mais adequada às recomendações internacionais de acesso, também identificamos a partir do levantamento das trajetórias terapêuticas pontos de importantes estrangulamentos a serem discutidos e solucionados, os quais têm impacto direto em termos de resultados para a saúde das pessoas.

Para dar conta de entrar nos meandros da assistência privada e levantar informações que são invisíveis aos mecanismos de avaliação tradicionais, a estratégia de estudar as trajetórias assistenciais foi de grande utilidade. Esta metodologia nos permitiu registrar detalhes, nuances de escolhas e decisões do cotidiano dessas pessoas, os quais deveriam estar sendo debatidos com prioridade pelos gestores, mas se tornam obscuros, pois ou são desconhecidos ou omitidos pelas estatísticas usuais.

A ideia de trabalho em rede ainda parece bem distante do que se tem discutido e buscado como um farol para a saúde, por exemplo, a noção de redes de atenção levantada por Mendes (2011). Nesse ponto, fazemos um primeiro questionamento: ***Os mecanismos de credenciamento, incentivo à atualização***

***ou controle desenvolvidos pelas operadoras de autogestão em saúde garantem a qualificação técnica, efetividade e segurança da assistência prestada pelos estabelecimentos e profissionais credenciados?***

Trazendo uma segunda reflexão, a postura passiva ou reativa da operadora nos faz pensar que as decisões e indicações de referências e de utilização das chamadas inovações tecnológicas recaem sobre os médicos da rede e para os próprios pacientes e suas redes sociais. Há, portanto, um distanciamento do que é proposto por Silva Junior *et al.* (2005) sobre a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos pacientes na busca de recursos para solução de seus problemas nos diversos níveis de atenção.

Notando que há um desconhecimento ou não entendimento por parte dos gestores dos planos de saúde da necessidade e da importância, entre outros motivos já discutidos, de instituir processos concretos de articulação e coordenação do cuidado, fazemos os seguintes questionamentos: ***Como esse tema poderia entrar na agenda prioritária das operadoras de autogestão em saúde? Seriam os conselhos de usuários uma boa estratégia?***

Na ausência da instituição formal de coordenadores do cuidado, abriu-se uma lacuna que foi ocupada por coordenadores do cuidado informais, os quais acabaram por realizar instintivamente este papel.

Portanto, defendemos que a coordenação do cuidado como prática estruturada em protocolos científicos, baseada no uso racional de recursos e com o respaldo institucional é uma estratégia portadora de maior segurança para o paciente nas suas escolhas do que as práticas encontradas atualmente. No entanto, esta estratégia deve ser adaptada para cada caso monitorado, cada contexto em questão, sem que ocorra um engessamento das ações. Ressaltamos que o uso de protocolos científicos, tanto para a detecção precoce quanto para a coordenação do cuidado, não é por si só fator pleno de sucesso.

Por fim, é preciso criar condições para que beneficiários ampliem a sua capacidade de exercer pressão por seus direitos e necessidades. Esta atuação pode propiciar o desenvolvimento de melhorias institucionais para um cuidado integral, levando que as operadoras de saúde avancem no entendimento de sua responsabilidade sanitária, gerando maior grau de satisfação, segurança e qualidade na assistência.

## REFERÊNCIAS

---

ALMEIDA, S. B. **A trajetória de mulheres com câncer de mama**: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de Integralidade no município de Volta Redonda. Dissertação de Mestrado. IMS-UERJ, 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Programa de qualificação da saúde suplementar**. Rio de Janeiro. ANS, 2009. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/\\_qualificacao/pdf/texto\\_base.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atlas de mortalidade por câncer. INCA**. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>. INCA, 2011a. Acesso em: 3 abr. 2012

\_\_\_\_\_. **Atlas de mortalidade por câncer**. Nota técnica. INCA. INCA, 2011b. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/arquivos/notatecnica.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2012. Incidência de câncer no Brasil**. INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro. INCA, 2011c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em: 3 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil**. INCA. INCA, 2011d. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/recomendacoes\\_cancer\\_de\\_mama\\_inca\\_ms\\_dez\\_2011.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/recomendacoes_cancer_de_mama_inca_ms_dez_2011.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2012.

CONNILL, E. M. *et al.* O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008. ISSN 1413-8123.

CONSTANCIO, T. I. **A trajetória assistencial de pacientes com câncer**: aspectos do cuidado integral em operadora de autogestão / Thiago Inocêncio Constancio. – Niterói: [s.n.], 2012. 112 fls. Orientador: Aluisio Gomes da Silva Junior. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina. 2012.

CONSTANCIO, T. I.; SILVA JUNIOR, A. G. **Perfil da Saúde Suplementar em Niterói**: elementos para o planejamento de políticas públicas. In: 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de

Janeiro, 2006. Anais do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 3 abr. 2012.

DUSSAUT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

FRANCO, T. B. *et al.* As linhas do cuidado como analisadoras da Integralidade na Saúde Suplementar. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 65-89.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 sup. 2, p. S283-S297, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. **Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais**. Campinas, 2002. 13 p. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitalar.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations: a synthesis of the research**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.

\_\_\_\_\_. Toward healthier hospitals. **Health Care Management Review**, Fall, v. 22, n. 4, p. 9-18, 1997.

NASCIMENTO SILVA, V. M. *et al.* Trajetórias assistenciais em Piraf: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 225-234.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. **WHO global report**, 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2004. p. 21-36.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS**, Brasília, ano II, n. 19, set./out., p. 46-47, 2006.

SCHOUT, D. *et al.* Modelo tecno-assistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência na região metropolitana de São Paulo: Cardiologia e Oncologia. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/ 2008 – Brasília: OPAS (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 14). Brasil, 2009, p. 119-171.

SILVA JUNIOR, A. G. Promoção à saúde e mudanças na prática da saúde suplementar. In: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 2008. p. 71-76.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. p. 77-89.

SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* Tensões delimitadoras da Integralidade na saúde suplementar. In: PINHEIRO; LOPES (Org.). **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. 256 p.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO,

R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2003. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. p. 89-112.

STARFIELD, B. Measuring the attainment of primary care. **J Med Educ**, n. 54, p. 361-9, 1979.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001-2004.

## Anexo 1 – Quadro 1 – Análise das entrevistas – parte 1

Entrevistados	Categorias de Análise		
	Acolhimento	Vínculo-Responsabilização	Coordenação do Cuidado
<b>M1</b>	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. No entanto, teve problemas de ordem técnica na intervenção cirúrgica realizada, o que gerou o rompimento com o 1º médico ao longo do tratamento e impactos negativos na resolutividade de seu caso.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de detecção precoce, diagnóstico e 1ª abordagem. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
<b>M2</b>	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Questões de ordem técnica foram devidamente solucionadas, o que gerou impacto positivo na resolutividade de seu caso.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de detecção precoce. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
<b>M3</b>	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Teve problemas de ordem técnica na etapa diagnóstica e em intercorrências que foram compensados posteriormente com intervenções precisas. A resolutividade foi considerada adequada.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de investigação diagnóstica. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O periódico de saúde realizado não se articulou com a condição clínica da entrevistada. O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>
<b>M4</b>	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Questões de ordem técnica foram devidamente encaminhadas o que gerou impacto positivo na resolutividade de seu caso.</p>	<p>A continuidade do cuidado teve prejuízos após a conclusão diagnóstica. Em seguida, foi restabelecida a continuidade do cuidado e foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou reativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatenamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação</p>

## Anexo 2 – Quadro 2 – Análise das entrevistas – parte 2

Entrevistados	Categorias de Análise		
	Acolhimento	Vínculo-Responsabilização	Coordenação do Cuidado
<b>M1</b>	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. No entanto, teve problemas de ordem técnica na intervenção cirúrgica realizada, o que gerou o rompimento com o 1º médico ao longo do tratamento e impactos negativos na resolutividade de seu caso.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de detecção precoce, diagnóstico e 1ª abordagem. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou relativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação.</p>
<b>M2</b>	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Questões de ordem técnica foram devidamente solucionadas, o que gerou impacto positivo na resolutividade de seu caso.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de detecção precoce. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou relativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação.</p>
<b>M3</b>	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Teve problemas de ordem técnica na etapa diagnóstica e em intercorrências que foram compensadas posteriormente com intervenções precisas. A resolutividade foi considerada adequada.</p>	<p>Houve problemas de continuidade do cuidado na fase de investigação diagnóstica. Após isso, foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O período de saúde realizado não se articulou com a condição clínica da entrevistada. O plano de saúde atuou passivamente ou relativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatamento das etapas de diagnóstico, tratamento e reabilitação.</p>
<b>M4</b>	<p>Julgou a postura dos profissionais adequada, tendo sido bem recebida e ouvida em suas necessidades. Questões de ordem técnica foram devidamente encaminhadas o que gerou impacto positivo na resolutividade de seu caso.</p>	<p>A continuidade do cuidado teve prejuízos após a conclusão diagnóstica. Em seguida, foi restabelecida a continuidade do cuidado e foi percebida a capacidade dos profissionais de instituir referências e de se responsabilizar pela articulação das ações terapêuticas, gerando continuidade e confiança mútua.</p>	<p>O plano de saúde atuou passivamente ou relativamente às necessidades da entrevistada. No entanto, houve um sujeito ativo (formal e/ou informal) que centralizou a coordenação do cuidado, se encarregou de providenciar recursos e contatos para que houvesse o concatamento e reabilitação.</p>

### Anexo 3 – Quadro 3 – Análise das entrevistas – parte 3

Entrevistadas	Categoria de Análise
M1	<p><b>Recomendações do INCA para a redução da mortalidade por Câncer de Mama</b></p> <p>Evidente incipiência de programas de promoção à saúde para os beneficiários do plano e de seus credenciados em dar acesso à informações com base científica e de fácil compreensão sobre prevenção de riscos e agravos ao câncer de mama. Ausência de exames periódicos supervisionados para aposentados. O tempo ideal para o diagnóstico precoce foi drasticamente ultrapassado. Houve um amplo acesso à consultas de médicos generalistas e de outros profissionais e à exames complementares, mesmo quando dependiam de autorizações especiais. Da mesma forma, houve acesso adequado a outros níveis de complexidade e densidade tecnológica para tratamento e reabilitação. Os tempos para a conclusão da investigação diagnóstica e intervalo para início do tratamento foram adequados. A entrevistada julgou ter sido acolhida nas suas expectativas, autonomia, dignidade e confidencialidade. Houve a percepção de um grau inadequado de articulação entre ações de prevenção primária e secundária e as propostas de cuidados dos serviços de oncologia.</p>
M2	<p>Evidente incipiência de programas de promoção à saúde para os beneficiários do plano. Ações insuficientes do plano e de seus credenciados em dar acesso à informações com base científica e de fácil compreensão sobre prevenção de riscos e agravos ao câncer de mama. Ausência de exames periódicos supervisionados para aposentados. O tempo ideal para o diagnóstico precoce foi atingido. A entrevistada considerou que houve um amplo acesso à consultas de médicos e de outros profissionais generalistas e à exames complementares. Da mesma forma, houve acesso adequado a outros níveis de complexidade e densidade tecnológica para tratamento e reabilitação, com ressalvas apenas ao acesso a médicos especialistas. Os tempos para a conclusão da investigação diagnóstica e intervalo para início do tratamento foram adequados. A entrevistada julgou ter sido acolhida nas suas expectativas, autonomia, dignidade e confidencialidade. Houve a percepção de um grau inadequado de articulação entre ações de prevenção primária e secundária e as propostas de cuidados dos serviços de oncologia.</p>
M4	<p>Evidente incipiência de programas de promoção à saúde para os beneficiários do plano. Ações insuficientes do plano e de seus credenciados em dar acesso à informações com base científica e de fácil compreensão sobre prevenção de riscos e agravos ao câncer de mama. Ausência de exames periódicos supervisionados para aposentados. O tempo ideal para o diagnóstico precoce foi ultrapassado. A entrevistada considerou que houve acesso inadequado à oncologistas e outros profissionais especializados, mas referiu bom acesso à exames complementares. Da mesma forma, houve acesso adequado a outros níveis de complexidade e densidade tecnológica para tratamento e reabilitação, com ressalvas apenas ao acesso a médicos especialistas. Os tempos para a conclusão da investigação diagnóstica e intervalo para início do tratamento foram adequados. A entrevistada julgou ter sido acolhida nas suas expectativas, autonomia, dignidade e confidencialidade. Houve a percepção de um grau inadequado de articulação entre ações de prevenção primária e secundária e as propostas de cuidados dos serviços de oncologia.</p>



## IV PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR (2014)

1º lugar

---

### IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA EM MÉDIO PRAZO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, MORBIMORTALIDADE E CUSTOS COM ATENÇÃO MÉDICA

**Silvana Márcia Bruschi Kelles**

Resumo da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde do Adulto (área de concentração: Ciências Clínicas).

**Introdução:** A obesidade mórbida é considerada uma epidemia nos países desenvolvidos. No Brasil, os números já são alarmantes, com 0,76% da população com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup> e com tendência a crescimento. Essa situação suscitou medidas de saúde pública anunciadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2012. O desafio é estacionar a tendência de crescimento da obesidade mórbida e prevenir o surgimento de mais pessoas com excesso de peso. A cirurgia bariátrica é uma opção atrativa por sua eficácia para a perda de peso e consequente minimização ou resolução de comorbidades como diabetes, hipertensão e artropatias. Esse procedimento tem cobertura integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo seguimento da Saúde Suplementar, desde que os pacientes preencham os critérios de elegibilidade para realizá-la. O objetivo dessa tese foi avaliar pacientes atendidos por uma operadora da saúde suplementar, submetidos à cirurgia bariátrica, entre janeiro de 2001 e dezembro de 2010, as causas de óbito e as associações entre esse desfecho e características pré-cirúrgicas dos pacientes. Além disso, utilizando dados disponíveis de bases de dados do SUS, avaliamos mortalidade intra-hospitalar e características assistidas pela saúde pública. Como resultado da pesquisa, foram publicados quatro artigos em revistas indexadas. No primeiro artigo, uma coorte não concorrente, foram avaliados 4.344 pacientes submetidos a *bypass* gástrico via laparotômica entre 2001 e 2010, para investigar os fatores de risco presentes no momento da cirurgia que pudessem estar associados ao risco de morte por causas relacionadas ou não relacionadas à cirurgia. O segundo artigo examinou as tendências para utilização de serviços de saúde e gastos, em uma coorte de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pelo período de quarto anos antes e quarto após o procedimento. Todos os dados dos pacientes, sobre internação, consultas em serviços de pronto-atendimento e custos de 4.006 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica foram avaliados. O objetivo do terceiro artigo foi realizar uma revisão sistemática para aferir o perfil demográfico e de comorbidades de pacientes atendidos pelo SUS, submetidos à cirurgia bariátrica entre 1998 e 2010. Foram usadas as bases de dados Medline, LILACS e SciELO. A qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão foi avaliada pelas escalas de Carson e Newcastle-Ottawa. No quarto artigo, foram comparados os desfechos de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica entre 2001 e 2010 assistidos pelo SUS ou pela saúde suplementar. **Conclusões:** O risco de óbito após a cirurgia bariátrica é pequeno e apenas metade dos óbitos está relacionada à cirurgia. Pacientes com mais idade ou os superobesos estão em maior risco de óbito, assim como aqueles operados por cirurgiões com menos experiência. Os custos hospitalares e a utilização de serviços de saúde, como internação e consultas ao pronto-atendimento são mais

elevadas no período pós-operatório, mantendo-se assim por pelo menos quatro anos. Os serviços de saúde e os responsáveis por políticas públicas precisam estar atentos a esse crescimento de demandas e custos. Os dados da revisão sistemática mostraram que, em comparação com estudos internacionais, os pacientes do SUS são mais velhos, com IMC mais alto e têm maior número de comorbidades, o que alerta para o aumento do risco de desfechos adversos com a cirurgia bariátrica. A baixa qualidade metodológica dos estudos incluídos alerta para a necessidade de cuidado na interpretação desses resultados. Apesar da diferença no acesso e de características que podem comprometer o resultado da cirurgia bariátrica, os pacientes atendidos no SUS da região Sudeste tiveram taxa de mortalidade intra-hospitalar semelhante aos da saúde suplementar.

## 1. INTRODUÇÃO

---

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o número de indivíduos obesos, no mundo, duplicou desde 1980. Em 2008, mais de 1,4 bilhão de adultos acima de 20 anos apresentavam sobrepeso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). Desses, 200 milhões de homens e perto de 300 milhões de mulheres eram obesos ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). Cerca de dois terços da população mundial vive em países onde o sobrepeso e a obesidade matam mais que o baixo peso. Mais de 40 milhões de crianças, abaixo de cinco anos, estavam com sobrepeso em 2010 (OBESITY, 2012)

A obesidade é uma doença crônica de difícil controle, porém prevenível. O sobrepeso e obesidade são fatores de risco para óbito e estão associados a, pelo menos, 2,8 milhões de óbitos entre adultos todos os anos. Aproximadamente 44% dos casos de diabetes, 23% das cardiopatias isquêmicas e 7% a 41% de alguns casos de câncer, como endométrio, mama e cólon, são atribuíveis ao sobrepeso e à obesidade.

No Brasil o crescimento da população com sobrepeso e obesidade atingiu níveis de sério problema de saúde pública. Segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar 2008/2009 (IBGE, 2008/2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quase 50% dos brasileiros está acima do peso. Crescimento também foi observado para a população de obesos mórbidos ( $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ) que, em 1978, correspondia a 0,18% da população brasileira e passou para 0,76%<sup>1</sup> em 2008, com crescimento de quase 900%. O desafio é es-

---

1 IBGE – Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009 – dados não publicados.

tacionar a tendência de crescimento com medidas para prevenir a geração de pessoas com excesso de peso.

Para os pacientes portadores de obesidade mórbida, a perda de peso sustentada raramente é conseguida apenas com intervenções dietéticas e mudanças de hábitos de vida dos pacientes. A cirurgia bariátrica, por diversas técnicas, tornou-se uma alternativa para o manejo do excesso de peso.

No Brasil, a cirurgia bariátrica tem cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em instituições de referência, desde 2000 (BRASIL, 2000). O SUS dimensionou a necessidade de serviços para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em um serviço para cada quatro milhões de habitantes. Com a oferta escassa formaram-se filas de espera para a realização do procedimento. De acordo com Zilberstein *et al.* (2006), em média, o tempo de espera para se conseguir uma cirurgia bariátrica pelo SUS é de 2,9 anos, com uma taxa de mortalidade durante o período de espera de 0,6%. Essa dificuldade de acesso parece contribuir para a elevação da morbimortalidade pós-operatória. Em estudos com pacientes usuários do SUS (DINIZ, 2009; SOUTO; MEINHARDT; STEIN, 2004) as taxas de morbimortalidade mostraram-se maiores que aquelas encontradas na literatura internacional. Quando analisamos desfechos dos pacientes assistidos por plano privado da Saúde Suplementar no Brasil, verificou-se baixa taxa de mortalidade até 30 dias da cirurgia (KELLES; BARRETO; GUERRA, 2009), semelhante ao observado em estudos internacionais (CHRISTOU *et al.*, 2004; ZINGMOND; MCGORY; KO, 2005; NGUYEN *et al.*, 2006). Vários fatores podem ter influência sobre esses resultados, sendo o acesso ao procedimento cirúrgico um deles, com vantagens e riscos consequentes a essa facilidade.

A título de comparação, foram realizadas 28.639 (DATASUS, 2012) cirurgias bariátricas no País pelo SUS entre 2001 e 2010 e seis mil por uma única operadora de saúde privada. Se considerarmos que a população brasileira em 2012 era de quase 200 milhões (IBGE) dos quais 75% tem o SUS (IBGE) como único acesso ao procedimento cirúrgico e que a operadora em questão tem uma população coberta de aproximadamente um milhão de vidas, fica evidente a diferença de acesso. Além desse aspecto parece razoável que diferenças econômicas e sociais devem influir nesses resultados.

A obesidade está associada a inúmeras comorbidades como hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrite e outras condições degenerativas. A cirurgia é efetiva para a diminuição sustentada de peso (SJOSTROM *et al.*, 2011; PONTIROLI; MORABITO, 2011). Com essa perda de peso sustentada espera-se a resolução de comorbidades desses pacientes, e, em alguns casos até sua completa resolução (MARSK, 2010). Apesar disso, observou-se o crescimento de eventos desfavorá-

veis na esfera psicológica entre os pacientes operados. Depressão, alcoolismo e suicídio aparecem como desfechos preocupantes no pós-operatório em médio e longo prazos (ADAMS *et al.*, 2007; OMALU *et al.*, 2007; TINDLE *et al.*, 2010; WINDOVER *et al.*, 2010).

Apesar da diminuição de comorbidades como diabetes, hipertensão, artropatias e distúrbios respiratórios, em estudo anterior foi observado que os pacientes operados tiveram o dobro de internações até um ano após a cirurgia bariátrica, quando comparado com o ano que antecedeu a cirurgia. Ademais, observou-se que o dispêndio com serviços de saúde também dobrou no período pós-operatório (KELLES; BARRETO; GUERRA, 2009).

## 2. OBJETIVOS

---

Investigar a mortalidade em curto, médio e longo prazo de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e verificar a associação entre comorbidades pré-operatórias, idade, sexo e experiência do cirurgião com o desfecho óbito.

Investigar o perfil de utilização de serviços de saúde antes e depois da cirurgia bariátrica, assim como seus custos. Verificar a associação dessa utilização com comorbidades pré-operatórias, idade e sexo dos pacientes.

Investigar o perfil do paciente submetido à cirurgia bariátrica pelo SUS e a mortalidade intra-hospitalar desses pacientes.

# ARTIGO 1. MORTALIDADE APÓS *BYPASS* GÁSTRICO: COORTE COM SEGUIMENTO DE 10 ANOS

---

*Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, ou v. 47, n. 7, p. 617-625, 2014, <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X20143578> – ISSN 1414-431X

Trata-se de uma coorte não concorrente, que incluiu dados de todos os 4.344 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica entre 2001 e 2010, assistidos por um plano de saúde da saúde suplementar do Brasil, na região de Belo Horizonte. Indivíduos com menos de 18 anos e com mais de uma cirurgia bariátrica foram excluídos da análise.

## Método

Todos os candidatos à cirurgia tinham que preencher os critérios do *National Institute of Health* (NIH):  $BMI \geq 40$  kg/m<sup>2</sup> ou  $IMC \geq 35$  kg/m<sup>2</sup> e presença de comorbidades como hipertensão, diabetes, apneia do sono ou artropatia grave (GASTROINTESTINAL SURGERY FOR SEVERE OBESITY, 1991). Para todos os pacientes estavam disponíveis dados de perícias realizadas antes da cirurgia, que incluíam aspectos demográficos e descrição de comorbidades do paciente. Além da perícia, estavam disponíveis, para cada paciente, a avaliação de médico psiquiatra atestando ser o paciente psicologicamente estável para se submeter à cirurgia, de endocrinologista atestando as tentativas anteriores (pelo menos dois anos) de perda de peso e que a obesidade não estava relacionada a distúrbios endócrinos não tratados.

Os óbitos e as causas de morte foram levantados a partir dos bancos de dados do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM), em pareamento probabilístico entre o SIM e a identificação dos pacientes operados. O pareamento consistiu de três etapas, uma determinística e duas probabilísticas (MACHADO; HILL, 2004). Após a identificação do óbito, as causas de morte foram agrupadas como relacionadas à cirurgia ou não, sendo a última categoria subdividida em morte natural ou por causas externas violentas (acidentes, envenenamento, suicídio ou agressão). A classificação dentro dessas categorias foi feita de forma independente por dois pesquisadores (SMBK e MFHSD) e, em casos de não concordância, um terceiro pesquisador (SMB) revisava a classificação. A variável experiência do cirurgião foi expressa como  $<20$  ou  $\geq 20$  cirurgias por ano. Esse ponto de corte foi selecionado com base nos achados de Flum e Dellinger (2004).

Foi usada a análise estatística descritiva e testes Qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas. O teste de Mann-Whitney foi usado para avaliar diferenças entre medianas. Os dados de sobrevida foram apresentados em curvas de Kaplan Meier e análise por regressão de Weibull para investigar fatores de risco presentes no momento da cirurgia associados ao óbito relacionado ou não à cirurgia. Todas as variáveis com p valor <0,2 na análise univariada foram consideradas para candidatas para a análise multivariada e permaneceram no modelo final se o p valor fosse  $\leq 0,05$ . Para análise foi utilizado o programa *Stata*, versão 12.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG ETIC 0074.0.203.000-11), e do comitê responsável da Operadora de Saúde aprovaram o estudo e a liberação dos dados.

## Resultados

Dentre os 4.344 pacientes incluídos, 79% dos quais do sexo feminino. A mediana de idade foi 34,9 anos e a mediana de índice de massa corporal (IMC) 42 kg/m<sup>2</sup>, variando entre 35 kg/m<sup>2</sup> e 82 kg/m<sup>2</sup>. Diabetes estava presente em 529 pacientes, hipertensão em 1.723, 603 dos pacientes apresentavam artropatia e 277 apneia do sono. Onze por cento dos pacientes apresentavam IMC $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>.

O seguimento dos pacientes teve mediana de 4,1 anos, variando entre um mês e 10 anos. A taxa de mortalidade após 30 dias e cumulativa até 10 anos foi de 0,55% e 3,34% respectivamente. Entre os óbitos, 53,7% foram relacionados a complicações recentes ou tardias da cirurgia bariátrica. Entre esses, 43% foram relacionados à sepse e 24% a complicações cardiovasculares precoces ou tardias. A proporção de óbitos não relacionados à cirurgia e por todas as causas foi maior entre os homens (Tabela 1).

As cirurgias foram realizadas em 19 hospitais diferentes, mas 80% se concentraram em quatro hospitais. Foram envolvidos 59 cirurgiões, no total, porém 70% dos procedimentos foram realizados por sete cirurgiões, sendo que esses foram aqueles que realizaram mais de 20 cirurgias/ano. Cento e cinquenta e sete mulheres tiveram pelo menos um parto após a cirurgia bariátrica. Houve dois óbitos entre essas gestantes.

