

# Beneficiários de uma cooperativa médica: perfil sociodemográfico e assistencial

## *Beneficiaries of a medical cooperative service: their sociodemographic and care profile*

Márcia G. Perroca<sup>1</sup>; Marli de C. Jericó<sup>1</sup>; Lara T. de Carvalho<sup>2</sup>; Paula B.O. Ruiz<sup>2</sup>; Bruna P. Rafaldini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Especializada\*; <sup>2</sup> Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem\*

\*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

**Resumo** Objetivo: Caracterizar o perfil sócio-demográfico e assistencial de pacientes hospitalizados. Métodos: Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa realizada em unidades de internação de um hospital de ensino de capacidade extra, no interior do estado de São Paulo. Os sujeitos do estudo foram 172 beneficiários de uma cooperativa médica internados no período de novembro de 2007 a março de 2008. Eles foram classificados aplicando-se o instrumento de Perroca. Resultados: Os resultados revelaram predomínio do gênero feminino (54,1%), idade média de 45 ± 15 anos. Destacaram-se maiores percentuais na modalidade de tratamento clínico 121(70,3%) e nas especialidades de cirurgia geral 40(23,3%) e ginecologia/obstetrícia 19(11%). Houve maior incidência de pacientes na categoria de cuidados mínimos (43,7%). Conclusão: O conhecimento do perfil da clientela favorece ao planejamento de ações assistenciais, educativas e preventivas pelo gerente de enfermagem e intervenções no processo de trabalho.

**Palavras-chave** pacientes internados/classificação; Carga de trabalho; enfermagem; sistemas pré-pagos de saúde/estatística & dados numéricos; dados demográficos.

**Abstract** Objective: To characterize the sociodemographic and care profile of hospitalized patients. Methods: Descriptive research with quantitative approach performed in hospitalization units of a school hospital of large capacity, located in the state of São Paulo. The subjects of the study were 172 beneficiaries of a medical cooperative service hospitalized in the period from November 2007 to March 2008. Perroca's instrument was used to classify them. Results: The results showed prevalence of the female gender (54.1%), mean age 45± 15 years old. The highest hospitalization percentages were observed on the modality of clinical treatment 121(70.3%) and in the specialties of General surgery 40(23.3%), Gynecology/ Obstetrics 19(11%). Higher incidence of patients in the category of minimum care (43.4%) was observed. Conclusion: The knowledge of the clientele's profile provides an adequate planning of care, educational and preventive actions to the nursing manager and also interventions in the working process.

**Keywords** Inpatients; Workload; nursing; Health Maintenance Organizations/statistics & numerical data; demographics data.

### Introdução

O sistema de saúde brasileiro de financiamento público é de acesso universal, integral e gratuito, onde saúde é direito de todos e dever do Estado, segundo a Constituição. O sistema paralelo ao público, de financiamento privado (acesso restrito a associados pagantes), conhecido como sistema de saúde suplementar foi regulamentado com a Lei 9.656 de 1998<sup>(1)</sup>, que estabelece os princípios e diretrizes para operação dos planos de saúde no Brasil.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em 2000 e têm como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar em saúde, regulando as operadoras,

inclusive suas relações com os prestadores e clientes <sup>(2)</sup>. O mercado de planos privados de assistência à saúde no país compõe-se de diversas modalidades de operadoras: Autogestão, Cooperativa, Medicina de Grupo, Administradora, Filantropia e Seguradora, que diferem em aspectos como porte, lucratividade, presença ou ausência de rede hospitalar própria e outros <sup>(3)</sup>.

De acordo com Aliança Cooperativa Internacional (ACI), cooperativa pode ser definida como uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais

comuns, por meio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida <sup>(4)</sup>. Atua no mercado desenvolvendo negócios e os resultados de suas ações são transferidos aos associados <sup>(5)</sup>.

A lei 5764 de 16 de dezembro de 1971 deu forma jurídica à organização das cooperativas brasileiras. Em 1967, na cidade de Santos, foi fundada a primeira cooperativa de trabalho na área de medicina do país denominada de União dos Médicos (UNIMED), sem fins lucrativos, criada como alternativa aos planos de saúde administrados por empresas comerciais <sup>(6-7)</sup>. No Brasil, o sistema é formado por uma Confederação, 23 Federações e 377 Cooperativas singulares presentes em todos os Estados, reunindo 106 mil médicos e atendendo 15,1 milhões de beneficiários. É considerada a maior cooperativa médica do mundo, com 3.596 hospitais credenciados, além de pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais próprios. Seu atendimento médico-hospitalar abrange, mensalmente, 2,1 milhões de consultas, 1,9 milhões de exames e 42 mil intervenções cirúrgicas <sup>(7)</sup>.