No total, 69 (84,1%) dos óbitos ocorreram por causas naturais. Foram classificadas com relacionadas à cirurgia 45 óbitos, sendo sepsis no pós-operatório imediato ou tardia a razão mais frequente de óbito por causas naturais. A segunda causa mais frequente foi a doença cardiovascular, com importante impacto do

**Tabela 1 – Características dos pacientes da coorte, submetidos à cirurgia bariátrica entre 2001 e 2010**

Características	Total (n=4344)	Mulheres (n=3,443)	Homens (n=901)	P-value*
Média de idade em anos (DP)	36,6 (10,5)	36,9 (10,5)	36,2 (10,5)	0,980 <sup>a</sup>
Mediana (IQR)	34,9(28,6-43,6)	35,0 (28,7- 43,6)	34,4 (28,3- 43,5)	0,442 <sup>b</sup>
IMC em kg/m <sup>2</sup> , média (DP)	43,3 (5,1)	42,8 (4,8)	45,3 (5,1)	<0,001 <sup>a</sup>
Mediana (IQR)	42 (40 - 46)	42 (40 - 45)	44 (41 - 48)	<0,001 <sup>a</sup>
Idade ≥ 50 anos, n (%)	573(13,2)	467(13,6)	106(11,8)	0,155 <sup>c</sup>
IMC ≥ 50 kg/m <sup>2</sup> , n(%)	499 (11,5)	318(9,2)	181(20,1)	<0,001 <sup>c</sup>
Hipertensão, n (%)	1.723 (39,7)	1.285 (37,3)	438 (48,6)	<0,001 <sup>c</sup>
Diabetes, n (%)	529 (12,2)	392 (11,3)	137 (15,2)	<0,002 <sup>c</sup>
Artropatia, n (%)	603 (13,9)	524 (15,2)	79 (8,8)	<0,001 <sup>c</sup>
Apneia do sono, n (%)	277 (6,4)	185 (5,4)	92 (10,2)	<0,001 <sup>c</sup>
<20 cirurgias/ano, n (%)	1.330 (30,6)	1.082 (31,4)	248 (27,5)	0,024 <sup>c</sup>
Óbitos relacionados à cirurgia, n(%)	44(1,0)	31 (0,9)	13 (1,4)	0,148 <sup>c</sup>
Óbitos não relacionados à cirurgia, n(%)	38(0,9)	20 (0,6)	18 (2,0)	<0,001 <sup>c</sup>
Óbitos por qualquer causa, n(%)	82 (1,9)	51 (1,5)	31 (3,4)	<0,001 <sup>c</sup>

IQR: intervalo interquartil – 25% e 75%; IMC: índice de massa corporal

\*: homens vs mulheres; <sup>a</sup> Teste de Levene, <sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney, <sup>c</sup> Teste qui-quadrado de Pearson (bicaudal)

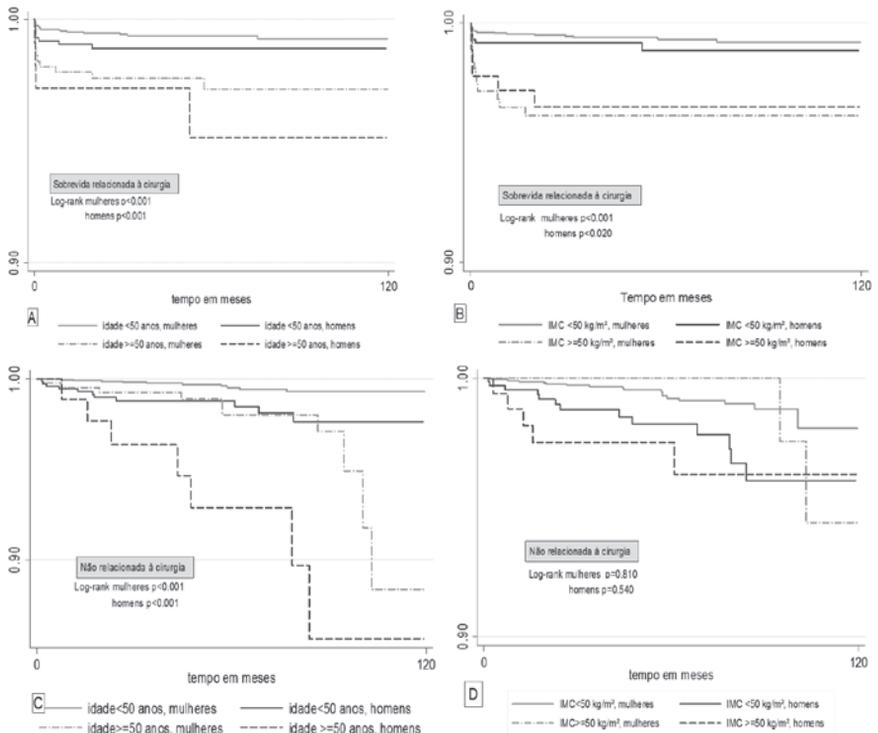
tromboembolismo. Cinco pacientes apresentaram isquemia intestinal tardia. Outros óbitos relacionados a eventos cardiovasculares foram cinco infartos, sendo que três deles nos primeiros 60 dias de pós-bariátrica; um após cirurgia valvar e um óbito devido à trombose hepática. Houve sete óbitos por câncer: câncer de pâncreas em dois pacientes, os outros, um caso de câncer de estômago, cólon, cabeça e pescoço, ovários e mieloma múltiplo. A Tabela 2 mostra o tempo de sobrevida (mediana e intervalo interquartis) a partir da data da cirurgia. A maior parte dos óbitos ocorreu no primeiro ano de pós-operatório.

A Figura 1 mostra as curvas de sobrevida Kaplan Meier para óbito relacionados ou não à cirurgia, estratificados por idade e IMC para homens e mulheres. As curvas A e B são óbitos relacionados à cirurgia e diferem estatisticamente de acordo com a idade e IMC; as curvas C e D são óbitos não relacionados à cirurgia e só diferem em relação ao gênero.

**Tabela 2 – Causas de óbito durante os dez anos de seguimento após a cirurgia bariátrica, entre 2001 e 2010**

Causas de morte	Número (%)	Mediana (meses)	Varição interquartil (meses)
Mortalidade relacionada à cirurgia	44 (53,7)	0,6	0,3 - 8,2
Mortalidade não relacionada à cirurgia	38 (46,3)	33,8	12,6 - 62,5
Mortes por causa natural	69 (84,1)	4,7	0,4 – 33,3
Sepsis	35 (42,7)	0,8	0,4 – 11,1
Condição cardiovascular	20 (24,3)	8,3	0,5 – 43,6
Tromboembolismo	13 (15,9)	8,4	0,5 – 44,5
Outras condições cardiovasculares	7 (8,5)	8,2	1,0 – 29,4
Câncer	7 (8,5)	57,2	39,9 – 58,0
Outras condições não cardiovasculares	7 (8,5)	19,2	4,9 – 69,3
Mortes violentas	13 (15,9)	26,5	17,7 – 67,7
Suicídio	8 (9,8)	57,6	20,3 – 71,1
Agressão/acidente	5 (6,1)	20,0	17,7 – 26,5

**Figura 1 – Curva de sobrevida Kaplan Meier para óbitos entre homens e mulheres, relacionados com a cirurgia (A e B) e não relacionados à cirurgia (C e D), estratificados por idade e IMC**



As únicas variáveis associadas na análise multivariada, com significância estatística, foram sexo masculino e idade  $\geq 50$  anos. Em geral, o risco de óbito na cirurgia bariátrica entre os pacientes avaliados foi pequeno e apenas metade deles foi relacionada à cirurgia (Tabela 3).

**Tabela 3 – Fatores associados à mortalidade por qualquer causa, mortalidade relacionada ou não à cirurgia bariátrica em análise de regressão multivariada (Weilbull) da coorte de 4.344 pacientes, entre 2001 e 2010**

Características	HR ajustado	IC95%	P valor
Mortalidade			
Por qualquer causa n=82			
Sexo masculino	2,11	1,34-3,33	0,001
Idade $\geq 50$ anos	3,44	2,14-5,52	<0,001
IMC $\geq 50$ kg/m <sup>2</sup>	2,39	1,47-3,86	<0,001
Hipertensão	1,73	1,06-2,81	0,027
Relacionada à cirurgia			
Idade $\geq 50$ anos	3,16	1,70-5,85	<0,001
IMC $\geq 50$ kg/m <sup>2</sup>	4,90	2,68-8,97	<0,001
cirurgia $\leq 20$ procedimentos/ano	2,18	1,20-3,94	0,010
Não relacionada à cirurgia			
Sexo masculino	5,22	1,96-7,01	<0,001
Idade $\geq 50$ anos	3,71	2,75-9,90	<0,001

## Discussão

A mortalidade até 30 dias de 0,55% e a mortalidade acumulada em 10 anos de 3,3% foram similares àquelas observadas em outros estudos (SANTO *et al.*, 2013; HUTTER *et al.*, 2006; MORINO *et al.*, 2007).

A taxa de mortalidade em 10 anos foi mais baixa que aquela encontrada em estudos de base populacional, mas eles incluíam várias técnicas cirúrgicas (SJOSTROM *et al.*, 2007; FLUM; DELLINGER, 2004; MARSK, 2008; ARTERBURN *et al.*, 2009). No presente corte, a média de idade de 36,2 (DP 10,5) anos representa a população mais jovem estudada (CHRISTOU *et al.*, 2004; NGUYEN *et al.*, 2006; SJOSTROM *et al.*, 2007; ADAMS *et al.*, 2007; OMALU *et al.*, 2007; FLUM; DELLINGER, 2004), da mesma forma que tem o menor IMC médio (CHRISTOU *et al.*, 2004; NGUYEN *et al.*, 2006; OMALU *et al.*, 2007; FLUM; DELLINGER, 2004), somente superior a Sjöstrom *et al.* (2007) e Adams *et al.* (2007). Essas características podem explicar, pelo menos em parte, número pequeno de óbitos.

O IMC mais alto permanece como preditor para mortalidade por qualquer causa. Acima do IMC de 50kg/m<sup>2</sup> está associado com risco de morte em 30 dias pós-pro-

cedimento. Arthebum *et al.* (2009) também encontrou risco significativamente mais alto de morte entre os pacientes superobesos ( $\geq 50\text{kg/m}^2$ ).

No geral, os óbitos relacionados à cirurgia foram resultado, primeiro, do extravasamento da anastomose, associados à sepse e, em segundo lugar, ao tromboembolismo. No presente estudo, a frequência de sepse foi maior e a frequência de tromboembolismo foi menor se comparados os resultados com os de outros autores (NGUYEN *et al.*, 2006; OMALU *et al.*, 2007; MARSK *et al.*, 2008). Na maior parte dos estudos, o percentual de óbitos por infecção e tromboembolismo variou entre 7% e 18% e entre 4% e 38%, respectivamente (OMALU *et al.*, 2007; HUTTER *et al.*, 2006; MARSK *et al.*, 2008; ARTERBURN *et al.*, 2009). O pequeno número de óbitos por tromboembolismo pode ser, provavelmente, explicado pela idade relativamente jovem dos pacientes da coorte.

A experiência do cirurgião, definida como menos de 20 cirurgias por ano, estava associada à maior taxa de mortalidade relacionada à cirurgia. O papel da experiência do cirurgião foi previamente estudado (KELLES; BARRETO; GUERRA, 2009; FLUM.; DELLINGER, 2004; HUTTER *et al.*, 2006; SMITH *et al.*, 2010; CHIU *et al.*, 2012), mas os pontos de corte para considerar um cirurgião experiente variaram entre 15 e 50 procedimentos/ano (SMITH *et al.*, 2010; CHIU *et al.*, 2012).

O sexo masculino foi associado com menor sobrevida após a bariátrica em vários estudos (MARSK *et al.*, 2008; SANTO *et al.*, 2013; ZHANG *et al.*, 2005) quando avaliada a mortalidade por qualquer causa. Pode ser explicado por fatores relacionados à cirurgia: homens, geralmente, estão sob risco maior de morte por causas violentas ou outras causas relacionadas ao gênero como alcoolismo, tabagismo e comportamentos de risco (SHIELD *et al.*, 2012; BAUER; FULLERTON-GLEASON; FILDES, 2007; STELJES; KUHL; SHIRES, 2005). Não foi observada associação entre o sexo masculino e mortalidade relacionada à cirurgia.

Cento e cinquenta e sete mulheres ficaram grávidas após a cirurgia bariátrica. Duas delas evoluíram para o óbito, uma devido à obstrução intestinal e outra devido à grave desnutrição. Esse resultado, embora com poucos eventos, significa mortalidade 50 vezes mais alta, comparada à das gestantes em geral (SOARES *et al.*, 2012). Gestantes com cirurgia bariátrica anterior, independente de seu peso, são mais suscetíveis a anemia, hipertensão, alterações endócrinas e recém-nascidos com baixo peso (BELOGOLOVKIN *et al.*, 2012). Embora existam muitos benefícios potenciais com a realização da cirurgia bariátrica para a mulher que deseja engravidar, é importante que essa gestante seja acompanhada por equipe multidisciplinar (MAGGARD; LI; YERMILOV, 2008). Com base em 13 relatos de caso, Maggard *et al.* (2008) encontraram 14 complicações que requereram intervenção cirúrgica, como, por exemplo, obstrução intestinal,

obstrução devido a hérnia, vôlvo devido a aderências, úlcera gástrica perfurada, sangramento, erosão de banda gástrica e estenoses. Houve três mortes maternas (21,4%) (HEZELGRAVE; OTENG-NTIM, 2011).

O suicídio foi responsável por 10% dos óbitos na coorte, o que sugere que o protocolo pré-operatório talvez precise de ajustes para capturar as tendências para alcoolismo ou comportamento autodestrutivo. A associação entre obesidade e suicídio ou tentativa é controversa (TINDLE *et al.*, 2010), mas parece que os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica estão sob risco aumentado de suicídio (HENEGHAN *et al.* 2012) , como descrevem Henegham *et al.* (2012). Embora nosso estudo não possa demonstrar uma associação entre a cirurgia bariátrica e o comportamento suicida, devido à falta de grupo controle, nossos resultados sugerem que são necessárias mais pesquisas para encontrar a abordagem ideal dos pacientes candidatos à cirurgia, inclusive com extensa avaliação psicológica pré-procedimento e acompanhamento no pós-operatório.

Esse estudo apresenta algumas limitações, por ser baseado em dados de registro. Por outro lado, foi vantajoso ser baseado em dados de um banco de dados bem estruturado com informações administrativas e ter disponíveis perícias realizadas todas por um mesmo cirurgião ao longo dos anos.

Comparado com outros estudos, os pacientes de nossa coorte eram mais jovens e tinham menor IMC. Provavelmente isso se deva ao acesso facilitado à cirurgia desses pacientes, assistidos por um plano de saúde privado.

A validade externa desses achados pode ser limitada a indivíduos com cobertura por planos de saúde e com acesso a hospitais com o mesmo perfil dos aqui incluídos. Apesar disso, as associações aqui encontradas provavelmente representam fatores de risco reais para mortalidade por causas relacionadas à cirurgia. Trata-se da primeira análise em longo prazo de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em uma grande coorte brasileira.

## **Conclusão**

Milhares de pacientes obesos submetem-se à cirurgia bariátrica com o objetivo de perder peso. Nesses pacientes, o óbito, até 10 anos após o procedimento, foi um evento raro, mas que pode ser reduzido com maior treinamento da cirurgia e redução do IMC para superobesos antes da cirurgia. A alta taxa de suicídio após o procedimento sugere a necessidade de se aprimorar a avaliação pré e acompanhamento pós-procedimento.

## ARTIGO 2. ESTUDO TIPO ANTES E DEPOIS: A CIRURGIA BARIÁTRICA REDUZ A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OS CUSTOS ASSOCIADOS À ASSISTÊNCIA?

---

*International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2016; v. 31, n. 5, p. 1-7, 2016*

Os pacientes obesos mórbidos apresentam 80% mais utilização de serviços de saúde e consequentes custos quando comparados aos não obesos, e em 47% quando comparados aos obesos com IMC < 40 kg/m<sup>2</sup> (ARTERBURN *et al.*, 2009; FLEGAL *et al.*, 2002). Os benefícios da cirurgia bariátrica estão bem estabelecidos (COLQUITT *et al.*, 2009), mas o impacto da utilização de serviços de saúde pós-procedimento em médio prazo é controverso.

A cirurgia bariátrica, embora seja um procedimento seguro, com baixa mortalidade, pode apresentar inúmeras complicações, às vezes necessitando de reintervenções.

Existe pouca literatura com relação aos benefícios econômicos da cirurgia bariátrica e os estudos que existem são, por vezes, controversos. Estudos que comparam pacientes obesos com pacientes submetidos à cirurgia mostram que, em média, os custos pós-bariátrica são mais altos (MACIEJEWSKI; LIVINGSTON; SMITH, 2012; AGREN *et al.*, 2002), enquanto outros estudos mostram que os custos são maiores no grupo controle (CHRISTOU *et al.*, 2004; CREMIEUX *et al.*, 2008; FINKELSTEIN *et al.*, 2011). Em avaliações do tipo antes-depois os custos totais foram mais altos após o procedimento (ZINGMOND; MCGORY; KO, 2005; BLEICH *et al.*, 2012; MCEWEN *et al.*, 2010; MACIEJEWSKI *et al.*, 2010). A maior parte dos estudos que avaliaram custos envolve pacientes de planos de saúde privados (MACIEJEWSKI; LIVINGSTON; SMITH, 2012; CREMIEUX *et al.*, 2008; FINKELSTEIN *et al.*, 2011; KLEIN *et al.*, 2011; BLEICH *et al.*, 2012; MCEWEN *et al.*, 2010) e poucos de pacientes de assistência pública (CHRISTOU *et al.*, 2004; ZINGMOND; MCGORY; KO, 2005; AGREN *et al.*, 2002; MACIEJEWSKI *et al.*, 2010) e ainda menos em países de média e baixa renda (DIXON *et al.*, 2011).

Esse estudo examinou as tendências de utilização de serviços de saúde de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos por uma operadora de saúde de Belo Horizonte, quatro anos antes e quatro anos após o procedimento. Foram avaliadas as internações e visitas ao pronto atendimento, assim como custos totais despendidos pela operadora para assistência desses indivíduos.

Os critérios de inclusão foram indivíduos com 18 anos ou mais, com IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> e comorbidades ou  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>. Os pacientes foram submetidos ao *by-pass* gástrico com Y-de-Roux entre 2004 e 2010.

Os dados para avaliação do perfil de utilização dos pacientes incluídos foram obtidos do banco de dados da operadora. Estavam disponíveis características demográficas dos pacientes, IMC pré-cirúrgico e descrição de comorbidades. Internações e visitas ao pronto atendimento foram recuperadas do banco de dados, assim como os CIDs (CID 10) correspondentes. Os custos, correspondentes ao pagamento realizado pela operadora para assistência, foram atualizados monetariamente até 2011 e dolarizados para fins de comparação. Para minimizar a influência da cirurgia nos custos, já que o objetivo era avaliar o perfil de utilização dos pacientes, foram excluídos da análise os seis meses imediatamente antes e após a cirurgia.

A data da cirurgia foi definida como tempo zero (T=0), o mês subsequente como +1, e o mês anterior à cirurgia como -1 e assim sucessivamente. Para cada paciente incluído na coorte, a duração da observação antes e depois foi a mesma. Por exemplo, se um paciente entrasse para a coorte 12 meses antes da cirurgia e permanecesse no plano de saúde por cinco anos após a cirurgia, os dados utilizados no pós-operatório seriam apenas aqueles eventos incorridos nos 12 meses posteriores à cirurgia. Esse método garantiu que cada paciente contribuiu com o mesmo tempo de observação antes e após a cirurgia e com isso evitamos que pacientes mais doentes, por exemplo, que apresentavam maior chance de permanecer no plano por períodos mais longos, viesassem a observação de utilização de serviços de saúde.

A análise descritiva considerou comorbidades dos pacientes por categorias: hipertensão, diabetes, artropatias ou apneia do sono, assim como grupos de pacientes com idade  $<$  ou  $\geq 50$  anos e IMC  $<$  ou  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>.

As variáveis foram testadas sobre sua distribuição normal e os desfechos comparados com o teste de posições de Wilcoxon, não paramétrico para amostras pareadas. As medidas de desfecho incluíam diferenças de médias de número de internações ou visitas ao pronto atendimento, média do custo por mês e por ano. O p-valor ou intervalo de confiança de 95% para diferenças entre pré e pós-operatório foram avaliadas com Wilcoxon, teste t de *student* para variáveis contínuas e qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas.

Foram avaliados 4.006 pacientes, operados entre 2004 e 2010. O perfil demográfico e de comorbidades é apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1 – Características de base de 4.006 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica entre 2004 e 2010**

Características na linha de base	Número	Desvio Padrão ou %
Média (mediana) idade (anos)	36,2 (34,2)	10,3
Média (mediana) IMC em kg/m <sup>2</sup>	42,8 (42,0)	4,8
Número de pacientes ≥ 50 anos	528	13,2%
Superobesos (IMC ≥ 50kg/m <sup>2</sup> )	383	9,6%
Sexo masculino	805	20,1%
Hipertensão	1518	37,9%
Diabetes	501	12,5%
Apneia do sono	146	3,6%
Artropatia	370	9,2%

Em comparação com o uso anterior à cirurgia, as internações hospitalares mostraram aumento consistente após a cirurgia, mesmo após serem excluídas as hospitalizações para cirurgia plástica ou cuidados relativos à gestação. Alterações do aparelho digestivo foram os diagnósticos mais prevalentes nessa categoria. A Tabela 2 mostra o número de internações hospitalares e visitas ao pronto atendimento, até quatro anos antes e após a cirurgia bariátrica.

Visitas ao pronto atendimento foram em maior número após a cirurgia bariátrica, considerando todos os diagnósticos, e houve aumento consistente no percentual de visitas devido a afecções geniturinárias ou problemas hematológicos.

**Tabela 2 – Internações hospitalares e visitas ao pronto atendimento, antes e após a cirurgia bariátrica, para os 4.006 pacientes operados entre 2004 e 2011**

Características	Período de seguimento											
	1º ano			2º ano			3º ano			4º ano		
	Antes	Depois	P-valor	Antes	Depois	P-valor	Antes	Depois	P-valor	Antes	Depois	P-valor
Número de pacientes observados na coorte *	3051			1592			700			223		
Número de internações (p/ano)	401	691		298	754		119	254		36	52	
Número de internações (p/ano) com exclusões**	367	673		249	395		97	129		34	27	
Número de visitas ao PA (p/ano)	6543	5198		2751	2778		1006	1212		297	399	
Internações/1.000 pacientes/ano	11,6	18,4	0,006	15,7	39,9	0,002	14,0	28,5	0,003	13,2	18,5	0,036
Internações/1.000 pacientes/ com exclusões**	10,5	17,8	0,005	13,2	20,3	0,015	11,6	14,9	0,075	8,3	12,2	0,091
Visitas ao PA/1000 pacientes ano	545,3	433,2	0,028	229,3	231,5	0,666	83,8	101,0	0,002	24,8	33,3	0,003

\* Cada paciente contribuiu com tempos equivalentes de seguimento antes e após a cirurgia.

\*\* Foram excluídas internações relacionadas à gestação ou à cirurgia plástica.

A Tabela 3 mostra a taxa, por 1.000 pacientes/ano, de internações antes e depois da cirurgia, estratificados por sexo, de acordo com idade ou IMC e comorbidades presentes no momento da cirurgia. As taxas consideradas excluem cirurgia plástica e intervenções relacionadas à gestação.

As taxas de internações, por 1.000 pacientes/ano de acordo com o grupo de doenças, estão descritas na Tabela 4, compreendendo todo o período. Os diagnósticos descritos são os encontrados em 60% das internações. As internações por problemas do sistema digestivo ou endócrino e metabólico aumentaram significativamente durante o período.

Os custos ajustados foram mais altos após a cirurgia, mesmo após quatro anos de seguimento. O custo da cirurgia foi de U\$4.951,28. A Figura 1 mostra a média de valores pagos pelo plano de saúde, por mês. Os custos dos seis meses imediatamente antes e após a cirurgia não estão representados por refletirem mais os cuidados imediatos pré e pós-operatórios que o perfil de utilização do paciente. A linha contínua representa a média de todos os custos incluídos e a linha pontilhada exclui dos custos totais as despesas com cirurgia plástica e gestação ou parto.

Os resultados indicam que as internações aumentam após a cirurgia bariátrica. Os prestadores de serviços e gestores precisam considerar que as doenças relacionadas à obesidade ou complicações da cirurgia não promovem diminuição da utilização de serviços de saúde e os custos relacionados.

**Tabela 3 - Internações hospitalares por 1.000 pacientes/ano, de acordo com sexo, idade, IMC e comorbidades**

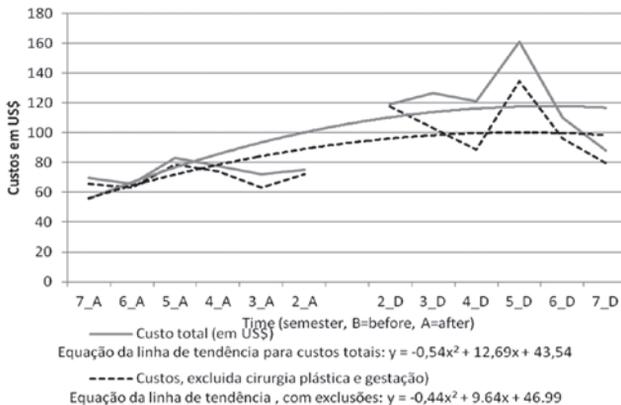
Características (número de internações)	Quatro anos antes e depois da cirurgia bariátrica		
	Antes	Depois	P -valor
Homens (n=841)	4,40	14,50	<0,001
Mulheres (n=5013)	7,71	14,19	<0,001
IMC < 50 kg/m <sup>2</sup> (n=5324)	7,19	14,21	<0,001
IMC ≥ 50 kg/m <sup>2</sup> (n=530)	6,73	12,23	0,012
Idade < 50 anos (n=4722)	7,33	14,57	<0,001
Idade ≥ 50 anos (n=1132)	7,19	12,95	<0,001
Hipertensão (n=2435)	7,48	13,31	<0,001
Diabetes (n=905)	6,95	11,29	<0,001
Hipertensão e diabetes (n=610)	6,79	11,48	0,005
Artropatia (n=723)	6,02	15,00	<0,001
Apneia do sono (n= 283)	9,74	8,40	0,909

**Tabela 4 – Taxa de internação por 1.000 pacientes/ano, categorizadas por grupo de CID-10, antes e depois da cirurgia bariátrica, por ano**

CID 10 grupo ou descrição	1º ano			2º ano			3º ano			4º ano		
	Antes	Depois	P-valor									
Doenças do sistema digestivo	119.7	486.6	0.003	113.2	467.1	0.005	12.8	90.4	0.003	3.2	22.6	0.131
Doenças do sistema circulat.	217.1	168.3	0.199	136.0	174.8	0.397	51.6	54.8	0.891	9.6	9.6	1.00
Doenças do sistema genitunitário	230.2	275.5	0.358	106.6	175.0	0.059	54.8	51.6	0.916	12.8	15.9	0.705
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	35.4	51.6	0.121	9.5	307.9	0.003	12.7	116.4	0.005	0.0	22.4	0.020
Doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo	116.5	100.1	0.359	67.7	171.6	0.009	22.5	54.6	0.210	12.9	16.0	0.666
Outros*	32.3	23.3	0.196	26.5	26.3	0.863	8.8	0.00	0.083	2.9	2.9	1.000

\*Outros inclui: doenças dos olhos, orelhas, mastoide, malformação congênita, deformidades, causas externas de morbidade e mortalidade, gestação, parto e puerpério, envenenamento e outras consequências de causas externas, doenças da pele e tecido subcutâneo, doenças do sistema respiratório, neoplasias, distúrbios mentais e comportamentais, sintomas, sinais e alterações clínicas e laboratoriais, doenças infecciosas ou parasitárias não classificadas em outros locais.

**Figura 1 – Média de gastos por paciente, por semestre, durante quatro anos antes e depois da cirurgia bariátrica**



## Discussão

Os resultados mostram aumento consistente de internações hospitalares e visitas ao PA com conseqüente elevação dos custos nos anos seguintes à cirurgia bariátrica. Com a diminuição ou até resolução de comorbidades preexistentes após o procedimento, seria de se esperar que diminuísse também a busca por internações. Se olharmos as internações como *proxy* para estado de saúde, podemos concluir que houve deterioração do estado de saúde após a cirurgia

bariátrica. Os resultados sugerem que o procedimento cirúrgico pode ter impacto significativo na necessidade de internações após a cirurgia. Problemas do sistema digestivo foram sistematicamente maiores até quatro anos após o procedimento. As complicações gastrointestinais podem ocorrer em qualquer momento. Abell; Minocha, (2006) mostraram como complicações pós-operatórias *dumping*, deficiências de vitaminas e minerais, náuseas e vômitos, falha na sutura com o grampeador, infecções, estenoses, obstrução intestinal, ulcerações e sangramentos ou lesão esplênica. Além disso, problemas decorrentes da perda de peso e diarreia.

Há muitas razões para que os custos após a cirurgia bariátrica não diminuam. Além do aumento das cirurgias plásticas após a perda expressiva de peso, há a possibilidade de o paciente haver postergado intervenções eletivas que ele necessitava. Por exemplo, existe alguma evidência de que cirurgias para tratamento de artroses de joelho e quadril, eventualmente com utilização de próteses, tornam-se mais necessárias a partir do momento em que os indivíduos tornam-se mais ativos fisicamente (KULKARNI *et al.*, 2011).

Muitos autores encontraram elevação de custos assistenciais após a cirurgia bariátrica, comparados aos anteriores ao procedimento (ZINGMOND; MCGORY; KO, 2005; BLEICH *et al.*, 2012; MCEWEN *et al.*, 2010; MACIEJEWSKI *et al.*, 2010) ou comparados a controles não operados (SOUTO; MEINHARDT; STEIN, 2004; KELLES; BARRETO; GUERRA, 2009; CHRISTOU *et al.*, 2004; ZINGMOND; MCGORY; KO, 2005; NGUYEN *et al.*, 2006; MACHADO; HILL, 2004). Entretanto, parece haver diminuição de custos quando se inclui na análise medicamentos pagos pelo próprio paciente (KLEIN *et al.*, 2011; NEOVIUS *et al.*, 2012).

Informações sobre utilização de serviços de saúde e custos seriam mais acuradas se proviessem de ensaios clínicos randomizados. Mas esse estudo não existe e provavelmente jamais existirá, por motivos éticos. Portanto, a melhor evidência para utilização de serviços de saúde vem de estudos observacionais. Muitos estudos utilizam pareamento de indivíduos para compará-los. Entretanto, o pareamento considera apenas algumas variáveis. A comparação de indivíduos antes e depois, comparando o paciente com ele mesmo, procura minimizar as diferenças na linha de base possivelmente presentes nos estudos com pareamento. Além disso, limitando o tempo de observação à menor observação disponível antes ou depois, garante um grupo consistente para a comparação, dado que os pacientes são seu próprio controle.

O objetivo desse estudo não foi uma análise de custo-efetividade, já que não dispúnhamos de dados sobre despesas de responsabilidade do próprio paciente. Faltam estudos sobre custos de pacientes bariátricos em países de média ou

baixa renda. Para países desenvolvidos, as evidências acumuladas sugerem que não existe benefício econômico com a cirurgia para perda de peso. Não há dúvidas que a cirurgia melhora aspectos da saúde do paciente obeso, mas parece não ser custo-efetiva.

## **Conclusão**

A cirurgia bariátrica não reduz os custos com saúde ou utilização de serviços em médio tempo. Esses dados são de interesse para os gestores.

### ARTIGO 3. COMORBIDADES DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA ATENDIDOS PELO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL – REVISÃO SISTEMÁTICA

---

*Cad. Saúde Pública, ou v. 31, n. 8, p. 1587-1601, 2015*

Em 2013 cerca de um milhão de brasileiros eram obesos mórbidos. A cirurgia bariátrica é uma alternativa para a perda de peso sustentada. Até 2012 foram realizadas 36.000 cirurgias pelo Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), entretanto, faltam dados antropométricos e de comorbidades em sua base de dados. O objetivo da presente revisão é descrever o perfil antropométrico e de comorbidades do paciente submetido à cirurgia bariátrica pelo SUS entre 1998 e 2010 e compará-lo ao perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em outros países.

Foram consultadas as bases Medline, LILACS, SciELO e Scopus. A qualidade metodológica dos artigos selecionados foi avaliada com formulários de Carson e Newcastle-Ottawa.

Foram selecionados artigos que descrevessem cirurgia bariátrica via laparotômica (única técnica com cobertura pelo SUS durante o período estudado) e em pacientes oriundos de hospitais públicos ou hospitais universitários, com informações de dados antropométricos e, quando disponível, perfil de comorbidades. Quando a origem dos pacientes não estava descrita no texto, os autores entraram em contato com os autores dos artigos originais para solicitar esse esclarecimento. Aqueles estudos em que a informação sobre a origem não foi recuperada, foram excluídos. Não houve restrição de data ou de idioma para a pesquisa.

Foram excluídos artigos envolvendo pacientes de clínicas particulares ou atendidos por convênios ou que incluíssem apenas subgrupos de pacientes – só diabéticos, por exemplo. Foram excluídas as publicações duplicadas, artigos de revisão ou aqueles que utilizaram dados secundários, assim como artigos de séries com menos de 20 pacientes ou relatos de casos. Também foram excluídos estudos que avaliavam pacientes em fila de espera para a cirurgia bariátrica agendada no SUS, por considerar que seu perfil antropométrico e de comorbidades poderia mudar ao longo do tempo de espera, que pode ser de até três anos.

Entre os 1.051 estudos identificados, 21 foram selecionados, sendo 95% observacionais. Nos 16 artigos que descreviam comorbidades dos pacientes operados, apenas três (37,5%) descreviam os parâmetros usados como diagnóstico de comorbidades.

**Tabela 1 – Idade, IMC e prevalência de tabagismo e comorbidades, ponderados pelo tamanho da amostra, dos pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde para tratamento cirúrgico de obesidade mórbida**

Parâmetro	Média	Intervalo de confiança 95%
Idade (anos)*	40,4	39,4 – 41,6
IMC (kg/m <sup>2</sup> )**	49,1	47,7 – 50,4
Parâmetro	Percentual	Intervalo de confiança 95%
Sexo masculino***	22,8	19,2 – 26,8
Hipertensão****	64,9	58,6 – 70,8
Diabetes*****	20,6	16,2 – 25,7
Artropatia*****	61,2	55,7 – 66,4
Apneia do sono*****	60,4	54,4 – 66,1
Dislipidemia*****	51,1	36,4 – 65,6
Tabagismo*****	22,5	13,3 – 35,6
Anemia*****	5,8	3,8 – 8,8
Síndrome metabólica*****	46,0	14,1 – 81,5
Esteatose não alcoólica*****	57,1	47,8 – 66,0

**Legenda:** IMC – índice de massa corporal

\*KHAWALI *et al.*, 2012; DE ABREU *et al.*, 2007; BLUME *et al.*, 2012; COSTA-MATOS *et al.*, 2009; CUNHA *et al.*, 2006; DINIZ *et al.*, 2009; DONADELLI *et al.*, 2011; FRANCA, 2011; KUGA *et al.*, 2007; LAURINO NETO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2005; MOREIRA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2009; PEDROSA *et al.*, 2009; PORTO, 2012; SALGADO *et al.*, 2010; SALGADO *et al.*, 2011; SCABIM; ELUF-NETO; TESS, 2012; VALEZI; MACHADO, 2011; XAVIER, 2010.

\*\* KHAWALI *et al.*, 2012; DE ABREU *et al.*, 2007; BLUME *et al.*, 2012; COSTA-MATOS *et al.*, 2009; CUNHA *et al.*, 2006; DINIZ *et al.*, 2009; DONADELLI *et al.*, 2011; FRANCA, 2011; KUGA *et al.*, 2007; LAURINO NETO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2005; MOREIRA *et al.*, 2010; MOREIRA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2009; PEDROSA *et al.*, 2009; PORTO, 2012; SALGADO *et al.*, 2010; SALGADO *et al.*, 2011; SCABIM; ELUF-NETO; TESS, 2012; VALEZI; MACHADO, 2011; XAVIER, 2010.

\*\*\* KHAWALI *et al.*, 2012; DE ABREU *et al.*, 2007; BLUME *et al.*, 2012; COSTA-MATOS *et al.*, 2009; CUNHA *et al.*, 2006; DINIZ *et al.*, 2009; DONADELLI *et al.*, 2011; FRANCA, 2011; LAURINO NETO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2005; MOREIRA *et al.*, 2010; MOREIRA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2009; PEDROSA *et al.*, 2009; PORTO, 2012; SALGADO *et al.*, 2010; SALGADO *et al.*, 2011; SCABIM; ELUF-NETO; TESS, 2012; VALEZI; MACHADO, 2011; XAVIER, 2010.

\*\*\*\* KHAWALI *et al.*, 2012; COSTA-MATOS, 2009; CUNHA *et al.*, 2006; DINIZ *et al.*, 2009; DONADELLI *et al.*, 2011; FRANCA, 2011; LAURINO NETO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2005; MOREIRA *et al.*, 2010; MOREIRA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2009; PEDROSA *et al.*, 2009; PORTO, 2012; VALEZI; MACHADO, 2011.

\*\*\*\*\* KHAWALI *et al.*, 2012; BLUME *et al.*, 2012; COSTA-MATOS, 2009; DINIZ *et al.*, 2009; DONADELLI *et al.*, 2011; FRANCA, 2011; LAURINO NETO *et al.*, LIMA *et al.*, 2005; MOREIRA *et al.*, 2010; MOREIRA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2009; PEDROSA *et al.*, 2009; PORTO, 2012.

\*\*\*\*\* KHAWALI *et al.*, 2012; LAURINO NETO *et al.*, 2012; LIMA, 2005.

\*\*\*\*\* KHAWALI *et al.*, 2012; LAURINO NETO *et al.*, 2012.

\*\*\*\*\* KHAWALI *et al.*, 2012; DE ABREU *et al.*, 2007; BLUME *et al.*, 2012; DINIZ *et al.*, 2009; DONADELLI *et al.*, 2011; FRANCA, 2011; LAURINO NETO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2005; MOREIRA *et al.*, 2010; MOREIRA, 2013.

\*\*\*\*\* KHAWALI *et al.*, 2012; DONADELLI *et al.*, 2011; MOREIRA, 2013.

\*\*\*\*\* BLUME *et al.*, 2012; DINIZ *et al.*, 2009.

\*\*\*\*\* DINIZ *et al.*, 2009; PEDROSA *et al.*, 2009.

\*\*\*\*\* LIMA *et al.*, 2005.

Em média, os pacientes têm 40,4 anos, IMC 49,1 kg/m<sup>2</sup>, 23% são homens, 23% tabagistas, 65% hipertensos e 21% diabéticos. A Tabela 1 descreve o perfil do paciente assistido pelo SUS e submetido à cirurgia bariátrica no período estudado.

## **Conclusão**

Esses dados, comparados com estudos internacionais, mostram que o paciente SUS tem mais comorbidades, idade e IMC maior, o que alerta para o maior risco de desfechos adversos. A baixa qualidade metodológica dos estudos sugere precaução na interpretação dos resultados.

## ARTIGO 4. DEZ ANOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL: MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR EM PACIENTES ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE OU OPERADORA DA SAÚDE SUPLEMENTAR

---

*ABCD Arq. Bras. Cir. Dig. v. 27, n. 4, p. 261-7, 2014*

### **Introdução**

A cirurgia bariátrica é uma opção de perda de peso sustentada para o indivíduo obeso mórbido. No Brasil coexistem o Sistema Único de Saúde, de cobertura universal do qual dependem exclusivamente 150 milhões de brasileiros e a saúde suplementar, de caráter predominantemente privado, com 50 milhões de beneficiários. Esse estudo avaliou se a taxa de mortalidade intra-hospitalar da cirurgia bariátrica difere para uma coorte de pacientes oriunda do SUS e outra de pacientes atendidos por planos de saúde e discutir, a partir de dados indiretos, e possíveis fatores que possam influenciar os resultados. Teve como pressuposto que todos os pacientes operados preenchem os critérios clínicos para indicação da cirurgia, que são os mesmos para a saúde suplementar e para os assistidos pelo SUS.

### **Material e Métodos**

As informações sobre os pacientes do SUS foram recuperadas de dados disponíveis no DATASUS e no Sistema de informações hospitalares (SIH) DATASUS (dados resumidos). O DATASUS (2012) é um sistema administrativo de dados com informações sobre todas as hospitalizações pagas pelo SUS, onde estão disponíveis os procedimentos realizados – por código, com média de tempo de internação e custos, por região do País, estado ou município na forma de dados agregados. Para os procedimentos sob análise, foram recuperados os dados, entre janeiro de 2001 e dezembro de 2007, realizados sob os códigos 33.022.04-6 Gastroplastia; 33.022.12-7 gastroplastia vertical com banda; 33.022.13-5 gastroplastia com derivação intestinal e 33.022.14-3 gastrectomia com ou sem desvio duodenal (IBGE) A partir de 2008 até dezembro de 2010 os códigos utilizados para remuneração da cirurgia bariátrica foram 040701012-2 gastrectomia com ou sem desvio duodenal; 040701017-3 gastroplastia com derivação intestinal; 040701018-1 gastroplastia vertical com banda. Do SIH SUS recuperou-se o número de cirurgias realizadas com os códigos descritos, o custo total, o total de

dias de internação por ano e número de óbitos intra-hospitalares, além de sexo e faixa etária. Os dados sobre IMC e presença de comorbidades não estão disponíveis nas bases de dados do SUS. Dados sobre cobertura da saúde suplementar para o Brasil foram retirados do sítio da DATASUS (ou MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Do banco de dados administrativo da operadora foram retiradas informações sobre a cirurgia bariátrica como tempo de permanência hospitalar, custos e óbito intra-hospitalar, por idade e sexo. Além desses dados, a base da operadora também forneceu IMC e presença de comorbidades do paciente no momento da operação. Os dados de procedimentos realizados por pacientes com cobertura pela operadora da saúde suplementar em Belo Horizonte foram utilizados para estimar a permanência, custos e mortalidade nos pacientes atendidos no mesmo período.

A mortalidade intra-hospitalar, nas duas coortes, foi considerada como aquela que ocorreu durante o período de internação para a cirurgia bariátrica. Dados sobre óbitos ocorridos após a alta, mesmo que em período próximo à operação, não estavam disponíveis.

Os dados de custos, comparando a cirurgia realizada no SUS e na operadora de saúde, foram apresentados em seus valores históricos, sem correção de inflação. O custo da cirurgia inclui todos os honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos intra-hospitalares utilizados, inclusive custos de eventuais complicações, tanto na saúde suplementar quanto no SUS (AIH).

## **Resultados**

Entre 2001 e 2010 foram 24.342 e 4.356 cirurgias pelo SUS e operadora, respectivamente. Taxas de cirurgias realizadas em 2010 foram de 5,3 e 91/100.000 indivíduos no SUS e da operadora na saúde suplementar respectivamente. A Tabela 1 mostra a distribuição, características e número de óbitos dos pacientes operados pelo SUS e pela saúde suplementar, entre 2001 e 2010.

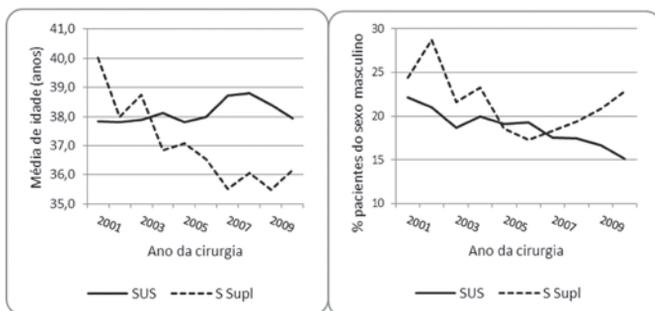
Dados sobre distribuição de idade e sexo mostraram que, enquanto pacientes do SUS mantiveram média de idade estável durante o período, a média de idade dos pacientes na operadora diminuiu em quatro anos entre 2001 e 2010. No mesmo período, o percentual de pacientes do sexo masculino operados pelo SUS diminuiu em sete pontos percentuais (Figura 1).

**Tabela 1 – Características dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica atendidos pelo SUS e pela operadora, no período de 2001 a 2010**

Variável	SUS Brasil	SUS Região Sudeste	Operadora saúde suplementar	SUS Sudeste vs operadora da saúde suplementar
Número de operações	24.342	10.268	4.356	-
Média de idade (DP) em anos	38,2 (10,4)	38,9 (10,5)	36,2 (10,5)	<0,001
% idade ≥ 18 < 50 anos	83,82	81,51	86,82	<0,01
% idade ≥ 50 < 60 anos	15,07	16,27	10,74	<0,01
% Idade ≥ 60 anos	1,11	2,21	2,41	0,46
Sexo masculino (%)	17,8	18,5	20,7	<0,001
Média de permanência hospitalar em dias (DP)	6,1 (0,8)	6,2 (0,6)	3,3 (0,2)	<0,001
Número de óbitos	133	45	13	
Taxa de mortalidade (por 1.000 operações)	5,5	4,4	3,0	0,21

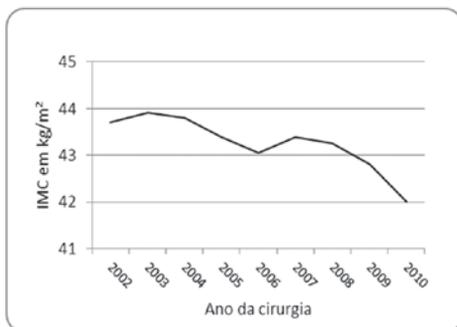
O IMC e perfil de comorbidades (hipertensão, diabetes, artropatia e apneia do sono) estavam disponíveis apenas para pacientes atendidos pela saúde suplementar. A média de IMC entre os pacientes operados na operadora da saúde apresentou queda durante os anos de observação – Figura 2.

**Figura 1 – Distribuição por média de idade e percentual de pacientes do sexo masculino, por ano, entre 2001 a 2010**



A Tabela 2 mostra o perfil antropométrico e de comorbidades dos pacientes atendidos na saúde suplementar e o perfil dos pacientes SUS de acordo com dados obtidos por meio de revisão sistemática descrita no artigo anterior, referente ao período estudado. As diferenças das médias e proporções para todas as variáveis avaliadas foram significativas, mostrando que o perfil antropométrico e de comorbidades é diferente nas duas coortes e desfavorável, do ponto de vista prognóstico, para os pacientes atendidos pelo SUS.

**Figura 2 – Variação do IMC médio dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica na operadora da saúde suplementar entre 2002 e 2010**



**TABELA 2 – Características dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica entre 2001 e 2010 por operadora da saúde suplementar e assistidos pelo SUS de acordo com dados disponíveis\* e estimados em revisão sistemática\*\***

Parâmetro	Pacientes atendidos pelo SUS	Pacientes atendidos pela saúde suplementar	Diferença das médias/proporções (IC95%)
Idade em anos (média e IC95%)	38,2 (38,1 – 38,3)*	36,7 (36,4 – 37,0)	1,5 (1,2 – 1,9)
Sexo masculino (% e IC95%)	17,8 (17,3 – 8,25)*	20,7 (19,5 – 22,0)	2,9 (1,6 – 4,2)
IMC em kg/m <sup>2</sup> (média e IC95%)	49,3(47,8 – 50,8)**	43,3 (43,2 – 43,5)	6,0 (5,7 – 6,4)
Hipertensão (% e IC95%)	47,4 (44,8 – 0,1)**	39,6 (38,2 – 41,1)	7,8 (4,8 – 10,8)
Diabetes (% e IC95%)	17,3 (15,4 – 9,4)**	12,1 (11,2 – 13,2)	5,2 (3,0 – 7,5)
Artropatia (% e IC95%)	21,1 (18,8–23,6)**	13,8 (12,9 – 14,9)	7,3 (4,7 – 10,0)
Apneia do sono (% e IC95%)	14,6 (12,6 –16,8)**	6,4 (5,7 – 7,2)	8,2 (6,1 – 10,6)

O tempo de permanência hospitalar de pacientes atendidos pelo SUS em todo o Brasil ou na região Sudeste foi estatisticamente maior do que o observado na operadora ( $p < 0,0001$ ).

A taxa de mortalidade intra-hospitalar por 1.000 pacientes-dia de internação foi de 0,9 (133 óbitos/147.122 pacientes-dia de internação) para o SUS em todo o Brasil e 0,7 no SUS na região Sudeste (45 óbitos/64.083 pacientes-dia). Para a operadora de saúde (dados disponíveis a partir de 2004) a taxa foi de 0,9/1000 pacientes-dia (12 óbitos/13.227 pacientes-dia).

## Conclusão

As baixas taxas de mortalidade intra-hospitalares pós-cirurgia bariátrica no SUS e operadora confirmam a segurança do procedimento, em curto prazo. Porém, a taxa de mortalidade intra-hospitalar entre pacientes atendidos pelo SUS em todo o Brasil foi 84% maior que aquela dos pacientes atendidos pela operadora da saúde suplementar, mas similar quando se comparou operadora e aqueles atendidos na região Sudeste pelo SUS.

A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi semelhante entre pacientes atendidos pela operadora da saúde suplementar e aqueles atendidos pelo SUS na região Sudeste do Brasil, apesar da evidente dificuldade de acesso dos últimos e de serem alguns anos mais velhos.

Enquanto a taxa de cirurgias para pacientes do SUS parece inferior à demanda, comparada a dados internacionais, a saúde suplementar supera aquelas observadas em vários países desenvolvidos. O risco moral certamente explica parte dessa diferença, entretanto, outras razões precisam ser melhor avaliadas, como eventualmente sobreindicação da cirurgia na saúde suplementar. Não se sabe quais as consequências, em longo prazo, da diminuição da idade e do IMC no momento da cirurgia observado na operadora.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Nosso objetivo foi pesquisar os desfechos mortalidade, utilização de serviços de saúde e custos envolvidos com a atenção de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no âmbito da saúde suplementar no Brasil e adicionalmente avaliar a mortalidade intra-hospitalar para pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

A coorte de pacientes atendidos na operadora de saúde incluiu dados sobre IMC, sexo, idade e comorbidades no momento da cirurgia, o que permitiu avaliar sub-grupos para desfechos como ocorrência de internações, de visitas ao serviço de pronto atendimento, mortalidade e custos. Entretanto, para a coorte de pacientes atendidos pelo SUS, somente sexo e idade estavam disponíveis em forma de dados agregados. Por essa razão, o perfil de comorbidades desses pacientes foi inferido por meio de revisão sistemática de estudos realizados em diferentes locais no País. Como limitação dessa revisão encontramos o fato de que a maioria dos estudos foi conduzida em hospitais universitários e o perfil de saúde desses pacientes pode diferir dos pacientes operados na rede conveniada do SUS. Nossa revisão sistemática mostrou que o paciente atendido no SUS tem perfil de maior risco do que o observado na maioria dos estudos internacionais: idade mais avançada, IMC maior e maior número de comorbidades. Por ser um paciente mais grave, o desfecho esperado para a cirurgia poderia ser menos favorável. Apesar disso, a mortalidade intra-hospitalar foi um evento raro para pacientes assistidos pelo SUS, em especial na região Sudeste do Brasil. Nesse último caso ela não diferiu estatisticamente da mortalidade intra-hospitalar encontrada na coorte de pacientes atendidos na operadora de saúde.

Tendo disponíveis dados administrativos tanto para a operadora de saúde quanto para o SUS, a análise de efetividade clínica da cirurgia ficou comprometida pela falta de dados. Idealmente, o DATASUS poderia estimular a coleta de dados sobre IMC e presença de comorbidades de todos os pacientes assistidos pelo SUS, já que são critérios obrigatórios para a cirurgia. Hoje, dados clínicos já são coletados para outros tipos de assistência, como nas APACS de pacientes em tratamento oncológico. São milhares de cirurgias realizadas por ano e um contingente potencial de candidatos que já chega a um milhão. Portanto, o perfil da população operada precisa ser criteriosamente estudado para avaliação de desfechos e provisionamento de recursos no SUS.

A mortalidade em médio e longo prazo foi estimada a partir da coorte de pacientes assistidos pela saúde suplementar. Os achados foram compatíveis com os melhores resultados publicados na literatura internacional, para a cirurgia por

via laparotômica. Para a cirurgia via laparoscópica, disponível apenas na saúde suplementar a partir de 2012, ainda não dispomos de dados consolidados.

Para a coorte de pacientes atendidos pela operadora, os custos e utilização de serviços de saúde, pós-procedimento, foram expressivamente superiores e se mantiveram ao longo do período de quatro anos. É especialmente preocupante que o número de internações desses pacientes tenha aumentado de forma significativa, assim como a busca ao serviço de pronto atendimento, difícil de ser explicada pelo pequeno aumento da idade desses pacientes, a maioria inferior a 50 anos. É mais provável que o aumento de uso de serviços de saúde se deva ao comprometimento do estado de saúde desses indivíduos. É sabido que a cirurgia bariátrica melhora comorbidades, como hipertensão e diabetes, mas os pacientes podem desenvolver outras comorbidades decorrentes do próprio procedimento, como deficiências nutricionais com repercussão hematológica e em sistema musculoesquelético, como nosso estudo sugere (GLOY *et al.*, 2013).

Não dispúnhamos de dados para avaliar a eficiência da cirurgia em termos clínicos ou de qualidade de vida. Entretanto, para autores que fizeram essa análise, a cirurgia bariátrica parece não ser um procedimento custo-efetivo (MACIEJEWSKI *et al.*, 2012; WEINER *et al.*, 2013).

Sistemas de saúde bem estruturados como o britânico, indicam a cirurgia bariátrica como tratamento de primeira linha apenas para pacientes com IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>; abaixo disso oferecem atenção multidisciplinar na tentativa de reduzir o peso e comorbidades (NATIONAL OBESITY OBSERVATORY, 2010). Livingston, nos Estados Unidos, sugere que a cirurgia seja oferecida não apenas com base no IMC e perfil de comorbidades, mas para pacientes que tivessem demonstrado capacidade de adesão ao tratamento médico e nutricional que é necessário após a cirurgia e que deve ser continuado pelo resto da vida desses pacientes (LIVINGSTON, 2013).

Encontrar a intervenção ideal, segura, efetiva e custo-efetiva para o paciente obeso mórbido ainda é um desafio. O tratamento conservador falha em mais de 90% das vezes. A cirurgia bariátrica apresenta resultados relevantes em curto prazo, porém à custa de significativo comprometimento da saúde e com custos crescentes, o que é uma preocupação considerando o enorme contingente de candidatos a ela e os recursos sempre insuficientes de qualquer sistema de saúde. Além disso, são necessários estudos para avaliar as repercussões dessa cirurgia em longo prazo, especialmente em países de renda média e com um sistema público de saúde universal, como o Brasil. Hoje, pelo menos na operadora de saúde, indivíduos cada vez mais jovens estão se submetendo à cirurgia, a ponto

de nossa coorte ser uma das mais jovens já descritas na literatura, estando também entre as de menor IMC médio.

Certamente a melhor estratégia para enfrentar o problema da obesidade é evitá-la. A preocupação com padrões alimentares saudáveis ganha força na literatura especializada e terá que modificar toda uma cultura alimentar, incluindo a de produção e distribuição de alimentos (MONTEIRO *et al.*, 2013). Há várias iniciativas nesse sentido, mas os resultados, se houver, levarão décadas para se mostrar.

## REFERÊNCIAS

---

- ABELL, T. L.; MINOCHA, A. Gastrointestinal complications of bariatric surgery: diagnosis and therapy. **Am J Med Sci**, v. 331, n. 4, p. 214-8, 2006.
- ABREU, M. R. de *et al.* Steatosis and hepatic markers before and shortly after bariatric surgery. **Ann Clin Biochem**, v. 44, p. 63-9, 2007.
- ADAMS, T. D. *et al.* Long-term mortality after gastric bypass surgery. **N Engl J Med**, v. 357, n. 8, p. 753-61, 2007.
- AGREN, G. *et al.* Cost of in-patient care over 7 years among surgically and conventionally treated obese patient. **Obes Res**, v. 10, n. 12, p. 1276-83, 2002.
- ARTERBURN, D. *et al.* Predictors of long-term mortality after bariatric surgery performed in Veterans Affairs medical centers. **Arch Surg**, v. 144, n. 10, p. 914-20, 2009.
- BAUER, T.; GÖHLMANN, S.; SINNING, M. Gender Differences in Smoking Behavior. **Health Econom**, v. 16, n. 9, p. 895-909, 2007.
- BELOGOLOVKIN, V. *et al.* impact of prior bariatric surgery on maternal and fetal outcomes among obese and non-obese mothers. **Arch Gynecol Obstet**, v. 285, n. 5, p. 1211-8, 2012.
- BLEICH, S. N. *et al.* Impact of bariatric surgery on health care utilization and costs among patients with diabetes. **Med Care**, n. 50, p. 58-65, 2012.
- BLUME, C. A. *et al.* Nutritional profile of patients before and after Roux-en-Y gastric bypass: 3-year follow-up. **Obes Surg**, v. 22, n. 11, p. 1676-85, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 196/ Ministério da Saúde de 29/02/2000.
- CHIU, C. C. *et al.* The relationship between volume and outcome after bariatric surgery: a nationwide study in Taiwan. **Obes Surg**, v. 22, n. 7, p. 1008-15, 2012.
- CHRISTOU, N. V. *et al.* Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. **Ann Surg**, v. 240, n. 3, p. 416-23, 2004 (discussion 423-4).
- COLQUITT, J. L. *et al.* Surgery for obesity. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 15, n. 2, p. 2009. CD003641. doi 10.1002/14651858. CD003641.pub3.

COSTA-MATOS, A. *et al.* Is there an association between urolithiasis and Roux-en-y gastric bypass surgery? **Int Braz J Urol**, v. 35, n. 4, p. 432-5, 2009.

CREMIEUX, P. Y. *et al.* A study on the economic impact of bariatric surgery. **Am J Manag Care**, v. 14, n. 9, p. 589-96, 2008.

CUNHA, L. C. *et al.* Evolutive echocardiographic study of the structural and functional heart alterations in obese individuals after bariatric surgery. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, n. 5, p. 615-22, 2006.

DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 7 set. 2012.

DINIZ, M. de F. *et al.* Different criteria for assessment of Roux-en-Y gastric bypass success: does only weight matter? **Obes Surg**, v. 19, n. 10, p. 1384-92, 2009.

DINIZ, M. F. *et al.* Different criteria for assessment of Roux-en-Y gastric bypass success: does only weight matter? **Obes Surg**, v. 19, n. 10, p. 1384-92, 2009.

DIXON, J. B. *et al.* Bariatric surgery: an IDF statement for obese type 2 diabetes. **Diab Med**, v. 28, n. 6, p. 628-42, 2011.

DONADELLI, S. P. *et al.* Change in predicted 10-year cardiovascular risk following Roux-en-Y gastric bypass surgery: who benefits? **Obes Surg**, v. 21, n. 5, p. 569-73, 2011.

FINDELSTEIN, E. A. *et al.* Financial implications of coverage for laparoscopic adjustable gastric banding. **Surg Obes Relat Dis**, n. 7, p. 295-303, 2011.

FLEGAL, K. M. *et al.* Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. **JAMA**, v. 288, n. 14, p. 1723-27, 2002.

FLUM, D. R.; DELLINGER, E. P. Impact of gastric bypass operation on survival: a population-based analysis. **J Am Coll Surg**, v. 199, n. 4, p. 543-51, 2004.

FRANCA, F. T. **Avaliação da perda de peso e da qualidade de vida de pacientes obesos mórbidos submetidos a cirurgia de bypass gástrico em Y de Roux com anel redutor e sem anel, após o primeiro ano de seguimento.** 2011. 78fls. Monografia (Trabalho de conclusão de curso de Residência Médica) – Hospital do Servidor Público Municipal – São Paulo. 2011.

GASTROINTESTINAL SURGERY FOR SEVERE OBESITY. Proceedings of a national institutes of health consensus development conference. March 25-27, 1991, BETHESDA, M. D. [no authors listed]. **Am J Clin Nutr**, v. 55, n. 2, p. 487s-619s, 1992 (suppl).

GLOY, V. L. *et al.* Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ**, n. 347, f5934, 2013. doi 10.1132/bmj.f5934.

HENEGHAN, H. M. *et al.* Weighing the evidence for an association between obesity and suicide risk. **Surg Obes Relat Dis**, v. 8, n. 1, p. 98-107, 2012.

HEZELGRAVE, N. L.; OTENG-NTIM, E. Pregnancy after bariatric surgery: a review. **J Obes**, 2011. doi 10.1155/2011/501939.

HUTTER, M. M. *et al.* Laparoscopic versus open gastric bypass for morbid obesity: a multicenter, prospective, risk-adjusted analysis from the National Surgical Quality Improvement Program. **Ann Surg**, v. 243, n. 5, p. 657-62, 2006.

IBGE. Dados. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>>.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=31/08/2012&jornal=1&pagina=81&totalArquivos=272>>.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2008/2009 – dados não publicados.

KELLES, S. M.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Mortality and hospital stay after bariatric surgery in 2,167 patients: influence of the surgeon expertise. **Obes Surg**, v. 19, n. 9, p. 1228-35, 2009.

KHAWALI, C. *et al.* Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 56, n. 1, p. 33-38, 2012.

KLEIN, S. *et al.* Economic impact of the clinical benefits of bariatric surgery in diabetes patients with BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>. **Obesity**, v. 19, n. 3, p. 581-87, 2011.

KUGA, R. *et al.* Endoscopic findings in the excluded stomach after Roux-en-Y gastric bypass surgery. **Arch Surg**, v. 142, n. 10, p. 942-6, 2007.

KULKARNI, A. *et al.* Does bariatric surgery prior to lower limb joint replacement reduce complications? **Surgeon**, v. 9, n. 1, p. 18-21, 2011.

LAURINO NETO, R. M. *et al.* Comorbidities remission after Roux-en-Y Gastric Bypass for morbid obesity is sustained in a long-term follow-up and correlates with weight regain. **Obes Surg**, v. 22, n. 10, p. 1580-5, 2012.

LIMA, M. L. R. P. *et al.* Hepatic histopathology of patients with morbid obesity submitted to gastric bypass. **Obes Surg**, v. 15, n. 5, p. 661-9, 2005.

LIVINGSTON, E. H. Is bariatric surgery worth it? **JAMA Surg**, v. 148, n. 6, p. 562, 2013.

MACHADO, C. J.; HILL, K. Probabilistic record linkage and an automated procedure to minimize the undecided-matched pair problem. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 915-25, 2004.

MACIEJEWSKI, M. L. *et al.* Health expenditures among high-risk patients after gastric bypass and matched controls. **Arch Surg**, v. 147, n. 7, p. 633-40, 2012.

MACIEJEWSKI, M. L. *et al.* Health care utilization and expenditure changes associated with bariatric surgery. **Med Care**, v. 48, n. 11, p. 989-98, 2010.

MAGGARD, M.; LI, Z.; YERMILOV, I. **Bariatric surgery in women of reproductive age**: special concerns for pregnancy. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 nov. (Evidence Reports/Technology Assessments, n. 169.) 3, Results. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38568/>>.

MARSK, R. *et al.* Antiobesity surgery in Sweden from 1980 to 2005: a population-based study with a focus on mortality. **Ann Surg**, v. 248, n. 5, p. 777-81, 2008.

MARSK, R. *et al.* Bariatric surgery reduces mortality in Swedish men. **Br J Surg**, v. 97, n. 6, p. 877-83, 2010.

MCEWEN, L. N. *et al.* The cost, quality of life impact, and cost-utility of bariatric surgery in a managed care population. **Obes Surg**, n. 29, p. 919-28, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [Internet]. Secretaria Executiva. DATASUS. **Informações de saúde, saúde suplementar**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: out. 2013.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed products are becoming dominants in the global food system. **Obes Rev**, v. 14, n. 2, p. 21-28, 2013.

MOREIRA, M. A. *et al.* Clinical-nutritional evaluation of obese patients submitted to Roux-en-Y gastric bypass. **Acta Gastroenterol Latinoam**, v. 40, n. 3, p. 244-50, 2010.

MOREIRA, R. N. C. *et al.* Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Ese Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 168-75, 2013.

MORINO, M. *et al.* Mortality after bariatric surgery: analysis of 13,871 morbidly obese patients from a national registry. **Ann Surg**, v. 246, n. 6, p. 1002-7, 2007.

NATIONAL OBESITY OBSERVATORY. **National Institute of Health**. Bariatric surgery for obesity. 2010. Disponível em: <[http://www.noo.org.uk/noo\\_pub/biefing\\_papers](http://www.noo.org.uk/noo_pub/biefing_papers)>. Acesso em: jan. 2014.

NEOVIUS, M. *et al.* Health care use during 20 years following bariatric surgery. **JAMA**, v. 308, n. 11, p. 1132-41, 2012.

NGUYEN, N. T. *et al.* Result of a national audit of bariatric surgery performed at academic centers: a 2004 University Health System Consortium Benchmarking Project. **Arch Surg**, v. 141, n. 5, p. 445-9, 2006.

OBESITY and overweight. **Fact sheet**, n. 311, may 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html#>>.

OLIVEIRA, L. D. de *et al.* Rhabdomyolysis after bariatric surgery by Roux-en-Y gastric bypass: a prospective study. **Obes Surg**, v. 19, n. 8, p. 1102-7, 2009.

OMALU, B. I. *et al.* Death rates and causes of death after bariatric surgery for Pennsylvania residents, 1995 to 2004. **Arch Surg**, v. 142, n. 10, p. 923-8, 2007.

PEDROSA, I. V. *et al.* Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 36, n. 4, p. 316-22, 2009.

PONTIROLI, A. E.; MORABITO, A. Long-term prevention of mortality in morbid obesity through bariatric surgery. a systematic review and meta-analysis of trials performed with gastric banding and gastric bypass. **Ann Surg**, v. 253, n. 3, p. 484-7, 2011.

PORTO, M. F. M. **Gastroplastia redutora no Hospital do Servidor Público Municipal**. Avaliação de perda de peso e complicações – cinco anos de seguimento. 2012. 48 fls. Monografia (Trabalho de conclusão de curso em Residência Médica) – Hospital do Servidor Público Municipal. São Paulo. 2012.

SALGADO JR., W. *et al.* Routine abdominal drains after Roux-en-Y gastric bypass: a prospective evaluation of the inflammatory response. **Surg Obes Relat Dis**, v. 6, n. 6, p. 648-52, 2010.

SALGADO JR., W. *et al.* Prospective and randomized comparison of two techniques of staple line reinforcement during open Roux-en-Y gastric bypass: oversewing and bioabsorbable Seamguard®. **J Laparoendosc Adv Surg Tech A**, v. 21, n. 7, p. 579-82, 2011.

SANTO, M. A. *et al.* Early complications in bariatric surgery: incidence, diagnosis and treatment. **Arq Gastroenterol**, v. 50, n. 1, p. 50-5, 2013.

SCABIM, V. M.; ELUF-NETO, J.; TESS, B. H. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. **Rev Nutri Campinas**, v. 25, n. 4, p. 497-506, 2012.

SHIELD, K. D. *et al.* Alcohol-attributable burden of disease and injury in Canada, 2004. **Int J Public Health**, v. 57, n. 2, p. 391-401, 2012.

SJOSTROM, L. *et al.* Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. **N Engl J Med**, v. 357, n. 8, p. 741-52, 2007.

SMITH, M. D. *et al.* Relationship between surgeon volume and adverse outcomes after RYGB in Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) study. **Surg Obes Relat Dis**, v. 6, n. 2, p. 118-25, 2010.

SOARES, V. M. *et al.* Causes of maternal mortality according to levels of hospital complexity. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 12, p. 536-43, 2012.

SOUTO, K. E. *et al.* Evaluation of quality of life and metabolic improvement after jejunoileal bypass in a community of low socioeconomic status. **Obes Surg**, v. 14 n. 6, p. 823-8, 2004.

STELJES, T. P. *et al.* Epidemiology of suicide and the impact on Western trauma centers. **J Trauma**, v. 58, n. 4, p. 772-7, 2005.

TINDLE, H. A. *et al.* Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. **Am J Med**, v. 123, n. 11, p. 1036-42, 2010.

VALEZI, A. C.; MACHADO, V. H. Morphofunctional evaluation of the heart of obese patients before and after bariatric surgery. **Obes Surg**, v. 21, n. 11, p. 1693-7. 2011.

WEINER, J. P. *et al.* Impacto f bariatric surgery on health care costs of obese persons . A 6-year follow-up of surgical and comparison cohort using health plan data. **JAMA Surg**, v. 148, n. 6, 555-62, 2013.

WINDOVER, A. K. *et al.* Prevalence and psychosocial correlates of self-reported past suicide attempts among bariatric surgery candidates. **Surg Obes Relat Dis**, v. 6, n. 6, 702-6, 2010.

XAVIER, M. A. F. *et al.* Pulmonary function and quality of life in patients with morbid obesity six months after bariatric surgery. **Acta Cir Bras**, v. 25, n. 5, p. 407-15, 2010.

ZHANG, W. *et al.* Factors influencing survival following surgical treatment of obesity. **Obes Surg**, v. 15, n. 1, p. 43-50, 2005.

ZILBERSTEIN, B. *et al.* Waiting time for bariatric surgery in a public hospital in Brazil: a problem to be solved. **Obes Surg**, v. 16, p. 1023, 2006 (abstract only).

ZINGMOND, D. S.; MCGORY, M. L.; KO, C. Y. Hospitalization before and after gastric bypass surgery. **JAMA**, n. 294, p. 1918-24, 2005.



## IV PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR (2014)

2º lugar

---

### INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA DE IDOSOS E AS IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS NAS AUTOGESTÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

**Cláudio Andraos**

Resumo da dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

## RESUMO

---

Com a elevação da perspectiva de vida ao nascer e o envelhecimento da população brasileira, a Internação Domiciliária (ID) ressurgiu na modernidade para atendimento da consequente elevação da demanda de idosos que requerem cuidados prolongados. Juntamente com este reordenamento da assistência, advêm novos conflitos éticos no âmbito do domicílio. Este estudo foi realizado em um plano de saúde na modalidade de autogestão, a qual não tem finalidade lucrativa. Os conflitos se dão de formas variadas, principalmente em relação à elegibilidade de idosos, ainda autônomos, os quais a família não apresenta possibilidades em realizar seus cuidados. A substituição dos cuidados familiares por cuidados profissionais torna os conflitos potencializados quando mesclados com questões sociais. O contexto destes conflitos permite pensar nos problemas interpessoais pela bioética clínica e na esfera da saúde pública por meio da bioética social. Este trabalho foi realizado por meio de estudo de caso exploratório, utilizando como procedimentos metodológicos a observação e entrevistas com os atores envolvidos (idoso, familiares, profissionais de saúde e gestores). Foram selecionados dois casos, o primeiro caso tendo o idoso com elegibilidade clínica para concessão de serviço de ID e o segundo caso de um idoso sem elegibilidade para tal serviço. Os resultados do estudo identificaram conflitos semelhantes nos dois casos, porém com intensidades diferentes em conformidade ao contexto. Pode-se especificar que os conflitos de maior intensidade são relativos à não elegibilidade clínica de idosos autônomos, conflitos relativos à anulação da autonomia do idoso pelos cuidadores familiares e profissionais, conflitos quanto à disponibilização de insumos que passam a ser utilizados pela família do idoso, dentre outros. A análise dos resultados viabilizou por meio da identificação de possíveis vias para prevenção ou solução dos conflitos, como é próprio à ética aplicada, e indicar novos itinerários investigativos para futuras pesquisas de maior extensão.

## 1. INTRODUÇÃO

---

O crescimento da população idosa no Brasil vem ampliando a discussão da reorganização de serviços de saúde. Nos próximos 20 anos o número de idosos no Brasil deve atingir 13% da população brasileira, quando no início da década de 1990 representava 7,3% e de 2000, 8,6%, fenômeno relacionado à longevidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 2010).

Conforme informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2003, 29,9% da população brasileira relata ter pelo menos uma doença crônica, no grupo dos idosos chega aos 75,5% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 2009). Conforme as informações divulgadas na SIS – Síntese dos Indicadores Sociais de 2010, 64,1% dos idosos são as pessoas de referência no domicílio em que vivem, sendo que 77,4% deles afirmaram ter doenças, onde 32,5% não tinham cadastro no Programa de Saúde da Família nem Plano de Saúde (IBGE, 2010).

O envelhecimento não acontece repentinamente e há diferentes formas de envelhecer, onde algumas se direcionam além da dependência e podem ser caracterizadas por doenças e agravos que impõem graves limitações, fragilizando e vulnerabilizando o idoso (LOUVISON; ROSA, 2012). Apesar de numericamente significar pouco mais de 10% dos brasileiros, os idosos representam um terço dos gastos de saúde, com tendência de crescimento desses custos (VERAS, 2008). Os idosos utilizam mais os serviços hospitalares que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando no tratamento de longa duração e de recuperação vagarosa (COELHO FILHO, 2000).

O estatuto do idoso regula os direitos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A garantia à saúde é expressa na Lei 10.741 de 2003, de forma contundente, registrando a obrigação da família, sociedade, da comunidade e do poder público. O estatuto do idoso prioriza a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, instituída pela Portaria 2.528 de 2006 do Ministério da Saúde, integra a assistência domiciliária como uma das principais ferramentas no cuidado aos idosos. O próprio Estado através da PNSPI reconhece os avanços da legislação relativa aos cuidados com a população idosa, porém com uma prática insatisfatória (BRASIL, 2006).

Assim, o crescimento da população idosa requer um reordenamento dos serviços de saúde. A assistência domiciliária ressurgiu no mundo moderno, como alternativa de redução de custos e de satisfação dos entes de idosos que requerem cuidados. Tanto na assistência pública como na privada, vêm sendo estruturados programas que contemplam atendimento domiciliário a estes idosos.

A demanda da Internação Domiciliária (ID) existe tanto para os municípios que ainda não incluíram esta assistência pelo SUS como na assistência suplementar, representada pelos planos de saúde, que se apresentam receosos na disponibilização deste serviço, pela longa duração da assistência a ser dispensada ao idoso. Além dos conflitos relativos ao financiamento desta modalidade de assistência, temos ainda os conflitos sociais, onde antes, as famílias, cuidavam de seus idosos.

As formas cotidianas de vida na modernidade requerem todos os membros da família no mundo laboral fora do domicílio. A ausência do cuidador familiar no domicílio predispõe a ID como solução para os cuidados necessários, uma vez que esta modalidade contempla um profissional diuturnamente com o idoso. Na vivência da gestão em saúde, em um plano de saúde na modalidade de autogestão, onde inexistente a finalidade lucrativa, notam-se exacerbadas solicitações de ID, sem indicação terapêutica para disponibilização de um “hospital em casa”. É percebida a necessidade da família por um cuidador que acompanhe o idoso em seus dias. Estas situações remetem a conflitos éticos que incluem o idoso, sua família, o operacionalizador da ID e o financiador.

Os cuidados profissionais não substituem os familiares, mesmo quando anulada a autonomia do idoso. Por outro lado, os serviços público e privado de saúde, apresentam critérios de elegibilidade, para disponibilização de internações domiciliárias, baseados nos níveis de autonomia do idoso. O conflito ético se intensifica diante da não aceitação familiar quando os critérios de elegibilidade não satisfazem suas necessidades de cuidadores para seus idosos, por meio da ID. Eticamente temos uma interface da bioética clínica com a bioética na saúde pública.

A bioética tem hoje vários campos de atuação, produzindo reflexões sobre as mais variadas práticas envolvendo as ciências da vida. Este trabalho toma dois destes campos de atuação: a bioética clínica que objetiva a identificação, análise e possíveis resoluções de problemas morais que surgem no cuidado individual do paciente (GOLDIM, 2003) e a bioética social que envolve conflitos relacionados a situações de exclusão e iniquidade em saúde, onde sua aplicação à saúde coletiva abrange temas como políticas sanitárias, alocação de recursos da saúde, meio ambiente, saúde animal e saúde pública (FORTES; ZOBOLI, 2009).

Enquanto ética aplicada, a bioética viabiliza perspectivas de entendimento dos conflitos, através de seu componente analítico e busca propor normas ou ações visando a prevenção ou solução dos conflitos identificados.

## 2. OBJETIVOS

---

Em termos gerais objetivamos investigar, através de estudos de caso, conflitos éticos estabelecidos entre a geração de demandas para internação domiciliar de idoso e os critérios de elegibilidade da autogestão em saúde, bem como aqueles que decorrem das relações interpessoais em torno dos cuidados prestados ao idoso. Em termos específicos objetivamos a compreensão dos conflitos instalados por meio da investigação dos discursos, tendo como base a análise das perspectivas dos conflitos na visão do cuidador familiar, do idoso, do cuidador profissional (técnico de enfermagem) e dos gestores da autogestão em saúde (plano de saúde).

## 3. REVISÃO DA LITERATURA

---

### 3.1 Atenção Domiciliária à Saúde do Idoso

O Boston Hospital, nos Estados Unidos, em 1780, foi pioneiro na assistência domiciliária, cujos serviços foram formados por associação de enfermeiras visitadoras, fundada por mulheres, permanecendo o cunho filantrópico (ALBUQUERQUE, 2001).

Conforme Duarte e Diogo, em 1877 foi fundada a *The New York City Mission*, considerada a precursora do moderno sistema de *home care* americano. Em 1890 já existiam 21 VNA (*Visiting Nurses Association*) espalhadas pelos EUA. Hoje existem naquele país 18,5 mil serviços de atendimento domiciliário que englobam assistência médica, de enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social e, ainda, serviços de laboratório e fornecimento de equipamentos apropriados (DUARTE; DIOGO, 2000).

No Brasil a primeira atividade relacionada à assistência domiciliária tem como marco a criação do serviço de enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro em 1919, voltado às áreas de fisiologia e materno-infantil (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

Na década de 1960, com a valorização do âmbito familiar com espaço para atendimento de saúde, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPESP – implantou o programa pioneiro de assistência domiciliar tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, e, para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica (AMARAL *et al.*, 2001). A partir de então foram aparecendo novos serviços de atendimento domiciliar na saúde pública e privada em conformidade à demanda (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

Em 1998, por meio da Portaria Nº 2.416, o Ministério da Saúde incluiu na Tabela do SUS os procedimentos relacionados à ID, estabelecendo o credenciamento de hospitais para realizar a Internação Domiciliar, como política de desospitalização (BRASIL, 1998). Instituiu-se assim o Programa de Internação Domiciliar – PID, pelo SUS, para os estados e municípios interessados em aderir à Política de Internação Domiciliar (ARAÚJO; CARNEIRO, 2000)

Na atenção básica, temos a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS nº 01/2001, editada pela portaria 95/2001 os procedimentos previstos aos profissionais do Programa de Saúde da Família para a Assistência Domiciliária (BRASIL, 2001). Com a modificação da lei 8.080 pela lei 10.424/2002, que inclui assistência e internação domiciliar no Sistema Único de Saúde – SUS com a finalidade de prevenção, terapêutica e reabilitação por meio de equipe multidisciplinar (BRASIL, 2002).

Com a portaria MS 2.529 de 2006, é instituída a Internação Domiciliar no SUS (BRASIL, 2006), revogando a Portaria 2.416 de 1998.

Somente em 2011 foi instituída a atenção domiciliar, pela portaria 2.029, a qual foi substituída dois meses após pela portaria 2.527, definindo assim a atenção domiciliária no âmbito do SUS. Na atenção domiciliar é proposta a assistência no domicílio em 3 níveis de complexidade através do Programa Melhor em Casa. Os níveis variam em conformidade ao estado clínico do paciente. O nível de menor complexidade é restrito a visitas da equipe de saúde da família e o de maior complexidade é operacionalizado por equipe de profissionais específicos, além de disponibilização de equipamentos. O Programa Melhor em Casa é direcionado a pessoas acamadas e sua disponibilização pelo SUS é condicionada à existência de um cuidador familiar ou de uma outra pessoa que seja disponibilizada pela família (BRASIL).

Conforme informações do *blog* do Ministério da Saúde, entre abril e junho de 2012, o Programa Melhor em Casa contava com 2.302 pacientes, destes, 64,4%

eram idosos (BRASIL, 2012). Estes programas visam à substituição dos cuidados realizados no hospital para serem realizados no domicílio do paciente.

Com a incorporação de tecnologia e globalização desenvolve-se e fortifica o modelo de atenção centrado no hospital, porém sem desconsiderar o gerenciamento da economia. Por outro lado, a migração da assistência tradicionalmente realizada em unidades de saúde para o âmbito domiciliar possibilita a perspectiva de viabilização da reordenação tecnoassistencial das redes de cuidados como orientação racionalizadora de custos (SILVA, 2010).

Por sua própria especificidade, a atenção domiciliária é materializada através de programas que organizam a forma da assistência à saúde. Portanto, os programas variam entre si pela complexidade, seja pela dimensão interdisciplinar da equipe de saúde e pela incorporação de tecnologia por meio dos insumos e equipamentos apropriados.

Acredita-se serem os idosos os mais suscetíveis à elegibilidade das Internações Domiciliárias. As características dos idosos são específicas quanto à fisiologia, aspectos psicológicos e sociais, decorrentes do processo natural do envelhecimento, que os tornam vulneráveis (LIMA, 2003).

### **3.2 Os Níveis de Complexidade da Atenção Domiciliária e seus Critérios de Elegibilidade**

Com intuito de clarificar a terminologia, salienta-se que o termo domiciliar é pelo *sensu comum* mais utilizado, mesmo por profissionais que apresentam suas atividades laborais nesta área. O dicionário Priberam da Língua Portuguesa traz o termo “domiciliar” com o significado de dar ou fazer fixar domicílio, estabelecer seu domicílio. Adotamos neste estudo o termo “domiciliário”, ou seja, o que se faz no domicílio. Verificamos na literatura várias terminologias utilizadas nas ações de saúde no domicílio. Bellido (1998) esclarece que esta polissemia deriva das dificuldades de expressar claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando das outras formas de assistência.

Constata-se que as terminologias utilizadas na atenção domiciliária se apresentam diversificadas, porém relacionadas aos níveis de complexidade da assistência.

O Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, define a Atenção Domiciliar como termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio e dela emanam seus segmentos conceituais:

1. Internação Domiciliária é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do paciente, com a participação familiar e, conforme as necessidades, com utilização de equipamentos e materiais. Pontua-se ainda que, nessa modalidade, o paciente recebe cuidados e orientações, requerendo acompanhamento de uma equipe de saúde (LACERDA, 2006). Tavolari, Fernandes e Medina (2000) definem a ID como um cuidado intensivo e multiprofissional em casa. As ações de saúde que requerem o deslocamento de parte da estrutura hospitalar ao domicílio de doentes com complexidade moderada ou alta. Para tornar o entendimento mais fácil, pode-se comparar esta modalidade de assistência ao “hospital em casa”.

No sistema público de saúde a ID é definida como “cuidado no domicílio de pacientes, com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que exijam uma atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da Unidade Básica de Saúde – UBS e a família assuma parcela dos cuidados. Este atendimento não substitui a internação hospitalar” (BRASIL, 2003).

2. Assistência Domiciliar é definida como conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas, continuadas e desenvolvidas no domicílio (BRASIL, 2006).

3. Atendimento Domiciliar compreende as atividades assistenciais da equipe interdisciplinar de saúde, as quais são substituídas pelos cuidados do núcleo familiar (AMARAL *et al.*, 2001). Temos como núcleo familiar, aqueles que compartilham laços parentais ou a mesma moradia, que podem assumir papel de cuidador ou na contratação de um (MACHADO *et al.*, 2007).

Os serviços de atendimento domiciliar também são denominados de *Home Care*, terminologia americana que significa “cuidado no lar”, que inclui as diversas modalidades de atendimento no domicílio (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

4. Visita Domiciliária constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Seu objetivo é contribuir para a efetivação das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial da Saúde, e adotadas também pelo Sistema Único de Saúde no Brasil (MAZZA, 2010).

Segundo Barros, Braz e Cruz (1999), os critérios para elegibilidade para ID são três: circunstância individual do enfermo, condições ambientais e característica do grupo familiar.

Os critérios apresentam-se subjetivos, uma vez que as combinações de fatores traduzem a possibilidade de eleição. Para melhor avaliação da elegibilidade foram criados mecanismos de pontuação, que retratam por faixas o nível de complexidade dos cuidados necessários.

Segundo Dal Ben e Gaidiznski (2006), a mais comumente utilizada é a tabela de avaliação de complexidade assistencial da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID. A referida tabela realiza pontuação (*score*) na qual classifica o grau de complexidade e conseqüente elegibilidade para ID. Por este *score*, as ID podem ser classificadas nos níveis de baixa, média ou alta complexidade. Os níveis diferenciam-se pela crescente necessidade de profissionais, insumos e tecnologia no domicílio.

No Brasil, tem-se utilizado a terminologia de modo errôneo, sendo a ID denominada de *home care*.

### **3.3 A Internação Domiciliária no Contexto de uma Autogestão de Saúde**

A saúde suplementar no Brasil é predominantemente relacionada ao mundo do trabalho, onde a adesão aos planos de saúde advém da acessibilidade proporcionada na relação patronal. Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2012), são 47,9 milhões de usuários de planos de assistência médica no Brasil.

A ANS, em sua Resolução de Diretoria Colegiada – RDC, N° 039/2000, define que as operadoras de Saúde são empresas que comercializam os planos de saúde e são classificadas nas modalidades de medicina e odontologia de grupo, seguradoras de saúde e administradoras que apresentam finalidade lucrativa e as cooperativas médicas e odontológicas, filantrópicas e as autogestões em saúde que não apresentam finalidade lucrativa (BRASIL, 2000).

A ANS (2007) define a autogestão como entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados. Malta e Jorge clarificam que as autogestões são entidades fechadas, constituídas por pessoas com vínculo laboral estável, predominantemente servidores públicos, conseqüentemente com uma carteira de beneficiária envelhecida e de baixa fecundidade (MALTA; JORGE, 2008).

As operadoras de saúde comercializam seus produtos, que são os planos de saúde. Os planos de saúde apresentam formatações distintas, por isto da diferença de valores para sua contratação. A variação dos preços dos planos de saúde é baseada em conformidade com a cobertura, abrangência geográfica, tipo de acomodação nas internações hospitalares, dentre outros critérios que variam o valor do plano. Porém, independente do plano comercializado, todos deverão conter a cobertura mínima, divulgada periodicamente pela ANS.

A gestão de uma operadora da saúde na modalidade de autogestão pode ser operacionalizada pelo recurso humano da própria empresa, ou através de uma pessoa jurídica constituída à parte, onde são contratados os gestores e equipe técnica para sua operacionalização. Em ambas as formas de se constituir o corpo diretivo de uma autogestão em saúde, inclui-se a participação dos beneficiários nos conselhos, o que dá mais transparência à gestão da operadora (PICCHIAI).

A Resolução Normativa Nº 211/2010 e 262/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que atualiza o rol dos procedimentos e serviços cobertos pelos planos de saúde privados, esclarece que a ID não é de cobertura obrigatória, porém, se a operadora a disponibilizar, deverá ser em caráter substitutivo à internação hospitalar (BRASIL, 2010). Portanto, quando um plano de saúde disponibilizar o serviço de ID, deverá ser realizado contemplando todos os itens que teria uma internação hospitalar, ou seja, honorários de profissionais de saúde, materiais, medicamentos, equipamentos e gases.

Tem sido crescente a judicialização da saúde no Brasil que apresenta efeitos negativos na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde (VENTURA ET AL., 2010). A judicialização na saúde suplementar cresce no sentido da disponibilização pelos planos de saúde de ID para idosos, que até então necessitavam de cuidados de responsabilidade familiar. Assim iniciam-se os conflitos, da necessidade social demandada pela família dos serviços de ID para cuidar de idosos autônomos.

O viés apresentado na concessão de procedimentos e serviços de saúde, gerados pela judicialização, promove uma desigualdade nos gastos e consumo de saúde, privilegiando desigualmente a comunidade mantenedora e arriscando a sustentabilidade do plano de saúde.

Os custos dos planos de saúde são elevados com a judicialização. No caso do SUS, para cumprimento do princípio da integralidade do atendimento, no caso da assistência privada à saúde, para beneficiar a parte mais fraca da relação. A elevação destes custos deverá ser suportada pelas empresas de planos de saúde e em consequência pelos beneficiários dos planos de saúde (CECHIN, 2008).

### **3.4 Conflitos Bioéticos nas Internações Domiciliárias de Idosos na Autogestão**

A perspectiva bioética, neste trabalho, caminha em duas direções: a bioética clínica relacionada ao processo de envelhecimento e conseqüente necessidade de cuidados do idoso e a bioética social, pelas questões coletivas, relativas ao envelhecimento, relacionadas à saúde pública.

As diversas conceituações da bioética clínica, observadas na literatura, relacionam a assistência à saúde a questões relacionadas à humanização, ao avanço tecnológico na saúde e maior respeito à autonomia do paciente.

Segundo Lorenzo, a bioética clínica vai além da ética deontológica e do paternalismo tradicional, motivadas pelas novas tecnologias relacionadas à vida e pela evolução da sociedade (LORENZO). Conforme Urban (2003), a bioética clínica estuda conflitos relacionados desde o início e ao final da vida, no âmbito da saúde.

O processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo em diversos países do mundo, promovendo a necessidade de ampliar a atenção à saúde do idoso, ressurgindo assim os cuidados domiciliários. Atualmente a assistência domiciliar, se dá de modo diferente de sua prática no passado. A ID é acompanhada de tecnologias leves, ou seja, que considera o relacionamento entre os profissionais de saúde e o paciente, o acolhimento, a autonomização e a gestão (MERHY, 1997).

A elevação dos custos pela incorporação de tecnologia, a variedade de profissionais das ciências da saúde na reabilitação de idosos enfermos e a prática de assistência à saúde no ambiente do domicílio, potencializam o desenvolvimento de conflitos que permeiam a bioética clínica.

Os idosos em cuidados domiciliares podem tornar-se vulneráveis, não só pelas suas condições clínicas, por serem portadores de doenças crônicas. Por vários outros motivos, idosos em ID podem apresentar em situação de anulação de autonomia. O comprometimento da autonomia pode decorrer de várias formas, seja pela infantilização do idoso, abandono, rejeição, violência, núcleos familiares disfuncionais até pelo não atendimento às suas escolhas relativas aos seus cuidados de saúde, como nas negociações de horários para as terapias medicamentosas e nos tratamentos seriados.

A bioética clínica, neste contexto, por meio da reflexão da equipe multiprofissional de saúde que assiste o idoso, pode prevenir e amenizar os conflitos, com vistas à garantia de sua autonomia.

O sofrimento pelas patologias que requeiram cuidados prolongados, não é vivenciado somente por idosos, mas também por suas famílias, e isto dentro de uma coletividade torna-se um problema de saúde pública.

Em outro campo de atuação da bioética, a bioética social, apresenta uma visão sistêmica com base na equidade e na justiça social, que busca garantir os direitos básicos, como acesso aos cuidados e a assistência à saúde com qualidade, com vistas a uma vida digna, respeitando as especificidades em nosso mundo como a pluralidade e diversidade (ALYA).

A bioética social procura, por meio da contextualização do caso, a solução de conflitos, porém considerando a situação social e econômica dos envolvidos, se referenciando nos direitos humanos (JUCÁ; ANDRADE). Pode-se inferir que foi através da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que reafirmou o campo de atuação da bioética social, onde a responsabilidade social e de saúde (UNESCO), são tratadas irmãmente, contemplando assim a realidade dos países periféricos.

Torna-se necessário ir além da ética clínica, indo à bioética social que abarca a ética das políticas de saúde, da gestão, distribuição de recursos e condições de trabalho dos profissionais de saúde (LEÓN, 2008). Após a década de 70, com os gastos crescentes na saúde, torna-se preciso a racionalização dos recursos por meio de estabelecimento de critérios a fim de priorizar as ofertas de serviços de saúde em relação ao seu público alvo (FORTES, 2008).

Na saúde complementar a distribuição do recurso da saúde é operacionalizada em segmentos, onde aquele que envolve os cuidados com idosos assume um critério exclusivamente clínico, uma vez que eles são por meio de políticas de atenção domiciliária, em que a adoção de cuidados aos idosos, por critérios sociais, poderia ascender os custos de modo a se tornar inviável.

Conforme Fortes, quando da escassez de disponibilidade de recursos na saúde resulta a obrigatoriedade em realizar escolhas, desencadeia-se a partir daí uma questão ética, de como priorizar ou racionar os serviços e quem vai viver ou morrer. Na gestão em saúde, a análise do custo-benefício poderia priorizar as questões coletivas sobre as individuais, partindo do princípio da utilidade social. O princípio utilitarista tornar-se-ia soberano, tendo em vista a população de baixa renda, a qual constitui grande parcela da população brasileira, porém o que não se realizaria, para demandas de saúde que são de baixa frequência, como os transplantes, que possuem custos elevados, para uma reduzida parcela de usuários do sistema de saúde (FORTES, 2008).

O envelhecimento e os conflitos gerados no cuidado de idosos são situações que se consideram cotidianas no sistema de saúde brasileiro o que nos permite, conforme Garrafa, considerá-la uma questão persistente (GARRAFA, 2002).

O idoso normalmente requer cuidados, mesmo em condição clínica estável. Inerente ao processo de envelhecimento, o idoso torna-se vulnerável, pelos riscos iminentes de perda da estabilidade de sua saúde, requerendo cuidados preventivos para manutenção de sua condição de autônomo. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, registra que “a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada” (UNESCO).

O envelhecimento populacional, mesmo acontecendo de forma acelerada no Brasil, é uma questão mundial. O Conselho Presidencial de Bioética norte-americano trata, por meio do relatório *Taking Care – ethical caregiving in our aging society*, as questões éticas nos cuidados com a população envelhecida quanto às questões relacionadas às doenças crônicas e contextos sociais da população quanto à necessidade de cuidadores para estes idosos. O relatório ainda trata da questão da manutenção da liberdade de escolhas do idoso enfermo, que ele teria em condições de saúde (THE PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS).

Nas internações domiciliárias onde inexistente a indicação clínica surgem os conflitos relativos à elegibilidade e conseqüente recusa pelos planos de saúde na disponibilização dos serviços solicitados pela família. Outras situações conflituosas serão presentes envolvendo o idoso, a família, os cuidadores e o provedor dos serviços, para chegar a um processo decisório (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

O almejo da ID para idoso é determinado pelo grupo familiar e perpassa a própria contemporaneidade. O aumento da expectativa de vida, a mulher no mercado de trabalho como provedora das despesas cotidianas e a ausência de pessoas no domicílio disponíveis para cuidar de um ente, faz com que seja necessário um cuidador profissional para o idoso.

Os conflitos existentes na perspectiva do idoso relacionam com o princípio da autonomia. O comprometimento da autonomia do idoso advém da necessidade de cuidados de outrem, podendo expô-lo a situações de risco de violência intrafamiliar. Uma pesquisa realizada na Inglaterra, com amostra em diversos países, demonstra que existe a elevada violência contra idosos das mais diversas formas, desde a física, moral e financeira (COOPER; SELWOOD).

Considerando a condição clínica, a perda da deambulação é uma das questões que configuram a perda da autonomia, uma vez que gera a dependência que um idoso passa a ter, de outras pessoas, nos seus cuidados diários. Não é apenas a perda da mobilidade que configura a perda da autonomia, mas o próprio contexto de decisão sobre si. Existe a tendência de associar a perda da mobilidade com a perda total da autonomia. Porém, a autonomia é a capacidade de tomar decisões, autogoverno e administrar a vida de acordo com valores próprios (SANCHEZ, 2000).

Na perspectiva médica, temos aqui a autonomia sendo tratada como conceito e como princípio, tornando muito comum esta confusão semântica, por apresentarem proximidades em seu significado. Porém, quando tratamos do princípio da autonomia, referimos ao requisito moral do respeito à autonomia dos outros (ALMEIDA, 1996).

Considerando o ato de decisão de um idoso sob a forma de como deseja seus cuidados, neste contexto, se faz necessário identificar a escolha autônoma, que se refere ao ato de governar, porém, efetivamente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O grau de dependência do idoso é muito variável, onde numa situação de grande dependência o que nos instiga é como garantir o respeito à individualidade e autonomia. É uma preocupação das pessoas idosas manterem-se autônomas e independentes (PASCHOAL, 2006).

O ato de cuidar é voluntário e complexo e apresenta sentimentos variados e distintos, muitas vezes contraditórios. O estresse, a culpa, a raiva, irritação, angústia, medo, confusão, tristeza, são sentimentos existentes entre o cuidador e o idoso, que podem culminar na violência contra o idoso e o adoecimento do cuidador. A ausência de serviços para atender os idosos e sua família, recai sobre a necessidade da institucionalização, ou seja, passar seus cuidados para unidades de saúde (BRASIL, 2007).

A tarefa do cuidador familiar muitas vezes soma-se a outras atividades diárias, sobrecarregando-o e predispondo ao cansaço físico, depressão, abandono do trabalho e alterações da vida conjugal e familiar (BRASIL, 2008). O idoso requer atenção, a sensação de companhia se torna terapêutica. A solidão e o isolamento podem causar a desesperança, requerendo do cuidador uma atenção redobrada para com o idoso (BRASIL, 2008).

Temos ainda a considerar que no envolvimento emocional do cuidador familiar com o idoso, o mesmo pode superar suas deficiências técnicas, porém pode colaborar para sobrecarga física e emocional (GARBIN, 2010).

Normalmente quando surge o momento de se cuidar do outro no domicílio, observamos na literatura que o cuidador familiar é frequentemente do sexo feminino e geralmente sendo a esposa ou filha do idoso (KARSCH). Além da questão relacionada a gênero, temos ainda a predominância de idosos, como cuidadores, ou seja, idosos cuidando de idosos (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Os contextos se apresentam complexos e variados, e mesmo quando se tem relações familiares onde o desgaste de cuidar da pessoa amada se torna um fardo, temos por outro lado as relações conflituosas de entes que no relacionamento intrafamiliar não cultivaram os valores essenciais existentes normalmente entre parentes. Temos, assim, pessoas idosas, doentes, acamadas, dependentes, que durante sua vida não geraram relações familiares de respeito e compaixão. Cuidar do não amado torna-se ainda mais conflituoso, com possibilidades de desafetos, violência e até maleficência.

A autonomia, aqui, normalmente é desconsiderada. Torna-se comum o cuidador familiar resolver a melhor maneira de cuidar do idoso, conforme suas possibilidades e aquilo que julga melhor, por questões paternalistas ou até de comodidade, procurando cuidados que não o absorvam tanto.

O binômio autonomia e paternalismo, conforme Segre e Cohen (2002), oscilam entre dois extremos. Onde existir maior simetria nas relações tem-se maior autonomia e quanto maior a assimetria tem-se mais fortemente o paternalismo. Assumir a condição paternalista sempre se fundamenta na beneficência e não maleficência. A ação paternalista deve se dirigir ao benefício do sujeito e não para si. O que pode em vários contextos ser utilizado para justificar ações daquele que anula a autonomia de outrem.

Os conflitos morais existem para a equipe que assiste o paciente e estão relacionados aos custos da assistência, além de problemas relativos à comunicação do diagnóstico e prognóstico ao paciente e à confidencialidade das informações (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

O cuidador formal (profissional) é o que passa mais tempo junto ao idoso e que, de certa forma, lida com conflitos no seu relacionamento com ele, a família e os demais membros da equipe de saúde.

Neste caso específico, que se apresenta em uma operadora de autogestão, como descrito anteriormente, não tem finalidade lucrativa, são pessoas que trabalham em uma mesma empresa e resolveram criar para si uma operadora de saúde, que disponibiliza planos de saúde para suas necessidades.

O conflito aqui estabelecido se concentra na questão das solicitações de ID onde o beneficiário do plano não apresenta elegibilidade, por apresentar condições clínicas estáveis. Na autogestão estudada, temos 60% de liminares judiciais advindo de negativas de ID. As negativas são relacionadas a idosos que não requerem uma estrutura hospitalar de uma ID para seus cuidados. Entretanto, os familiares recorrem a liminar para o almejo da ID, a fim de terem acesso de cuidadores profissionais diariamente.

O viés apresentado na concessão de procedimentos e serviços de saúde, gerados pela judicialização, promove uma desigualdade nos gastos e consumo de saúde, privilegiando desigualmente a comunidade mantenedora e arriscando a sustentabilidade do plano de saúde.

Conforme Fortes e Zoboli (2009), a bioética, a partir da década de 1980, vem enfocando problemas que envolvem o coletivo. Quando analisamos a questão orçamentária no custeio à saúde de um grupo de pessoas, se prevê a questão da distribuição de recursos escassos.

Beauchamp e Childress (2002) afirmam que uma situação de justiça se apresenta quando uma determinada pessoa recebe os benefícios ou encargos devidos a ela.

Na perspectiva do estudo de dois casos, sendo o primeiro relativo à ID de idoso concedido por meio de critério clínico de elegibilidade e o outro concedido a idoso por meio de liminar por não contemplar os critérios clínicos, viabiliza a identificação de conflitos existentes nas IDs. A análise trata os conflitos na esfera individual, no campo da bioética clínica, e na esfera coletiva, no campo da bioética social. Na esfera da bioética clínica, o estudo exploratório poderá identificar os conflitos interpessoais, principalmente aqueles advindos da elegibilidade aos serviços de ID, bem como aqueles advindos entre o relacionamento dos atores envolvidos. Na esfera da bioética social, a identificação dos conflitos na esfera coletiva possivelmente advém da necessidade de ampliar os cuidados a idosos por meio das políticas de atenção domiciliar abarcando, assim, o planejamento e gestão em saúde.

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

---

É um estudo qualitativo de caso, baseado em dois procedimentos: 1) Observação não estruturada no domicílio dos idosos e dados do dossiê de sua história clínica; e 2) Entrevistas semiestruturadas.

A pesquisa buscou por meio de estudo de caso identificar conflitos existentes na internação domiciliária (ID) de idosos que são beneficiários de um plano de saúde na modalidade de autogestão. Foram selecionados dois casos, sendo que o primeiro foi concedida a ID ao beneficiário pelo plano de saúde por contemplar os critérios clínicos de elegibilidade e o segundo caso foi concedido a ID pelo plano de saúde, para cumprimento de liminar judicial pelo não atendimento aos critérios clínicos de elegibilidade do beneficiário. O estudo de caso permite ao pesquisador reter, em uma visão sistêmica, os eventos da vida real (YIN, 2010). Deste modo poderemos conhecer e contribuir para uma assistência domiciliar com menos conflitos e maior efetividade.

Os casos foram selecionados através de informações obtidas de profissionais que prestam serviços para planos de saúde. O pesquisador não representa nenhuma empresa de Internação Domiciliária (*home care*), nem qualquer plano de saúde.

### 4.1 Procedimentos Metodológicos

Segundo Gil (2010), a observação é um dos instrumentos mais utilizados em ciências sociais, pela precisão neste tipo de estudo, permitindo observar algo que acontece ou aconteceu. A observação direta, não estruturada, foi realizada no momento das entrevistas, no domicílio do idoso, onde estava instalada a ID, viabilizando assim o conhecimento da realidade de onde ocorrem os fatos permitindo relacionar com os dados do dossiê clínico do idoso. Na observação os resultados foram descritos por meio da avaliação documental dos dados do dossiê da elegibilidade; do espaço físico de vivência do idoso; dos convivas e suas relações; das impressões das relações entre os atores envolvidos.

Em nosso trabalho realizamos a análise qualitativa dos discursos, permitindo o estudo hermenêutico do material textual.

As categorias são obtidas a partir de modelos teóricos e podem ser levadas ao material empírico embora seja reiteradamente avaliada em contraposição a este material, e se necessário podem ser modificadas (FLYK, 2009).

As entrevistas foram semiestruturadas com 4 atores envolvidos de cada caso de internação domiciliar:

1. O idoso sob cuidado, desde que detenha grau de autonomia e condição de saúde que permita sua participação na entrevista e esteja há mais de duas semanas sob ID (critérios de inclusão).
2. O cuidador profissional (técnico de enfermagem) da empresa prestadora de serviços de ID que esteja cuidando do idoso há mais de duas semanas.
3. O cuidador familiar (ente que acompanha de forma mais próxima a ID do idoso).
4. O gestor do plano de saúde responsável pela análise dos critérios de elegibilidade clínica que concedeu ou negou a ID.
5. A pesquisa é composta, portanto, de um total de 8 informantes-chaves.

Os roteiros de entrevistas foram elaborados visando contemplar categorias ou núcleos de informações, relativas aos critérios de elegibilidade do idoso na concessão da ID, contexto familiar e conflitos em torno da ID.

A análise das entrevistas foi realizada por meio da descrição das categorias previamente estabelecidas, de modo a oferecer profundidade ao assunto pesquisado. Foram realizados estudos prévios dos conflitos que possam existir em torno de relações entre os atores envolvidos: o idoso, a família do idoso, o plano de saúde e a empresa que operacionaliza a ID. Sendo assim, consideramos a confidencialidade e o sigilo os elementos centrais para a minimização de desconfortos e riscos. Adotamos aqui a terminologia defendida por Schuklenk (2005), onde substituímos o “sujeito de pesquisa” por “participante da pesquisa”, por entender o papel ativo destes no processo de construção do conhecimento.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília – UnB em 12 de junho de 2012. O pesquisador principal se compromete a conduzir a presente pesquisa atendendo os princípios éticos e diretrizes estabelecidas pela resolução 196/96 do CNS. Um TCLE específico para cada tipo de participante envolvido encontra-se elaborado e foi aplicado depois de uma explicação verbal de toda a pesquisa e disponibilização de tempo para decisão.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

Por questões metodológicas abordaremos primeiramente, em cada caso estudado, a análise das informações obtidas por meio da observação direta não estruturada realizada no domicílio e dados do dossiê da história clínica dos idosos em ID, para seguirmos com a análise das entrevistas. As informações obtidas por meio da observação e do dossiê de saúde do idoso foram abordadas com atenção aos dados do dossiê da elegibilidade; ao espaço físico de vivência do idoso; dos convivas e suas relações; das impressões das relações entre os atores envolvidos.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos, onde ocorre a ID. Os resultados serão descritos por caso.

### **Caso 1 – Observação e Dados do Dossiê de Saúde do Idoso com Critérios Clínicos de Elegibilidade**

Este primeiro caso a ser abordado refere-se a um idoso do sexo masculino, por volta de seus 70 anos, de aparência robusta que nos remete a perceber o grande vigor físico até ser acometido pela doença. Portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, enfermidade respiratória caracterizada pela limitação ao fluxo aéreo. Por apresentar DPOC grave, sua patologia principal, apresenta obstrução acentuada, acompanhada de aumento de pressão ventricular direita (*cor pulmonale*) e insuficiência respiratória. O tratamento das formas graves da doença envolve terapia medicamentosa, suporte ventilatório e oxigenoterapia de longo prazo. Os desafios no tratamento da DPOC são as comumente comorbidades. As comorbidades no caso do idoso em questão são a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e o Diabetes Mellitus – DM. Além das patologias mencionadas, o idoso apresentou no passado câncer de laringe e de próstata, que no momento se apresentam controlados. A patologia principal, bem como as comorbidades associadas ao uso contínuo do oxigênio, predispõem a contaminação e pneumonias recorrentes, potencializando o *score* na tabela ABEMID, acima de 19 pontos, caracterizando assim a sua elegibilidade ao programa de ID, disponibilizado pelo seu plano de saúde.

O domicílio do idoso se localiza em uma cidade do entorno do Distrito Federal, cerca de 40 quilômetros de Brasília, grande centro mais próximo, onde provê os serviços de saúde de média e alta complexidade. A casa é grande, de cômodos amplos, típico da classe média, atendendo aos requisitos quanto à estrutura e adaptação para instalação de uma ID. A ID foi instalada no quarto do casal,

sendo amplo e arejado. O idoso apresenta mobilidade, porém restrita devido à utilização contínua do concentrador, aparelho ligado à rede de energia que lhe fornece oxigênio. Devido à utilização ininterrupta de oxigênio, restringe seu espaço físico em seu quarto, onde passa o maior tempo na sua cama de casal. Além do concentrador temos as balas de oxigênio, que não requerem rede de energia elétrica, que são usadas em breves momentos do banho, ou quando seja imperioso sair de casa para realizações de exames e consultas especializadas. Ao lado da cama, sobre uma mesa, são armazenados os insumos, ou seja, os medicamentos e aparelhos para aferir a pressão e a glicose.

O idoso recebe poucas visitas de familiares e amigos, sendo seu cotidiano restrito à convivência com a esposa (cuidadora familiar) e as cuidadoras profissionais. No domicílio mora, além do idoso e a esposa, o filho. O filho, com pouco mais de vinte anos de idade, por ainda fazer faculdade e trabalhar, passa pouco tempo em casa. Chama a atenção as relações com o filho por se apresentarem como se não existissem ou se este fosse alheio à nova rotina existente na casa. Pelas colocações da cuidadora familiar, deu a entender que este era o segundo casamento do idoso e, nas entrelinhas, o filho não seria comum ao casal. A relação do idoso com a esposa é de dependência permeada de gratidão. Pelo próprio gerenciamento dos cuidados pela esposa, é perceptível a busca pelo idoso na manutenção de suas escolhas, principalmente em relação de como ele gostaria que fossem realizados os cuidados prescritos pela equipe de saúde. No caso em questão, não apresenta nenhuma ajudante do lar de modo diário, e as refeições realizadas pela cuidadora familiar buscam respeitar as preferências das cuidadoras profissionais.

As percepções quanto às relações entre os atores envolvidos são relativas aos moradores da casa com a equipe de saúde. A equipe da empresa que operacionaliza o serviço de ID se relaciona por meio das visitas que se apresentam regulares no domicílio. Dentre os profissionais, além da presença contínua das cuidadoras profissionais, a visita mais frequente, devido ao número de sessões, é da fisioterapeuta. O médico e a enfermeira apresentam menor frequência, sendo uma visita semanal, e a nutricionista, apenas uma visita mensal. As relações se apresentam estáveis e quando ocorrem momentos conflituosos, são relativos aos cuidados ao idoso, quando este rejeita os horários de medicamentos e da fisioterapia. Nota-se o receio da cuidadora familiar na perda do serviço de ID ou sua redução para um nível menor de complexidade, que seria a redução da disponibilização da cuidadora profissional de 24 horas para 12 horas diárias. A cuidadora familiar apresenta uma postura rígida com vistas à manutenção da qualidade e eficácia dos tratamentos e terapêuticas a serem aplicadas em seu

marido. Provavelmente, pelo receio de perda da estabilidade clínica e retorno do idoso ao ambiente hospitalar, que lhe gerou muito desgaste no passado.

A elegibilidade do idoso para ID se deu por contemplar os requisitos normatizados pelo plano de saúde na modalidade de autogestão, possuindo um *score* (pontuação) acima de 19, na tabela da ABEMID. Pelo seu quadro geral, apresenta recorrentes pneumonias, devido à sua baixa imunidade e utilização contínua do concentrador de oxigênio. O idoso passou mais de cem dias no hospital, até que a cuidadora familiar ficou sabendo através de uma fisioterapeuta do hospital a existência do serviço de ID. Ela não entendia e nem conhecia o serviço de ID, porém o que lhe atraiu seria a possibilidade de ter outras pessoas auxiliando no cuidado de seu marido. Diante disto se viu motivada a procurar o plano de saúde para solicitar os serviços. No momento da solicitação de ID pela cuidadora familiar, a mesma se apresentava sob forte desgaste, comum de quem cuida de idosos. Mesmo sendo bem recebida no plano de saúde e por ser comum o familiar solicitar a ID sem indicação clínica, o plano de saúde não deu prosseguimento à sua solicitação.

A esposa detalha na entrevista que quando seu esposo foi internado, ele ainda andava, e ela descobriu que o mesmo perdeu a mobilidade no decorrer da internação hospitalar, provavelmente por falta de cuidados neste período. A cuidadora familiar mostra claramente sua insatisfação com os cuidados dispensados durante a internação hospitalar, o que resultou assumir os cuidados do idoso, durante os meses de internação. Segundo Martins (2006), culturalmente os membros da sociedade brasileira herdaram o hospital como melhor caminho para a saúde, mesmo que, em muitas situações, o indivíduo apresente recuperação mais rápida, confortável e com maior autonomia quando atendido em seu próprio domicílio.

Entretanto, a esposa percebeu que o idoso foi acometido de sequelas, não das doenças em tratamento, mas resultantes dos cuidados insuficientes recebidos no hospital.

O plano de saúde tem como norma abrir processo para análise da elegibilidade, mediante a uma indicação formal pelo médico assistente do paciente.

Após nova orientação da fisioterapeuta, a cuidadora do idoso foi novamente ao plano de saúde levando a solicitação médica devidamente formalizada permitindo assim a abertura do processo de solicitação de ID, o qual, desta vez, foi deferido.

Foi autorizada a instalação da ID e a primeira mudança importante na rotina do domicílio foi relativa à necessidade de organizar um local para a cuidadora

profissional (técnica de enfermagem). Uma vez que a mesma passaria a dormir e se alimentar naquela casa, por trabalhar 24 horas seguidas e revezar alternadamente com outra que realiza as 24 seguintes.

Constatamos que não houve uma preparação do beneficiário pelo plano de saúde, sobre o impacto e os possíveis transtornos de uma instalação de ID, que poderiam ter sido discutidas e esclarecidas durante o processo de solicitação do serviço de ID.

O primeiro conflito identificado é referente ao núcleo familiar e decorre da discordância das cuidadoras profissional e familiar quanto às dificuldades do idoso em receber os cuidados, como querer alterar os horários da medicação ou se recusar a realizar a fisioterapia. Na formação dos cuidadores, nas publicações de referência tem-se o “guia prático do cuidador” do Ministério da Saúde e o manual “cuidar melhor e evitar violência – manual do cuidador da pessoa idosa”, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, ambos editados em 2008, que instruem sobre a questão da rigorosidade nos horários da administração dos medicamentos, permitindo as mudanças somente pelo médico da equipe de saúde (ALMEIDA, 1996). Normalmente, os horários das medicações são planejados, procurando-se evitar o período de sono do idoso (BRASIL, 2008).

A cuidadora familiar não demonstra possibilidades de negociação, viabilizando o exercício das escolhas do idoso, o que poderia comprometer sua autonomia. Identificamos, em outros momentos da entrevista com a cuidadora familiar, a mudança da relação esposa e marido para mãe e filho, adulto e criança e profissional de saúde e paciente. Conforme Almeida *et al.* (2012), o tratamento infantilizado do idoso pelo cuidador, desconsidera-o como pessoa adulta com vivência e suas capacidades cognitivas podendo contribuir para sua perda de autonomia e elevando sua dependência emocional, gerando o risco do idoso apresentar um comportamento infantil.

O segundo tipo de conflito identificado foi referente às limitações da amplitude de serviços ofertados na ID. Mesmo contando com a equipe multiprofissional, equipamentos, insumos e medicamentos, ainda assim o idoso tem que ser removido para realização de serviços de saúde simples, tais como coletas de exames de sangue, que não são disponibilizados no domicílio, quando próximo a este domicílio não existe laboratório conveniado que realize a coleta em casa.

## **Caso 2 – Observação e Dados do Dossiê de Saúde do Idoso sem Critérios Clínicos de Elegibilidade – Liminar Judicial**

O segundo caso a ser abordado se trata de uma idosa, por volta de seus 80 anos, de baixa estatura, magra e aparência frágil. Mesmo apresentando mais de uma comorbidade, tem aspecto saudável e se locomove sem a ajuda de bengala ou andador. Tem relativo dinamismo, alegre e participa do gerenciamento da casa. Portadora de Mal de Parkinson em sua forma leve, não apresentando os sintomas de modo perceptível. As comorbidades da idosa em questão são a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e a Insuficiência Cardíaca Congestiva – ICC. Em análise de suas patologias, todas se enquadram como doenças crônicas, as quais requerem controle e uso continuado de medicamentos orais. O *score* na tabela ABEMID totalizou 7 pontos, ou seja, bem abaixo da pontuação mínima necessária de 19 pontos, caracterizando assim uma paciente sem elegibilidade ao programa de ID. Antes da instalação da ID, por meio de liminar judicial, a beneficiária do plano recebia assistência médica no domicílio, através de visitas de profissionais da equipe multiprofissional, porém, sem a permanência do cuidador profissional.

O domicílio da idosa se localiza em uma cidade do entorno do Distrito Federal, cerca de 45 quilômetros de Brasília, grande centro mais próximo, onde provê os serviços de saúde de média e alta complexidade. A casa é pequena, de cômodos pequenos, típica da classe média baixa. Devido à condição clínica estável da idosa, não requereu instalação de mobiliário ou equipamento hospitalar pela empresa de ID. O domicílio, no entanto, requer adaptação quanto à prevenção de quedas da idosa, devido ao excesso de móveis, portais estreitos e piso desnivelado, bem como ausência de apoia-dores no banheiro. Possivelmente por apresentar poucas janelas e teto baixo, a temperatura durante o dia se apresenta elevada nos dias de calor. A rua é tranquila e o bairro predominantemente residencial. O que nos torna perceptível quanto a uma ID instalada no referido domicílio é a presença das cuidadoras profissionais e a informação da ocorrência de visitas do médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista e a disponibilização de medicação oral e aparelho para aferir a pressão arterial.

A idosa tem três filhos, todos homens, no entanto vive com dois filhos, que são idosos, um deles recém-aposentado e o outro com problemas psiquiátricos, porém estabilizado com medicamentos. O terceiro filho, ou seja, o cuidador familiar, não mora na mesma casa, mas é o responsável pelos cuidados de saúde da mãe. Por meio da observação e das entrevistas, identificamos nas relações dos viventes da casa uma questão forte de gênero. Segundo Neri (1993), a sociedade brasileira por questões culturais atribui à mulher o papel de cuidadora. Infere-se neste contexto que os filhos, sendo homens, acreditem que o melhor cuidador

de uma idosa seria do gênero feminino, possivelmente por terem dificuldades em auxiliá-la nas atividades da vida diárias – AVS, como banho e higiene pessoal. Além dos filhos, existe uma ajudante para tarefa de limpar e cozinhar e quando esta falta ao trabalho, a própria idosa improvisa as refeições. O relacionamento entre os viventes é formal, chegando a frio, talvez pela própria esquizofrenia de um dos filhos, transparecendo uma casa sem felicidade. O cuidador familiar, um dos que concedeu a entrevista, é o filho mais novo, tem por volta de 45 anos, tem perfil totalmente diferente dos demais irmãos, mostra-se sensível e mesmo à distância controla o bem-estar da mãe.

As percepções quanto às relações entre os atores envolvidos são relativas aos moradores da casa com a equipe de saúde. A relação se apresenta menos intensa, pois em relação ao caso 1, este não requer as visitas da equipe multiprofissional com tanta frequência, por estar em situação clinicamente estável. A equipe multiprofissional na data da realização da entrevista era constituída pelo médico, enfermeira e fisioterapeuta. O prioritário para a idosa são os cuidados e a companhia das cuidadoras profissionais, que aparentemente se relacionam como filhas da idosa. Nota-se o receio da idosa na perda do serviço de ID, o que gerou dificuldade para que a mesma concedesse entrevista ao pesquisador, a qual julgava que o mesmo estaria ali para retirada do serviço. Apesar de ter sido esclarecida sobre os objetivos da entrevista desde os contatos iniciais e no momento da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, este receio pode ter influenciado na qualidade das informações cedidas pela idosa neste caso.

Neste caso as entrevistas foram realizadas em sequência diferente em relação ao caso 1, uma vez que o cuidador familiar somente iria permitir a realização da entrevista com os demais atores envolvidos após entender a finalidade do estudo. Seguidamente à realização da entrevista, o cuidador familiar aceitou e incentivou os demais atores a participarem da pesquisa.

Portanto, a sequência neste caso foi primeiramente o cuidador familiar seguindo com a idosa, a cuidadora profissional e as entrevistas com os gestores.

Neste caso a ID foi solicitada por um familiar e não por um médico, pois a idosa não estava, no momento da solicitação, internada em um hospital. Portanto, verifica-se que, logo de início, um dos critérios não satisfazia o propósito de concessão do serviço, pois este prevê uma indicação médica visando à desospitalização.

A análise do material das entrevistas mostrou um conteúdo mais conflituoso, pois partiu de uma situação litigiosa entre a família e o plano de saúde, onde as

partes apresentam justificativas antagônicas e os problemas foram parcialmente resolvidos por interferência de uma liminar judicial.

O filho (cuidador familiar) se dirigiu ao plano de saúde para solicitar o serviço de ID, sobre o qual ele tinha buscado informações por conta própria na internet.

Na busca pelo serviço de ID, o cuidador familiar já desgastado em dispensar pessoalmente os cuidados com a mãe, procurou o serviço em seu plano de saúde, o qual sua mãe é sua dependente. Pelo fato de sua mãe não estar hospitalizada e não apresentar solicitação de seu médico assistente devidamente formalizada para o serviço de ID, o plano de saúde não abriu processo para análise do caso, o que inclui a verificação da elegibilidade da idosa. A mãe já estava inscrita em outro programa de assistência domiciliar, porém de menor complexidade, que lhe era oferecida assistência de uma equipe de saúde em seu domicílio. Assim sendo, o plano de saúde negou repetidamente a solicitação, e mesmo assim o cuidador familiar persistia em realizar novas visitas à sede do plano de saúde almejando a concessão do serviço de ID.

O problema social maior neste caso é que o cuidador familiar mora em outra cidade satélite em extremo oposto. A colocação do cuidador familiar de que sua mãe requer controle de sua pressão arterial, justifica para si mesmo a substituição de cuidados que não se apresentam com consistência técnica. Hoje, existem aparelhos os quais uma pessoa leiga, ou o próprio paciente, pode aferir facilmente sua pressão arterial e, conforme o resultado, seguir as orientações de seu médico assistente.

Entretanto, o cuidador profissional, que poderia suprir as necessidades de cuidados com a mãe, para os quais os filhos pareciam ter dificuldades para oferecer, somente poderiam ser disponibilizadas pelo plano de saúde por meio do serviço de ID.

O cuidador familiar estava desgastado pelas dificuldades em lidar com a idosa. Principalmente pela grande distância de sua residência em relação à de sua mãe, comprometendo suas relações no trabalho devido à necessidade de ausência que requeria os cuidados, bem como na realização de traslado para levá-la ao médico e realizar exames.

O problema parece se agravar quando, após as primeiras negativas da autogestão, o cuidador comprova que não teria condições de arcar com os custos de uma cuidadora profissional.

Segundo Merly (1998), nas práticas voltadas ao usuário do sistema de saúde torna-se necessário adotar práticas de acolhimento, resolução, responsabilidade, autonomizando o indivíduo.

Devido aos custos, os lares com o trabalhador doméstico apresentam números decrescentes, o qual poderia fazer companhia ao idoso Conforme Bruschini e Lombardi (2000), as trabalhadoras domésticas representavam quase 27% em 1970. Apesar de esse percentual ter sofrido considerável redução, representam em 2000 cerca de 18% de todas as trabalhadoras.

Os países nórdicos, desde a década de 50, instituíram os serviços de cuidados para pessoas idosas. Serviços de ajuda doméstica em domicílio são oferecidos em ampla escala, na população de baixa e média renda. Os benefícios monetários para ajuda doméstica de idosos são baseados no princípio da responsabilidade do Estado. A Europa adota o seguro dependência, com finalidade de custear as necessidades dos idosos, incluindo os cuidadores (BRASIL).

Não é raro famílias excluírem de suas vidas, por se sentirem incomodadas, cuidados aos idosos (HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2005). No Brasil, ainda não temos políticas sociais e previdenciárias que garantam o custeio das necessidades de idosos em situação de dependência. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI tem entendimento que a família, via de regra, é a executora dos cuidados ao idoso (BRASIL, 2006). Portanto, no Brasil, os cuidados a serem dispensados aos idosos em situação de dependência é um conflito intenso e persistente, tanto no âmbito público como no privado.

O cuidador familiar não reside no domicílio da idosa, porém é o responsável por garantir a assistência de saúde de sua mãe, por ser sua dependente no plano de saúde e ser afetivamente o mais preocupado com sua doença. A idosa requer monitoramento da pressão arterial e da glicemia, apresenta lesão no pé, que vem sendo tratado há mais de um ano. A idosa apresenta mobilidade, porém a casa não se apresenta adaptada para prevenção de quedas.

A questão da necessidade de cuidado, no âmbito do domicílio estudado, não se restringe apenas à idosa, mas também ao filho especial que mora com ela. Com a disponibilização da ID, ficou possível ao irmão que se aposentou cuidar do irmão que apresenta transtornos psiquiátricos.

Percebemos uma questão de gênero na entrevista com o cuidador familiar, considerando que os filhos da idosa, todos são homens, torna, diante a cultura daquela família, que o acompanhamento da idosa para o banho e nas trocas de roupa, seja realizado pelas técnicas de enfermagem. Isto reforça a imposição do papel de cuidador à mulher, perante a dificuldade do homem no cuidar. Vários

autores relatam em suas pesquisas que os cuidadores familiares se concentram no sexo feminino. Fernandes e Garcia (2009), em sua pesquisa registram que em todos os casos estudados, os cuidadores familiares eram do sexo feminino e em sua relação de parentesco com os idosos apresentou que 70% eram as filhas, 23,3% esposas e 6,6% eram sobrinhas ou netas. O filho mais velho seria o eleito, por ser o mais saudável, estar aposentado e viver no mesmo domicílio que a idosa, para assumir o papel de cuidador familiar. Percebe-se neste caso, que nas relações intrafamiliares são possivelmente disfuncionais, pelo fato de tornar o cuidador familiar o filho mais jovem, que trabalha e que mora distante do referido domicílio. Portanto, torna-se compreensível o desgaste do cuidador familiar, no atendimento das necessidades de sua mãe, à distância. A idosa se apresenta satisfeita com o serviço de ID e especialmente em relação às cuidadoras profissionais, que representam as pessoas de maior convivência.

A convivência com os dois filhos, que moram no mesmo domicílio que a idosa, parecia não existir no aspecto da interação entre os convivas. A solidão e o sentir-se isolado potencializam o sofrimento e vulnerabilidade do idoso (SANCHEZ, 2000). A ID satisfaz as necessidades não somente do cuidador familiar, mas também da idosa, o que nos remete a perceber que somente agora tem companhia para seus dias. Este fato nos leva a refletir que a ID não era necessária para atendimento das condições clínicas da idosa, mas efetivamente se realizou no atendimento às necessidades que existiam, mesmo aquelas que passaram despercebidas, conferindo, se assim podemos dizer, qualidade de vida, tanto para idosa como para os convivas do domicílio e o cuidador familiar. Quando perguntado à idosa quanto ao número de moradores na casa, as técnicas de enfermagem foram incluídas na soma, demonstrando terem sido incorporadas por participarem no convívio diário da casa.

Os conflitos em torno dos cuidados relativos a este caso se apresentam de baixa intensidade, uma vez que são restritos às cuidadoras profissionais.

Tanto a idosa como a cuidadora profissional em suas entrevistas não demonstram conflitos, que neste caso podem inexistir ou serem inibidos. Se este último tivesse ocorrido, seria possivelmente pelo receio da idosa na perda do serviço de ID e pela situação de conforto da cuidadora profissional que tem um trabalho relativamente leve nos cuidados de uma idosa com autonomia.

Um dos conflitos de maior incidência relatado pelos gestores do plano de saúde se refere à pressão familiar em realizar estoques de material e medicamento no domicílio onde ocorre a ID, pela ocorrência do uso de materiais e medicamentos destinados ao idoso sob cuidado, por membros da família.

A questão da humanização da assistência, considerada uma das qualidades da ID, pode não ocorrer. Segundo Floriani e Schramm (2004), o que humaniza a relação terapêutica não é a assistência ocorrer no domicílio e sim a relação de empatia entre o profissional e o paciente.

A concessão da ID viabilizou a melhoria da qualidade de vida do cuidador profissional que antes se preocupava, à distância, com os cuidados com a idosa, além de ter que percorrer grandes distâncias para fazer os traslados requeridos para conduzir a mesma para realização de consultas e exames. Para a idosa, a concessão da ID viabilizou a melhoria da qualidade de vida, por meio da companhia pelas cuidadoras profissionais, tornando claro que os filhos convivas do domicílio não supriam essa necessidade.

## 6. CONCLUSÃO

---

O estudo exploratório realizado nesta dissertação possibilitou identificar duas categorias mais gerais de conflitos éticos estabelecidos na internação domiciliar de idosos. Aqueles que decorrem das relações interpessoais em torno dos cuidados prestados ao idoso, permitindo assim uma abordagem na perspectiva da bioética clínica, e aqueles relativos às políticas de atenção à saúde do idoso e programas de atenção domiciliar, que podem ser abordados na perspectiva da Bioética Social, em especial da Bioética aplicada à Saúde Pública.

No que se refere à perspectiva da bioética clínica, os conflitos identificados ocorreram de formas e intensidade variadas, em conformidade ao caso e ao contexto que eles se deram. O conflito identificado de maior intensidade é relativo à elegibilidade por questões exclusivamente clínicas. O estabelecimento pelo plano de saúde de avaliação de elegibilidade clínica associada às necessidades sociais poderia promover melhores efeitos, inclusive terapêuticos, no atendimento de demandas de ID. Outro conflito na esfera clínica se dá pelas relações de anulação da autonomia do idoso, pelos cuidadores profissionais e familiares, pela ausência de negociação nos horários e realização de terapêuticas medicamentosas e fisioterápicas, subdimensionando as escolhas do idoso quanto ao seu tratamento. Neste caso requer melhor diálogo entre a família, cuidadores e equipe de saúde, com vistas a conduzir a ID com base na pactuação com o idoso, em busca de prevalecer suas escolhas. Ainda temos os conflitos relativos à amplitude dos serviços oferecidos na ID, que poderiam abarcar maior número de procedimentos de saúde realizados no domicílio, evitando desgastes ao idoso em sua movimentação para realização de exames e consultas especializadas. A revisão

da organização dos serviços de ID com base na logística pode minimizar estas questões, que podem ser estimuladas por meio de cooperação técnica entre a operadora de saúde e a empresa que operacionaliza a ID, a fim de oferecer o maior número de serviços no âmbito domiciliar.

Na esfera da bioética social podemos identificar o conflito entre as necessidades da família estabelecidas por seus contextos de vida cotidiana e condições sociais, e os critérios estritamente clínicos utilizados pelo plano de autogestão para elegibilidade de ID. Além disso, foi percebida uma ausência de esclarecimentos para os associados do plano quanto ao serviço de ID, seja por parte do próprio plano de saúde, seja por parte da rede credenciada. Isto aponta para a necessidade do plano de saúde em estimular política de comunicação relativa ao acesso à informação quanto aos serviços de saúde disponibilizados. Outro conflito existente é relativo à solicitação de serviços de ID para idosos autônomos, oriundos de necessidades de famílias que não dispõem de possibilidade, de pessoas presentes no domicílio que acompanhem o idoso, pelas próprias questões laborais para subsistência, e, portanto, de financiamento, a qual requer o serviço de ID. No entanto tem-se ainda que verificar a questão do financiamento dos serviços de cuidadores e das responsabilidades demandadas, pela própria subjetividade das necessidades dos núcleos familiares, que são de difícil mensuração. Não seriam as tabelas de pontuações ou *scores* que vão representar a real necessidade nos cuidados de idosos. No aspecto de saúde coletiva, podemos considerar o conflito relativo à ausência de acolhimento do solicitante do serviço de ID junto ao plano de saúde, onde o ambiente do plano de saúde predispõe a ser humanizado, para viabilizar soluções racionalmente satisfatórias para quem requer os cuidados de saúde. Indica, neste contexto, ser inerente o preparo para atendimento aos beneficiários solicitantes de serviços de saúde de modo a permitir as argumentações, de forma bilateral, que sejam resolutivas para os problemas apresentados.

Ainda na esfera das questões sociais, os conflitos quanto à disponibilização de materiais e medicamentos que passam a ser utilizados pela família do idoso, tornando a ID mais custosa, podem ser minimizados diante da partilha das responsabilidades com a família, por meio de educação continuada através de reuniões com grupos de cuidadores familiares, que podem ser promovidas pelo plano de saúde. E por fim, o conflito relativo ao financiamento do serviço de ID pelo plano de saúde, o qual restringe a elegibilidade por critérios exclusivamente baseados na condição clínica. O estabelecimento de novas políticas e novos serviços que incluam as questões sociais permitem racionalizar os serviços de saúde. A inclusão de cuidadores de idosos com vistas à prevenção de agravos à sua saúde, caminhando além dos tratamentos curativos e reabilitadores, promove a redu-

ção das internações hospitalares, que se apresentam custosas para o plano de saúde. Diante das considerações já realizadas, podemos inferir que a revisão das políticas de atenção domiciliar de modo compartilhado entre o plano de saúde e seus beneficiários, considerando suas necessidades, compartilhando responsabilidades, poderá dimensionar os programas de ID, na direção das melhores práticas com melhor efetividade e com redução de custos.

No entanto, não se pode ainda concluir certamente qual é o dever do segmento da saúde na disponibilização e financiamento de cuidado a idosos autônomos. Em países da Europa, conforme discutido neste estudo, os serviços de cuidadores de idosos são financiados pela previdência. No entanto, considerando a análise conceitual da saúde, certamente seria entendido mais facilmente, pela própria amplitude no que a caracteriza. Nas autogestões da saúde suplementar, ainda fica a questão da distribuição de recursos e como os mesmos são consumidos, sendo ainda um dilema que requer estudo específico. Mesmo o Sistema Único de Saúde, que apresenta uma questão abrangente no conceito de saúde, ainda não se apropriou desta necessidade de abordar este assunto para uma devida solução. Portanto, mesmo identificando os conflitos bioéticos, não se pode afirmar que isto, isoladamente, propiciará uma solução ou amenidade imediata.

Pode-se considerar que o sistema de saúde suplementar faz parte do sistema público de saúde, quando analisadas sua regulação estatal e a afinidade de sua operacionalização cada dia mais abrangente, conforme as diretrizes do SUS. É clara a tendência, no decorrer da linha histórica na melhoria da atenção à saúde pelo SUS, que caminha, mesmo que devagar, na questão do melhor acesso à saúde, hoje, oferecida pela saúde suplementar.

São escassas as publicações relativas à ID com abordagem na bioética clínica e na bioética aplicada na saúde coletiva, provavelmente pela própria característica reservada do domicílio, local este de difícil acesso a estudos. As publicações existentes, em sua maioria, são referentes aos cuidados com o idoso por meio de cuidadores familiares. Neste estudo, procuramos adicionar outros atores, de modo a poder vislumbrar de forma mais clara os conflitos existentes entre os mesmos. Entretanto, pode-se inferir que muito ainda se tem a explorar, pela própria questão da complexidade do assunto abordado e pelo fato das limitações de um estudo exploratório, pode-se inferir que em outras famílias se repetiria a maioria dos conflitos, porém, outros, com certeza existem.

Este trabalho aponta para a necessidade de continuidade nas pesquisas referente aos conflitos éticos na atenção domiciliar e, espera-se, que sirva de incentivo a outros pesquisadores para explorar este assunto.

## REFERÊNCIAS

---

ALBUQUERQUE, A. C. L.; SOUZA, M. C. de P. S.; VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. de O. A formação do enfermeiro para a assistência de portadores de necessidades especiais, com paralisia cerebral, submetidos à internação domiciliar. **Enferm. Glob.**, n. 16, 2009.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. de. **Assistência domiciliar**: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. Dissertação. – Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. 2001.

ALMEIDA, L. *et al.* Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto – Enferm.** [online], v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012,. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

ALMEIDA, M. de. Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética – perspectiva médica. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C de P. (Org.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996. 241 p.

ALYA, S. **Dicionário latinoamericano de bioética**. Prólogo. Disponível em: <<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoPartel.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

AMARAL, N. N. *et al.* Assistência domiciliar à saúde (*home health care*): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Rev. Neurociências**, v. 9, n. 3 p. 111-117, 2001. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2010.

ARAÚJO, M. R.; CARNEIRO, M. L. M. Saúde da família: cuidado no domicílio. **R. Bras. Enf.**, Brasília, v. 53, (n. especial), p. 117-122, dez. 2000.

BARROS, S. R. T. P. de.; BRAZ, M. G.; CRUZ, I. C. F. Pós-graduação em *home care*: uma exigência pela qualidade – Parte I. **Revista Brasileira de Home Care**, p. 34-36, dez. 1999.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BELLIDO, J. M. Que es la hospitalización a domicilio. In: GLEZ, M. D. D. (Org.). **Hospitalización a domicilio**. Espanha: Hoechst Marion Roussel, 1998. p. 23-28.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Foco saúde suplementar**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Foco/20120816\\_web\\_foco\\_junho\\_2012.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/20120816_web_foco_junho_2012.pdf)>. Acesso em: 5 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução da Diretoria Colegiada** – RDC Nº 39, de 27 de outubro de 2000. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=380](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=380)>. Acesso em: 3 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa** – RN Nº 148, de 3 de março de 2007. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=843](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=843)>. Acesso em: 3 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RN Nº 211 de 2010. **Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865278C776012796C9838A1543/RN211.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Envelhecimento e dependência: Desafios para a organização da proteção social**. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_081208-173354-810.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf)>. Acesso em: 5 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Blog da Saúde**. Postado em 01/10/2012. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/melhor-em-casa-da-mais-qualidade-de-vida-ao-idoso/>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha Melhor em casa – A segurança do hospital na segurança de seu lar**. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha\\_melhor\\_em\\_casa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cuidar melhor e evitar violência**. Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/12.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/12.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de atenção básica nº 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.416 de 23 março de 1998. **Estabelece requisitos de credenciamento de hospitais e crité-**

**rios para realização de Internação Domiciliar no SUS.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>>. Acesso em: 29 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2529 de 19 outubro de 2006. **Institui a internação domiciliar.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>>. Acesso em: 29 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS - SUS 01/2001.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-095.htm>>. Acesso em: 29 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador.** 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador. Série A. Normas e manuais técnicos.** 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)>. Acesso em: 5 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. LOPES, J. M. C. (Org.). **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006 do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.559 de 1 de agosto de 2008 que institui a política de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>. Acesso em: 7 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei 10.424 de 15 de abril de 2002. **Regulamenta a assistência domiciliar no SUS.** Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10424.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm)>. Acesso em: 29 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. **Institui o Estatuto do Idoso.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 28 jun. 2012.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cad. Pesqui.**, n. 110, jul. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742000000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742000000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742000000200003>.

CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, 2008. 302 p.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 2000, dez. 2000.

COOPER, C.; SELWOOD, A. **Livingston** – The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/2/151.full>>. Acesso em: 5 jan. 2013.

DAL BEN, L. W. D.; GAIDIZNSKI, R. R. **Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a16v19n1.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2010.

DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

FABRÍCIO, S. C. C. *et al.* Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 721-726, 2004.

FERNANDES, M. das G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras. Enferm.** [serial on the Internet], v. 62, n. 1 p. 57-63, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100009>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, 2004.

\_\_\_\_\_. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde**, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007.

FLYK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_)

arttext&pid=S0102-311X2008000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300024>.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2009.

GARBIN, C. A. S. *et al.* O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010.

GARRAFA, V. Bioética saúde e cidadania. In: BARCHIFONTAINE, C. de P. de; PESSINI, L. (Org.). **Bioética: alguns desafios**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002. 347 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDIM, J. R. **Roteiro para abordagem de casos de bioética clínica**. 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/casoclin.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B. Abandono na velhice. **Textos Envelhecimento** [periódico na Internet], v. 8, n. 3, p. 307-319, 2005. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt)>. Acesso em: 25 jan. 2013.

IBGE (Brasil). **Síntese de Indicadores Sociais – 2010**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1717&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1)>. Acesso em: 1 out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (Brasil). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2009.

\_\_\_\_\_. **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio**. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 15 nov. 2010.

JUCÁ, R. L. C.; ANDRADE, D. A. de. **Da bioética principialista à bioética social: estudo de cases da prática da eutanásia no Brasil**. Disponível em: <[http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao\\_paulo/2923.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao_paulo/2923.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

KARSCH, U. M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2013.

LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc.**, v. 15, n. 2, ago. 2006.

LEÓN, C. F. J. De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile. **Rev. Méd. Chile** [revista en la Internet], v. 136, n. 8, p. 1078-1082, ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000800018&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000800018&lng=es)>. doi: 10.4067/S0034-98872008000800018>. Acesso em: 4 fev. 2013.

LIMA, C. M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. A.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 499-513.

LORENZO, C. F. G. **Desafios para uma bioética clínica interétnica**: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/631/658](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/631/658)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. da C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

MACHADO, A. L. G.; FREITAS, C. H. A. de; JORGE, M. S. B. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 5, p. 530-534, 2007.

MALTA, D. C.; JORGE, A. de D. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, 2008.

MARTINS, A. S. K. **Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde**: contribuições da enfermeira. Dissertação (Mestrado). Curitiba. 2006. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSorianeMartins.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2012.

MAZZA, M. M. P. R. **A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.HTM>>. Acesso em: 10 out. 2010.

MERHY, E. E. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. 388 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a as-

sistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.

PASCHOAL, S. M. P. Desafios da longevidade: qualidade de vida. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. (Org.). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Loyola, 2006. 535 p.

PICCHIAI, D. **Estratégia e estrutura**: uma operadora de plano de assistência à saúde de pequeno porte. Disponível em: <[http://www.google.com.br/search?q=como+%C3%A9+a+estrutura+de+gest%C3%A3o+de+uma+autogest%C3%A3o+em+sa%C3%BAde&rls=com.microsoft:pt-br:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=117PRFA\\_pt-BR-BR463&redir\\_esc=&ei=ms4uT9O1GMvLtgfU0N3WDw](http://www.google.com.br/search?q=como+%C3%A9+a+estrutura+de+gest%C3%A3o+de+uma+autogest%C3%A3o+em+sa%C3%BAde&rls=com.microsoft:pt-br:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=117PRFA_pt-BR-BR463&redir_esc=&ei=ms4uT9O1GMvLtgfU0N3WDw)>. Acesso em: 5 jan. 2012.

PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=domiciliário>>. Acesso em: 9 jul. 2009.

SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. **Textos Envelhecimento**, v. 3, n. 3, fev. 2000. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-5928200000100004&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-5928200000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 dez. 2012.

SCHUKLENT, U. Introdução à ética na pesquisa. In: DINIZ, D.; GUILHEM, D. (Ed.) **Ética na Pesquisa** – experiência de treinamento em países sul-africanos. Brasília: UNB, 2005. p. 31-44.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. 2. ed. São Paulo: Edusp, 2002. 218 p.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do *home health care* no Brasil. **Rev. ADM em Saúde**, v. 9, n. 3, 2000.

THE PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS (USA) **Taking care** – ethical caregiving in our aging society. Disponível em: <[http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/taking\\_care/taking\\_care.pdf](http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/taking_care/taking_care.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2012.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev. Bras. Enferm.** [serial on the Internet], v. 58, n. 4, p. 438-443, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

php?script=sci\_arttext&pid=S0034-71672005000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400011>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2011.

URBAN, C. de A. **A bioética e a prática médica**. 2003. Disponível em: <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-275.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, v. 20, n. 1 p. 77-100, 2010.

VERAS, R. P. *et al.* Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso - planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

## V PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR (2015)

2º lugar

---

### ESTILO DE VIDA DE TRABALHADORES, ABSENTEÍSMO E GASTOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE

**Fabiana Maluf Rabacow**

Resumo da tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

## RESUMO

---

Esta pesquisa objetivou analisar a relação entre estilo de vida e absenteísmo e a relação entre estilo de vida e gastos com serviços de saúde em trabalhadores de uma empresa de viação aérea. Foi realizado um estudo longitudinal retrospectivo que avaliou 2.201 trabalhadores de uma companhia aérea em São Paulo, SP. Os desfechos de interesse foram absenteísmo e gastos com serviços de saúde. As variáveis independentes obtidas por entrevista foram sexo, idade, nível educacional, tipo de trabalho, estresse e fatores relacionados ao estilo de vida (índice de massa corporal, atividade física e tabagismo). O número de dias de absenteísmo durante os 12 meses de seguimento foi obtido junto aos registros da companhia aérea e as informações sobre gastos com serviços de saúde foram obtidas junto à operadora de saúde responsável pelo plano de saúde dos funcionários da empresa. Foi realizada regressão logística para determinar a influência das variáveis sociodemográficas, tipo de trabalho e estilo de vida no absenteísmo e regressão linear multivariada para estudar a associação das variáveis independentes com gastos diretos com saúde e indiretos com absenteísmo. Durante os 12 meses de seguimento do estudo, 53,5% dos sujeitos tiveram pelo menos um episódio de afastamento por doença e entre esses, a média de absenteísmo foi de 8.3 dias de trabalho. A média de gastos por trabalhador com serviços de saúde foi de US\$505. Tanto absenteísmo quanto gastos com saúde foram maiores em mulheres. Após ajuste pelas variáveis sociodemográficas, tabagismo foi associado a maior absenteísmo e excesso de peso foi associado a maiores gastos com saúde. Estes resultados reforçam a importância de ações de promoção de saúde que estimulem uma dieta saudável, atividade física e cessação do tabagismo na população estudada, a fim de controlar absenteísmo e reduzir gastos com serviços de saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

---

A velocidade dos avanços tecnológicos é atualmente intrínseca à vida de pessoas de diferentes idades e níveis socioculturais. Se por um lado esse processo traz benefícios e confortos ao dia a dia, por outro, esse novo estilo de vida também se traduz em doenças e, conseqüentemente, em novas preocupações e desafios para a saúde pública. O aumento da expectativa de vida e a urbanização da população fazem parte da transição demográfica que estamos passando no início deste século. Concomitantemente à transição demográfica acontece a transição epidemiológica, caracterizada pela redução dos casos de doenças infectocontagiosas paralelamente ao aumento no número de doenças crônico-degenerativas.

Doenças cardiovasculares e respiratórias, câncer, obesidade e diabetes representam atualmente as principais causas de incapacidade e mortalidade precoce em países de diferentes condições socioeconômicas (BEAGLEHOLE *et al.*, 2011; SCHMIDT *et al.*, 2011; WHO, 2011). A carga dessas doenças é particularmente alta em países com economias emergentes como o Brasil, Rússia, Índia e China que, junto com a África do Sul, são conhecidos como BRICS. Juntos, esses países perdem atualmente mais de 20 milhões de vidas produtivas por ano para as doenças crônicas (WHO, 2011). Essas doenças são decorrentes, dentre outros fatores, de novos estilos de vida, com alta prevalência de inatividade física, alimentação de alto valor calórico e tabagismo, além de fatores de risco intermediários como obesidade, hipertensão arterial e altas taxas de colesterol e glicemia (BEAGLEHOLE *et al.*, 2011). É importante ressaltar que, subjacente aos fatores de risco relacionados ao estilo de vida, estão determinantes socioeconômicos, como pobreza, desigualdade e injustiças sociais.

No caso de adultos trabalhadores, soma-se aos fatores de risco citados a necessidade de adaptação às formas atuais de trabalho, caracterizadas por alta competitividade, significativa demanda psicossocial e constante pressão pelo desempenho. Essa soma de fatores pode ter conseqüências tanto na saúde como na produtividade do trabalhador e, nesse âmbito, vem instigando estudos em diferentes áreas do conhecimento.

Há evidências, em diversos países, de que ações multidisciplinares objetivando a promoção de um estilo de vida ativo e saudável, produzem resultados positivos e devem ser aplicadas nos níveis pessoal, institucional e comunitário (BRASIL, 2006; EBRAHIM *et al.*, 2007). Ao beneficiar essas três esferas (indivíduo, local onde o indivíduo trabalha e sociedade), políticas e programas que visem promover saúde de trabalhadores abrangem um grupo populacional significativo, representando uma importante contribuição para a saúde pública. Nesse contex-

to, o ambiente de trabalho torna-se um local estratégico para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e da qualidade de vida, considerando que indivíduos adultos passam um tempo considerável de seus dias em atividades laborais.

Contudo, para que intervenções nesse grupo sejam bem-sucedidas, há a necessidade de conhecer como se dão as relações entre os fatores relacionados ao estilo de vida em termos de produtividade em diferentes tipos de trabalho e características sociodemográficas. Dessa forma, pode-se identificar as necessidades, assim como maneiras de intervir com maiores chances de preservar e promover a saúde do trabalhador e, ao mesmo tempo, reduzir o absenteísmo e controlar os gastos dos empregados com a utilização de serviços de saúde, para a organização e para a operadora responsável pelo plano de saúde.

Diversos estudos têm investigado a relação entre absenteísmo com fatores de risco relacionados ao estilo de vida, como inatividade física (AMLANI; MUNIR, 2014), obesidade (NEOVIUS *et al.*, 2012), alimentação inadequada (WOLF *et al.*, 2009) e tabagismo (LAAKSONEN *et al.*, 2008). Esse mesmo quadro pode sobrecarregar os gastos com assistência médica nas empresas. Pesquisa realizada por Anderson *et al.* (2000) encontrou 25% dos gastos com assistência médica para trabalhadores relacionados com componentes do estilo de vida. Diversas outras pesquisas sustentam a associação entre mudanças positivas no estilo de vida e redução de gastos com serviços de saúde, sugerindo a oportunidade do investimento em estratégias para promover hábitos saudáveis (GOETZEL; OZMINKOWSKI, 2008; MORIARTY *et al.*, 2012; PRONK *et al.*, 1999; SHERMAN; LYNCH, 2013).

Apesar de haver um crescente corpo de evidências embasando a relação entre fatores relacionados ao estilo de vida com absenteísmo e com gastos com saúde, a maior parte desses estudos é conduzida em países desenvolvidos. Há uma nítida carência de estudos nessa temática no Brasil.

Diante da problemática exposta, o presente estudo pretende responder à seguinte questão: Qual o impacto de fatores de risco relacionados ao estilo de vida do trabalhador em desfechos de absenteísmo e gastos com cuidados de saúde no período de um ano?

## 2. OBJETIVOS

---

Este estudo objetivou analisar a relação entre estilo de vida e absenteísmo e a relação entre estilo de vida e gastos com serviços de saúde em trabalhadores de uma empresa de viação aérea brasileira.

## 3. MÉTODOS

---

### **Delineamento do Estudo**

Para atender ao objetivo proposto neste estudo, optou-se por desenvolver uma pesquisa observacional de coorte retrospectiva com a utilização de dados secundários. O desenho foi escolhido considerando-se a disponibilidade das informações, o tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa e a pergunta a ser respondida. Os estudos de coorte, segundo Muñoz e Nieto (MUÑOZ A 2009), têm como elemento-chave o tempo. O objetivo principal desse tipo de estudo é determinar a ocorrência de um evento de interesse (desfecho) e caracterizar sua heterogeneidade de acordo com a distribuição dos fatores de risco (exposições). No presente estudo, os desfechos de interesse foram “gastos com serviços saúde” e “absenteísmo relacionado à doença”, analisados por um período de doze meses após avaliação das variáveis de exposição. Foram consideradas variáveis de exposição as características individuais e os fatores de risco relacionados ao estilo de vida.

### **Universo da Pesquisa e Participantes**

Os participantes deste estudo foram trabalhadores de uma empresa de viação aérea multinacional com mais de 28.000 funcionários no Brasil em 2012. Foram avaliados homens e mulheres, de setores de trabalho administrativo, operacional, *call-center* e tripulantes (pilotos e comissários aéreos), que estavam presentes, disponíveis nas datas de coleta e que concordaram em participar da avaliação. Todos os sujeitos que compõem a amostra deste estudo eram funcionários da empresa de viação aérea, dependentes da mesma operadora de saúde e participaram da avaliação de saúde e estilo de vida.

## Fonte das Informações e Elaboração do Banco de Dados

Os dados analisados nesta pesquisa tiveram como origem duas diferentes fontes de informações:

- a. Da operadora de saúde foram obtidos dados referentes ao estilo de vida e indicadores de saúde dos funcionários da empresa, assim como dados relacionados a gastos com serviços de saúde;
- b. Entre maio e novembro de 2010, 3.147 funcionários da empresa de viação aérea participaram voluntariamente de uma avaliação sobre saúde e estilo de vida. Essa avaliação foi conduzida pela operadora de saúde como parte de um programa de qualidade de vida oferecido à empresa. Nessa avaliação foi aplicado um questionário em forma de entrevista por uma equipe de enfermagem. O questionário envolveu questões relacionadas à saúde individual, antecedentes, peso, estatura e estilo de vida (Anexo A). Além da aplicação do questionário, foram medidos pressão arterial, colesterol e glicemia.
- c. Da empresa de viação aérea foram obtidas informações referentes a absenteísmo e algumas características individuais dos funcionários.

Foram unidas, em um único banco, informações sociodemográficas e de fatores de risco, que originalmente estavam separadas por diferentes departamentos da empresa, em planilha *Excel*. Em seguida, o banco foi convertido para o pacote estatístico *STATA*. Com o banco unido, foi feito um *linkage* com os dados de gastos com saúde e de absenteísmo.

## Variáveis Dependentes – Desfecho

### Absenteísmo

Informações sobre absenteísmo foram obtidas dos registros da companhia aérea por 12 meses após início do estudo. Todos os episódios de absenteísmo durante o tempo de seguimento foram medidos em dias, somados por trabalhador e classificados em três categorias: sem absenteísmo, 1-9 dias de absenteísmo e 10 dias ou mais de absenteísmo.

### Gastos com Serviços de Saúde

Foram obtidas da operadora de saúde informações sobre quantidades de vezes em que o trabalhador utilizou o plano de saúde no período da análise, o tipo de procedimento (consultas médicas, exames e internações) e o custo para cada

procedimento. Não foram disponibilizadas informações a respeito do motivo da procura pelos serviços de saúde. Os custos incluíram o valor pago pela operadora de saúde aos estabelecimentos de serviços médicos. Os gastos durante os 12 meses de observação foram somados, por trabalhador, e tratados como variável contínua. A conversão de Real para Dólar Americano foi realizada considerando a taxa de câmbio na data de 9 de setembro de 2013 (US\$ 1,00 = R\$ 2,297).

## Variáveis Independentes – Exposição

Foram consideradas variáveis independentes neste estudo: informações socio-demográficas (idade, sexo e escolaridade), tipo de trabalho na companhia (administrativo, operacional, *call-center* e tripulação) e alguns fatores de risco relacionados ao estilo de vida. A idade foi considerada de forma contínua nas análises de regressão linear e categorizada ('até 29 anos', 'de 30 a 39 anos', 'de 40 a 49 anos' e '50 anos ou mais') para as análises de regressão logística. A escolaridade foi categorizada em 'até ensino fundamental', 'ensino médio' e 'ensino superior'. Os fatores de risco relacionados ao estilo de vida (excesso de peso, inatividade física, tabagismo, estresse, pressão arterial, colesterol e glicemia), são descritos a seguir.

### Excesso de Peso

Informações sobre peso e estatura foram autorreferidas. O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida utilizada para indicar o perfil nutricional em adultos. O IMC foi calculado pela divisão da massa corporal (em quilos) pela estatura ao quadrado (em metros) (GARROW; WEBSTER, 1985) e categorizado de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (EBRAHIM, 2007), considerando-se "abaixo do peso" indivíduos com IMC menor que 18,5 Kg/m<sup>2</sup>; 'normais' aqueles com IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup>; com 'sobrepeso' aqueles com IMC entre 25 e 29,9 Kg/m<sup>2</sup> e como 'obesos' aqueles com IMC maior ou igual a 30 Kg/m<sup>2</sup>. Nas análises de regressão linear, o IMC foi considerado de forma contínua.

### Inatividade Física

Esta variável mostra a percepção do indivíduo com relação ao seu nível de atividade física durante o trabalho e no lazer, considerando-se intensidade e frequência semanal. Foram classificados como 'inativos' sujeitos que relataram permanecer sentados durante o dia e nas horas vagas e fazer pouco ou nenhum exercício; nível de atividade física 'baixo' foi utilizado para classificar aqueles que durante o dia, no trabalho ou nas horas vagas, relataram praticar atividades físi-

cas leves a moderadas, cerca de duas vezes por semana e nível de atividade física 'regular' quem relatou praticar, no trabalho ou nas horas vagas, atividades físicas moderadas a intensas, três ou mais vezes por semana.

## **Tabagismo**

Com relação ao tabagismo, de acordo com as informações disponibilizadas no banco de dados, foi utilizada a seguinte categorização: (a) 'Fumante atual': indivíduo que fuma atualmente e já fumou mais de 100 cigarros durante a vida. Foram acrescentados nesta categoria fumantes de charuto ou cachimbo; (b) 'Ex-fumante': nesta categoria foram somados os ex-fumantes recentes (pararam de fumar há menos de dez anos) aos ex-fumantes; e (c) 'Não fumantes'.

## **Estresse**

O nível de estresse foi avaliado por autopercepção do indivíduo em uma escala *Likert* de zero a dez, onde zero representa 'sem estresse algum' e dez representa 'nível de estresse mais alto'. Esta variável foi categorizada considerando valores de zero a três como 'baixo nível de estresse', de quatro a seis como 'moderado nível de estresse' de sete a dez como 'alto nível de estresse'.

## **Pressão Arterial**

A pressão arterial foi aferida na posição sentada, por aparelhos digitais padronizados e testados. Foi considerado com pressão arterial alterada o indivíduo que apresentasse, no dia do exame, a pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica acima de 90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

## **Colesterol**

Foi aferido o colesterol total dos indivíduos e foram considerados como de risco aqueles que apresentaram valores superiores a 200 mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

## **Glicemia**

Foi colhida a glicemia pós-prandial periférica. Foram considerados alterados os valores acima de 140 mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SDB), 2009).

## Escore de *Framingham*

Uma variável foi criada para expressar a probabilidade de desenvolver doenças coronarianas nos próximos 10 anos. Para isso, foi utilizado o score *Framingham* (GRUNDY, 1999), atribuindo pontos às variáveis idade, colesterol total, pressão arterial sistólica e glicemia, estratificado por sexo. O número total de pontos atribuídos foi convertido em risco absoluto para homens e mulheres. A variável foi então dicotomizada, considerando como de “alto risco” quem teve pelo menos 5% de risco elevado para desenvolver doenças coronarianas nos próximos 10 anos.

## Análise dos Dados

Análise descritiva foi realizada para as características gerais da população de estudo. Regressão logística foi utilizada para estudar associações entre o desfecho absenteísmo com variáveis sociodemográficas, tipo de trabalho e fatores relacionados ao estilo de vida. Foi estimada a *odds ratio* (OR) como medida de associação com correspondente intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A fim de estudar a associação entre gastos com saúde e fatores sociodemográficos, tipo de trabalho e estilo de vida, foi realizada regressão linear, considerando IMC como variável contínua. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico STATA 12.0.

## Ética

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São Paulo sob o protocolo número 083/12, de 11 de abril de 2012.

## 4. RESULTADOS

---

As características gerais da população do estudo estão descritas, por sexo, na Tabela 1. A média de idade dos trabalhadores foi de 32 anos (DP=8,4) e a maioria era do sexo masculino (58%). Aproximadamente 85% não tinham ensino superior. O setor administrativo obteve a maior concentração de trabalhadores (35%). A maioria dos trabalhadores (76%) reportaram nível moderado ou alto de estresse. Quase metade dos sujeitos tinha excesso de peso, aproximadamente 80% tinham nível baixo ou muito baixo de atividade física e 13% eram fumantes.

**Tabela 1 – Características gerais de trabalhadores de uma companhia aérea brasileira (n=2.201), por sexo**

	Mulheres		Homens	
	n	%	n	%
<b>Características individuais</b>				
Idade (anos)				
Até 29	531	57.3	451	35.4
30-39	309	33.3	523	41.0
40-49	75	8.1	213	16.7
50 ou mais	12	1.3	87	6.8
Nível educacional				
Até ensino fundamental	848	91.5	790	62.0
Ensino médio	8	0.9	160	12.6
Superior	71	7.6	324	25.4
Tipo de trabalho				
Administrativo	317	34.2	280	22.0
Call center	224	24.2	100	7.8
Operacional	90	9.7	689	54.1
Tripulantes	296	31.9	205	16.1
Percepção de estresse				
Baixa	164	17.7	341	26.8
Moderada	343	37.2	486	38.3
Alta	417	45.1	443	34.9
<b>Fatores relacionados ao Estilo de Vida</b>				
Índice de Massa Corporal				
Peso Normal (18.5-24.9)	632	71.7	480	37.8
Sobrepeso (25-29.9)	189	21.4	577	45.5
Obesidade ( $\geq 30$ )	60	6.8	212	16.7
Nível de Atividade Física				
Regular	134	14.4	282	22.1
Baixo	187	20.2	319	25.0
Muito baixo	606	65.4	673	52.8
Tabagismo				
Não fumantes	731	78.9	931	73.1
Ex-fumantes	102	11.0	166	13.0
Fumantes	94	10.1	177	13.9

Em comparação aos homens, as mulheres da amostra deste estudo foram mais jovens, com menor nível educacional, concentradas nos setores “call-center” e “tripulantes” e relataram maiores níveis de estresse. Tanto sobrepeso como obesidade foram mais frequentes em homens, bem como o risco para desenvolver doenças coronarianas.

Mais da metade dos trabalhadores (53%) se ausentaram ao menos um dia do trabalho por motivos de doença durante o ano de seguimento do estudo e entre esses, a média de absenteísmo foi de 8,3 dias. A Tabela 2 mostra, por análise univariada, que mulheres tiveram chances aumentadas para absenteísmo em relação aos homens e essa associação foi maior para 10 ou mais dias de absenteísmo. Trabalhadores mais velhos também tiveram chances aumentadas de

absenteísmo. Com relação ao tipo de trabalho, os trabalhadores do setor operacional tiveram menores chances de ter absenteísmo acima de 10 dias no ano, ao contrário daqueles que trabalhavam como tripulantes.

Maior absenteísmo também foi associado a maiores níveis de estresse. Após ajuste por variáveis sociodemográficas, a chance para 10 ou mais dias de absenteísmo foi significativa tanto para fumantes (OR=1.51, CI = 1.05-2.17) como para não fumantes (OR=1.45, CI=1.01-2.10).

**Tabela 2 – Razão de chance univariada (OR) e intervalo de confiança (95%) de características sociodemográficas e fatores de risco modificáveis para absenteísmo entre trabalhadores de uma companhia aérea brasileira (n=2.150)**

	n	1-9 dias de absenteísmo (n=811)		≥ 10 dias de absenteísmo (n=366)	
		OR	95%CI	OR	95%CI
<b>Características individuais</b>					
Sexo					
Masculino	1274	1.00		1.00	
Feminino	927	1.17	0.97-1.42	1.70*	1.34-2.17
Idade (anos)					
Até 29	982	1.00		1.00	
30-39	832	0.80*	0.64-0.96	0.71*	0.55-0.93
40-49	288	0.89	0.66-1.18	0.67*	0.45-1.00
50 ou mais	99	0.59*	0.37-0.96	0.39*	0.19-0.78
Nível educacional					
Superior	395	1.00		1.00	
Ensino médio	1638	1.49*	1.16-1.90	1.38*	1.01-1.90
Até ensino fundamental	168	1.56*	1.06-2.30	0.64	0.34-1.20
Tipo de trabalho					
Administrativo	597	1.00		1.00	
Call center	324	0.92	0.68-1.24	1.03	0.70-1.52
Operacional	779	0.87	0.69-1.10	0.62*	0.45-0.86
Tripulantes	501	0.74*	0.57-0.97	1.38*	1.00-1.90
Percepção de estresse					
Baixa	505	1.00		1.00	
Moderada	829	1.18	0.92-1.50	1.21	0.87-1.68
Alta	860	1.25	0.98-1.60	1.41*	1.02-1.94
<b>Fatores relacionados ao Estilo de Vida</b>					
Índice de Massa Corporal					
Peso normal (18,5-24,9)	1112	1.00		1.00	
Sobrepeso (25-29,9)	766	0.88	0.72-1.08	0.61*	0.46-0.80
Obesidade (≥ 30)	272	0.81	0.61-1.09	0.74	0.51-1.08
Nível de Atividade Física					
Regular	416	1.00		1.00	
Baixo	506	0.86	0.64-1.14	1.08	0.74-1.57
Muito baixo	1279	1.07	0.84-1.36	1.21	0.88-1.68
Tabagismo					
Não-fumante	1662	1.00		1.00	
Ex-fumante	268	1.24	0.92-1.64	1.30	0.91-1.87
Fumante	271	1.16	0.87-1.54	1.37	0.97-1.96

\* p < 0,005

Nos doze meses de seguimento da pesquisa, 72% dos trabalhadores realizaram pelo menos uma consulta médica, 84% solicitaram pelo menos um exame diagnóstico e 6% foram hospitalizados pelo menos uma vez. A média de gasto por trabalhador com consultas médicas foi de US\$ 57, com exames diagnósticos foi de US\$ 228 e com hospitalizações foi de US\$ 162.

No total, US\$ 986.343,30 foram gastos com saúde, com uma média de US\$ 505 por trabalhador. Ao observar a distribuição deste valor, foi possível notar que aproximadamente 10% dos trabalhadores foram responsáveis por mais de 90% dos gastos com saúde e esta tendência foi ainda mais forte para despesas com hospitalização.

A Tabela 3 descreve a média e intervalos interquartis por procedimento de saúde e por características sociodemográficas. Mulheres realizaram mais consultas e mais exames diagnósticos. A frequência e a quantidade gasta com esses procedimentos também foi maior nos trabalhadores mais velhos, bem como as hos-

**Tabela 3 – Estatísticas descritivas dos tipos de procedimento de saúde, por características sociodemográficas**

Características sociodemográficas	Consultas Médicas		Exames Diagnósticos		Hospitalizações (1 ou mais)	
	Quantidade Média (Q1-Q3)	Custo \$ Média (Q1-Q3)	Quantidade Média (Q1-Q3)	Custo \$ Média (Q1-Q3)	Quantidade Média (Q1-Q3)	Custo \$ Média (Q1-Q3)
<b>Gênero</b>						
Masculino	2.0 (0-3)	42 (0-59)	11 (1-15)	195 (19-224)	0.23 (0-0)	138 (0-0)
Feminino	4.1 (1-6)	79 (19-114)	19 (4-28)	273 (67-383)	0.26 (0-0)	196 (0-0)
<b>Idade (anos)</b>						
Até 24	2.9 (0-4)	56 (0-83)	14 (2-20)	233 (36-289)	0.23 (0-0)	164 (0-0)
25-34	2.8 (0-4)	56 (0-87)	14 (1-21)	221 (29-287)	0.26 (0-0)	179 (0-0)
35-44	2.9 (0-4)	60 (0-88)	15 (2-22)	213 (37-299)	0.23 (0-0)	111 (0-0)
45 ou mais	3.4 (1-5)	72 (17-108)	18 (1-32)	225 (26-339)	0.35 (0-0)	148 (0-0)
<b>Escolaridade</b>						
Até fundamental completo	2.6 (0-4)	54 (0-78)	14 (1-21)	211 (28-292)	0.31 (0-0)	176 (0-0)
Ensino médio	2.9 (0-4)	58 (0-87)	14 (2-21)	234 (34-296)	0.23 (0-0)	168 (0-0)
Superior	2.8 (0-4.5)	60 (0-96)	15 (2-21)	214 (30-278)	0.23 (0-0)	76 (0-0)
<b>Total</b>	2.9 (0-4)	57 (0-87)	14 (2-21)	228 (33-294)	0.24 (0-0)	162 (0-0)

Q1 = percentil 25; Q3 = percentil 75

pitalizações. Não foram notadas diferenças nos usos dos procedimentos entre diferentes níveis educacionais.

A Tabela 4 mostra as associações das variáveis sociodemográficas, tipo de trabalho e fatores relacionados ao estilo de vida com gastos diretos com saúde e indiretos (estimados com base no absenteísmo). Em média, mulheres tiveram US\$ 180 a mais gastos diretos e US\$ 40 a mais gastos indiretos do que os homens no ano de seguimento. Excesso de peso foi associado a maiores gastos com saúde, sendo que cada unidade aumentada no IMC aumentou gastos diretos em US\$ 17, em média, no ano. Nível de atividade física não foi associado aos gastos totais com saúde, mas foi associado à maior chance de hospitalização, sendo que trabalhadores inativos fisicamente tiveram quase o dobro de chance (OR = 1.96, IC = 1.05-3.65) de serem hospitalizados ao menos uma vez no ano de estudo.

**Tabela 4 - Regressão linear multivariada para gastos diretos e indiretos com saúde entre trabalhadores de uma companhia aérea brasileira (n=2.150)**

	Gastos diretos \$		Gastos indiretos \$	
	$\beta$	DP	$\beta$	DP
<b>Características individuais</b>				
Gênero				
Masculino	1.00		1.00	
Feminino	180 <sup>a</sup>	76.25	40 <sup>a</sup>	13.79
Idade (anos)	3	4.54	-1	0.82
Nível educacional				
Superior	1.00		1.00	
Ensino médio	14	88.92	2	16.08
Até ensino fundamental	-30	143.82	2	26.01
Tipo de trabalho				
Administrativo	1.00		1.00	
<i>Call center</i>	-1	99.68	6	18.02
Operacional	-177 <sup>a</sup>	83.96	-17	15.18
Tripulantes	-121	88.39	45 <sup>a</sup>	15.98
Percepção de estresse				
Baixa	1.00		1.00	
Moderada	8	80.96	10	14.64
Alta	-20	81.43	26	14.73
<b>Fatores do Estilo de Vida</b>				
Índice de Massa Corporal	17 <sup>a</sup>	8.26	-0.49	1.49
Nível de Atividade Física				
Regular	1.00		1.00	
Baixo	21	95.08	1	17.19
Muito baixo	-65	82.88	13	14.98
Tabagismo				
Não fumantes	1.00		1.00	
Ex fumantes	-59	94.73	37 <sup>a</sup>	17.13
Fumantes	-118	95.98	44 <sup>a</sup>	17.36

<sup>a</sup> p < 0,005

## 5. DISCUSSÃO

---

Este estudo objetivou analisar a relação entre estilo de vida e absenteísmo e a relação entre estilo de vida e gastos com serviços de saúde em trabalhadores de uma empresa de viação aérea. Tanto absenteísmo quanto gastos com saúde foram maiores em mulheres. Após ajuste pelas variáveis sociodemográficas, encontramos tabagismo associado ao absenteísmo e excesso de peso associado a maiores gastos com saúde. Inatividade física não foi associada com absenteísmo nem com gastos, mas foi associada com maiores chances para hospitalização.

Os trabalhadores que compõem a amostra deste estudo eram predominantemente jovens. Aproximadamente 85% não havia completado ensino superior. Este resultado é similar ao nível educacional da população de São Paulo (PNUD, 2013). Com relação aos fatores de risco relacionados ao estilo de vida, a prevalência de obesidade em nosso estudo (12,6%) foi maior do que a encontrada em amostra de trabalhadores brasileiros da indústria (7,9%) (NAHAS, 2009); porém, menor do que a prevalência de obesidade encontrada em levantamento da população adulta da cidade de São Paulo (15,5%) e Brasil (15,8%) (BRASIL, 2012). Neste estudo, 51,8% dos trabalhadores relataram ser inativos no trabalho e no tempo livre, corroborando relatos prévios sobre inatividade física em trabalhadores da indústria (NAHAS, 2009). A prevalência de fumantes no presente estudo (12,3%) também foi similar à encontrada em trabalhadores da indústria (13%), mas menor do que a prevalência de fumantes entre adultos no Brasil no mesmo ano (14,8%), e especialmente menor do que a prevalência de fumantes em São Paulo (22,5%) (BRASIL, 2012). O risco para desenvolver doenças coronarianas foi muito maior entre homens em comparação com mulheres. Pesquisas têm mostrado que diferenças nos principais fatores de risco cardiovasculares, particularmente nos níveis de colesterol e na prevalência de tabagismo, explicam parte dessas diferenças encontradas entre os sexos (GRUNDY *et al.*, 1999).

Nos doze meses de estudo, 53,5% dos trabalhadores perderam pelo menos um dia de trabalho por motivo de doença. Esta prevalência foi superior à encontrada em amostra de trabalhadores de uma indústria automobilística de São Paulo (39%) (FONSECA *et al.*, 2010). Diferentes maneiras de mensurar e categorizar o absenteísmo dificultam maiores comparações entre os estudos. A média de gastos com utilização de serviços de saúde foi de US\$ 505,00 por trabalhador nos doze meses de seguimento deste estudo. A maior parte das pesquisas sobre determinantes de absenteísmo e gastos com saúde tem sido conduzida entre trabalhadores norte-americanos e europeus. Nós encontramos apenas dois estudos de corte transversal conduzidos em trabalhadores brasileiros que inves-

tigaram a associação de absenteísmo com estilo de vida (FERREIRA *et al.*, 2012; FONSECA *et al.*, 2010).

Nossos resultados mostram redução do absenteísmo com o aumento da idade, mas essa relação perdeu significância após ajuste por nível educacional. Como encontrado em estudo conduzido com trabalhadores norte-americanos (KOWLESSAR *et al.*, 2011), em nosso estudo o tabagismo não foi associado a gastos com saúde mas foi associado a absenteísmo (10 ou mais dias) após ajuste pelas variáveis sociodemográficas. Essa associação corrobora achados de outras pesquisas (ALAVINIA *et al.*, 2009; ROBROEK *et al.*, 2011; ROBROEK *et al.*, 2013; WENG *et al.*, 2013) e com meta-análise que encontrou chance de absenteísmo aumentada em 33% em fumantes em comparação com não fumantes (MERRILL *et al.*, 2013). A prevalência de tabagismo em pessoas acima de 18 anos no Brasil diminuiu consideravelmente nos últimos anos, especialmente devido à proibição de anúncios em cigarros e de leis estaduais que proíbem o fumo em espaços coletivos fechados públicos ou privados. Tais ações têm contribuição para a prevalência observada de 12% de fumantes na nossa população de estudo. No atual estudo, após ajuste pelas variáveis sociodemográficas, ex-fumantes também mostraram maiores chances de se ausentar do trabalho por motivo de doença com relação aos não fumantes. Outros estudos encontraram maior absenteísmo em ex-fumantes em relação a não fumantes (CHRISTENSEN *et al.*, 2007; LAAKSONEN *et al.*, 2009; MERRILL *et al.*, 2013; WENG *et al.*, 2013). Esses achados sugerem a necessidade de apoio das organizações ao ex-fumantes, além do incentivo à cessação do tabagismo.

A associação entre inatividade física e absenteísmo ainda não é clara (AMLANI; MUNIR, 2014). Enquanto algumas pesquisas mostram que trabalhadores fisicamente ativos têm menores episódios de absenteísmo (MERRILL *et al.*, 2013; ROBROEK *et al.*, 2011) e menores despesas com saúde (KOWLESSAR *et al.*, 2011) em outros estudos esta associação é fraca ou inconsistente (ALAVINIA *et al.*, 2009; FONSECA *et al.*, 2010; HENKE *et al.*, 2010). Em nosso estudo o nível de atividade física não foi associado com absenteísmo nem com gastos com saúde. Por outro lado, trabalhadores fisicamente inativos tiveram quase o dobro de chance de serem hospitalizados pelo menos uma vez no ano de seguimento. Futuros estudos longitudinais são necessários para esclarecer esta questão. Excesso de peso tem sido associado tanto a absenteísmo (JANSSENS *et al.*, 2012; KOWLESSAR *et al.*, 2011; NEOVIUS *et al.*, 2012) quanto a gastos com saúde (HENKE *et al.*, 2010; MORIARTY *et al.*, 2012). No entanto, no presente estudo nós encontramos esta associação apenas para gastos com saúde.

De forma similar à que tem sido mostrada em diversas outras pesquisas (GOETZEL *et al.*, 1998; JANSSENS *et al.*, 2012; KOWLESSAR *et al.*, 2011), as mulhe-

res em nosso estudo tiveram mais episódios de absenteísmo e também maiores gastos com saúde em comparação aos homens. Em um artigo derivado dos resultados deste estudo (RABACOW *et al.*, 2014), exploramos com mais detalhes a influência de diversos fatores na relação do absenteísmo entre os sexos e concluímos que, apesar da significativa diferença de estilo de vida entre os sexos, essas diferenças não explicaram o absenteísmo aumentado entre mulheres. A associação entre o sexo feminino e maior absenteísmo foi explicada, em parte, pelo tipo de trabalho e pelo nível educacional. Com relação aos gastos com saúde, nós acreditamos que a diferença entre os sexos pode ser explicada parcialmente pelo fato de mulheres usarem mais serviços de saúde por razões preventivas do que os homens. No entanto, a restrição de informações nos limita no aprofundamento dessas análises.

Outras pesquisas têm mostrado que o ajuste por tipo de trabalho explica parte das diferenças de gênero no absenteísmo (ALAVINIA *et al.*, 2009; LAAKSONEN *et al.*, 2012). Laaksonen *et al.* (2010) encontraram que ocupação no trabalho explicou aproximadamente 33% da diferença de gênero nos episódios de absenteísmo acima de duas semanas em uma amostra de trabalhadores finlandeses. No atual estudo, o nível educacional foi menor em mulheres. Já se sabe que trabalhadores com menor nível educacional têm chance elevada de absenteísmo (BEEMSTERBOER *et al.*, 2009; ROEBROEK *et al.*, 2013). Outros fatores, como situação familiar (histórico reprodutivo, crianças pequenas em casa, estado civil), não foram mensurados em nosso estudo e podem ser relevantes na explicação das diferenças de absenteísmo entre gêneros (BEEMSTERBOER *et al.*, 2009).

Com relação ao tipo de trabalho, trabalhadores do setor operacional, em sua maioria (88%) homens, tiveram menores gastos com saúde, mesmo após ajuste por sexo. Já trabalhadores que faziam parte da tripulação (tripulantes consistiram em pilotos e comissários de voo) tiveram menor absenteísmo entre 1 e 9 dias, porém, maior absenteísmo acima de 10 dias. Este grupo tem algumas características especiais que merecem ser levadas em consideração. Por exemplo, são requisitados a estar sempre em boas condições físicas, para serem capazes de agir em situações de emergência. De fato, o nível de atividade física nos tripulantes foi maior do que nos outros tipos de trabalho. No entanto, a razão para o absenteísmo (10 ou mais dias) aumentado nesse tipo de emprego pode depender de diversos fatores que não foram examinados.

A primeira limitação deste estudo é a amostra não representativa. Apenas trabalhadores presentes na companhia no horário da avaliação foram considerados e é possível que trabalhadores doentes ou com potenciais fatores de risco tenham faltado ao trabalho nesta data. Segundo, as medidas de estilo de vida foram autorrelatadas. Terceiro, nós acreditamos que parte das consultas médicas e

exames diagnósticos podem ter sido realizados por motivos preventivos e não por motivo de doença. Se isso for verdade, esse é um possível confundidor dos resultados. Quarto, absenteísmo por doença é uma variável de natureza multifatorial. Apesar de termos ajustado as associações por diversos fatores, alguma confusão residual não pode ser descartada.

Por outro lado, nosso estudo apresenta análises simultâneas de absenteísmo e de gastos com saúde em um desenho longitudinal com uma amostra expressiva em ambos os sexos, o que nos permitiu verificar aspectos relacionados à causalidade.

## 6. CONCLUSÕES

---

Com base nos resultados de nosso estudo, para implementar programas de promoção de saúde e redução de riscos baseados em evidências, a companhia estudada poderia focar em ações de incentivo a dieta saudável, atividade física, cessação do tabagismo e apoio aos ex-fumantes. Além dos fatores relacionados ao estilo de vida, outras questões merecem ser melhor investigadas, como estresse, seus possíveis desencadeadores e sua relação com o absenteísmo, bem como as características de cada tipo de trabalho.

Pessoas de todas as idades têm o direito a uma vida saudável e produtiva. Oferecer um ambiente que propicie a escolha por um estilo de vida saudável deve ser prioridade na estrutura das cidades, nos meios de transporte, nas escolas e nas organizações públicas e privadas. Se o maior estímulo para as organizações investirem na saúde de seus trabalhadores está pautado na economia e produtividade, revelar o impacto de fatores de risco relacionados ao estilo de vida nesses desfechos pode contribuir para a empresa direcionar os seus interesses para a promoção da saúde de seus trabalhadores. Assim, as empresas podem ter resultados positivos em economia e produtividade, e os trabalhadores em saúde.

## REFERÊNCIAS

---

- ALAVINIA, S. M. *et al.* Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. **Scand J Work Environ Health**, v. 35, n. 5, p. 325-33, 2009.
- AMLANI, N. M.; MUNIR, F. Does physical activity have an impact on sickness absence? A review. **Sports Med**, v. 44, n. 7, p. 887-907, 2014.
- ANDERSON, D. R. *et al.* The relationship between modifiable health risks and group-level health care expenditures. Health Enhancement Research Organization (HERO) Research Committee. **Am J Health Promot**, v. 15, n. 1, p. 45-52, 2000.
- BEAGLEHOLE, R. *et al.* UN high-level meeting on non-communicable diseases: addressing four questions. **Lancet**, v. 378, n. 9789, p. 449-55, 2011.
- BEEEMSTERBOER, W. *et al.* A literature review on sick leave determinants (1984-2004). **Int J Occup Med Environ Health**, v. 22, n. 2, p. 169-79, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
- CHRISTENSEN, K. B. *et al.* The impact of health behaviour on long term sickness absence: results from DWECES/DREAM. **Ind Health**, v. 45, n. 2, p. 348-51, 2007.
- EBRAHIM, S. *et al.* Globalization of behavioral risks needs faster diffusion of interventions. **Prev Chronic Dis**, v. 4, n. 2, p. A32, 2007.
- FERREIRA, R. C. *et al.* Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **ver. Saúde Públ.**, 46, p. 259-68, 2012.
- FONSECA, V. R. *et al.* The association between physical activity, productivity, and health care utilization among employees in Brazil. **J Occup Environ Med**, v. 52, n. 7, p. 706-12, 2010.
- GARROW, J. S.; WEBSTER, J. Quetelet's index (W/H<sup>2</sup>) as a measure of fatness. **Int J Obes**, v. 9, n. 2, p. 147-53, 1985.
- GOETZEL, R. Z. *et al.* The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. An analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. **J Occup Environ Med**, v. 40, n. 10, p. 843-54, 1998.

GOETZEL, R. Z.; OZMINKOWSKI, R. J. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. **Annu Rev Public Health**, v. 29, p. 303-23, 2008.

GRUNDY, S. M. *et al.* Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. **Circulation**, v. 100, n. 13, p. 1481-92, 1999.

HENKE, R. M. *et al.* The relationship between health risks and health and productivity costs among employees at Pepsi Bottling Group. **J Occup Environ Med**, v. 52, n. 5, p. 519-27, 2010.

JANSSENS, H. *et al.* The association between body mass index class, sickness absence, and presenteeism. **J Occup Environ Med**, v. 54, n. 5, p. 604-9, 2012.

KOWLESSAR, N. M. *et al.* The relationship between 11 health risks and medical and productivity costs for a large employer. **J Occup Environ Med**, v. 53, n. 5, p. 468-77, 2011.

LAAKSONEN, M. *et al.* Explanations for gender differences in sickness absence: evidence from middle-aged municipal employees from Finland. **J Occup Environ Med**, v. 65, n. 5, p. 325-30, 2008.

LAAKSONEN, M. *et al.* The effect of occupational and workplace gender composition on sickness absence. **J Occup Environ Med**, v. 54, n. 2, p. 224-30, 2012.

LAAKSONEN, M. *et al.* Gender differences in sickness absence--the contribution of occupation and workplace. **Scand J Work Environ Health**, v. 36, n. 5, p. 394-403, 2010.

LAAKSONEN, M. *et al.* Health-related behaviours and sickness absence from work. **Occup Environ Med**, v. 66, n. 12, p. 840-7, 2009.

MERRILL, R. M. *et al.* Self-rated job performance and absenteeism according to employee engagement, health behaviors, and physical health. **J Occup Environ Med**, v. 55, n. 1, p. 10-8, 2013.

MORIARTY, J. P. *et al.* The effects of incremental costs of smoking and obesity on health care costs among adults: a 7-year longitudinal study. **J Occup Environ Med**, v. 54, n. 3, p. 286-91, 2012.

MORRIS, J. N. *et al.* Coronary heart-disease and physical activity of work. **Lancet**, v. 265, n. 6796, p. 1111-20, 1953.

MUÑOZ, A.; NIETO, J. **Oxford Textbook of Public Health**. 5<sup>th</sup> ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

NAHAS, M. V. (SESI). **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras**: relatório geral. Brasília: Serviço Social da Indústria – SESI/DN, 2009.

NEOVIUS K. *et al.* Association between obesity status and sick-leave in Swedish men: nationwide cohort study. **Eur J Public Health**. v. 22, n. 1 p. 112-6, 2012.

PNUD. IPEA. Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. 2013. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_Atlas2013](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013)>.

PRONK, N. P. *et al.* Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. **JAMA**, v. 282, n. 23, p. 2235-9, 1999.

RABACOW, F. M. *et al.* The influence of lifestyle and gender on sickness absence in Brazilian workers. **BMC Public Health**, 14, p. 317, 2014.

ROBROEK, S. J. *et al.* The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. **J Occup Environ Med**, v. 68, n. 2, p. 134-9, 2011.

ROBROEK, S. J. *et al.* The role of lifestyle, health, and work in educational inequalities in sick leave and productivity loss at work. **Int Arch Occup Environ Health**, v. 86, n. 6, p. 619-27, 2013.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

SHERMAN, B. W.; LYNCH, W. D. The relationship between smoking and health care, workers' compensation, and productivity costs for a large employer. **J Occup Environ Med**, v. 55, n. 8, p. 879-84, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 95, p. I-III, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: Farmacêutica, 2009.

WENG, S. F.; ALI, S.; LEONARDI-BEE, J. Smoking and absence from work: systematic review and meta-analysis of occupational studies. **Addiction**, v. 108, n. 2, p. 307-19, 2013.

WOLF, A. M. *et al.* Impact of lifestyle intervention on lost productivity and disability: improving control with activity and nutrition. **J Occup Environ Med**, v. 51, n. 2, p. 139-45, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010**. Geneva: WHO Press, 2011.







# **IESS**

**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Rua Joaquim Floriano, 1052 - Conj. 42  
CEP 04534-004 - Itaim Bibi - São Paulo - SP  
Fone (11) 3706-9747

**[www.iess.org.br](http://www.iess.org.br)**



**[/IESS.org.br](https://www.facebook.com/IESS.org.br)**



**[/company/IESS-BR](https://www.linkedin.com/company/IESS-BR)**



**[@IESS-BR](https://twitter.com/IESS-BR)**



Você, que está com este material em mãos, provavelmente conhece bem o cenário da saúde brasileira e entende a importância desta obra. E, se, por outro lado, começar a ler esta coletânea sem conhecer a fundo as particularidades da saúde, talvez seja importante entender, primeiramente, que, no Brasil, ainda utilizamos muitas informações e modelos de análise e acompanhamento de programas de promoção da saúde – e até do sistema de saúde como um todo –, desenvolvidos em outros países. Algo que precisamos melhorar. Porque os modelos hoje usados não levam em conta as características muito singulares que temos por aqui. E, por consequência, não propiciam as bases mais sólidas possíveis para a tomada de decisão dos gestores do setor, sejam dos prestadores de serviço, das operadoras de saúde, dos profissionais e, principalmente, dos empregadores que desenvolvem e aplicam programas de gestão em saúde populacional para seus colaboradores.

Frente a essa situação, é fundamental que tenhamos, cada vez mais, pesquisas bem realizadas e que se valham de dados nacionais, com foco nos sistemas de regulação e financiamento locais. No Brasil, o Prêmio IESS é o principal responsável por estimular a divulgação de produções científicas com essas características.

Os trabalhos vencedores têm conseguido “romper a barreira” entre o universo acadêmico e a aplicação prática. Sem dúvida, são trabalhos de grande relevância e que têm embasado discussões e projetos na saúde, além de estimular novas pesquisas.

A promoção da saúde e o tratamento efetivo de doenças crônicas são dois dos pontos mais importantes para propiciar mais qualidade de vida para as pessoas, que estão vivendo cada vez mais, e também para garantir que a saúde suplementar seja sustentável.

**Alberto José Niituma Ogata**



**IESS**

**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Rua Joaquim Floriano, 1052 - Conj. 42  
CEP 04534-004 - Itaim Bibi - São Paulo - SP  
Fone (11) 3706-9747

[www.iess.org.br](http://www.iess.org.br)