Do ponto de vista da gestão hospitalar, o atendimento às necessidades dos beneficiários internados demanda o consumo de uma variedade de recursos relacionados ao diagnóstico e tratamento, utilizando tecnologias, equipamentos, medicações e ambiente. Beneficiário é entendido, neste estudo, como o indivíduo que utiliza o sistema em benefício de sua saúde. Prefere-se esse termo à palavra usuário, pois este último considera apenas aquele que faz uso do sistema podendo não haver resolutividade no atendimento de suas necessidades <sup>(2)</sup>. No que se refere à enfermagem, a intensidade no consumo de recursos está relacionada diretamente à complexidade assistencial do paciente, ou seja, a abrangência de áreas de cuidados que requerem sua intervenção. Ela pode ser mensurada mediante a aplicação de instrumentos do denominado Sistema de Classificação de pacientes (SCP). A utilização deste sistema possibilita a categorização do paciente em relação à intensidade de assistência de enfermagem e, a conseqüente identificação do seu perfil assistencial, favorecendo a alocação quantitativa de pessoal e de recursos materiais e financeiros, o planejamento da assistência e organização do processo de trabalho <sup>(8)</sup>.

### Objetivo

Caracterizar o perfil sócio-demográfico e assistencial de pacientes hospitalizados

### Método

Esta pesquisa descritiva com abordagem quantitativa foi realizada em unidades de internação de clínica médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva adulta de um hospital de ensino de capacidade extra, localizado no interior do estado de São Paulo. Os sujeitos foram 173 beneficiários de uma cooperativa médica internados no período de novembro de 2007 a março de 2008.

A coleta de dados foi iniciada após autorização formal da instituição e consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros das unidades investigadas e do Comitê de Ética em Pesquisa

(parecer nº 3393/2007). Os dados demográficos dos pacientes foram extraídos do sistema de gestão hospitalar. Foi utilizado o instrumento de classificação proposto e validado por Perroca <sup>(8-9)</sup> para identificação do perfil assistencial. Este instrumento é composto de 13 indicadores abrangendo a dimensão psicobiológica e psicossocial do cuidar. Sua aplicação permite classificar o paciente em quatro categorias de cuidados, mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos. A pontuação mínima é de 13 e a máxima de 65 pontos.

O censo diário foi utilizado para localizar os pacientes admitidos. Eles foram classificados, pelos enfermeiros clínicos das unidades investigadas após orientação sobre a forma de operacionalização do instrumento. O acompanhamento do paciente foi contínuo da internação à alta, incluindo as transferências entre unidades. Foi elaborado um formulário para registro da classificação abordando identificação do paciente, data e horário da coleta de dados, pontuações obtidas em cada um dos indicadores e categoria de cuidado.

Para a análise estatística foi utilizado o programa MINITAB versão 12.22. Os dados descritivos estão apresentados como frequências, porcentagens, médias e desvio padrão.

### Resultados

A caracterização dos 172 pacientes (Tabela 1) revelou predomínio do gênero feminino (54,1%), idade média de 45 ± 15 anos (variação 15- 89) e das faixas etárias de 20 a 30 anos 35(20,3%) e de mais de 70 anos 35(20,3%). A maior parte era casado 112(65,2%) e exercia atividade remunerada 120(71,4%); residiam na cidade de São José do Rio Preto 82(47,7%) e em cidades circunvizinhas na região noroeste do Estado de São Paulo 64(37,2%).

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes segundo variáveis sociodemográficas (N=172). São José do Rio Preto, 2008.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa etária (anos)</b>						
< 20	3	42,9	4	57,1	7	4,1
20 - 30	21	60,0	14	40,0	35	20,3
31- 40	16	66,7	8	33,3	24	14,0
41- 50	17	73,9	6	26,1	23	13,4
51-60	10	38,5	16	61,5	26	15,1
61-70	11	50,0	11	50,0	22	12,8
> 70	15	42,9	20	57,1	35	20,3
<b>Total</b>	93	54,1	79	45,9	172	100,0
<b>Estado civil</b>						
Casado / união consensual	54	48,2	58	51,8	112	65,2
Solteiro	20	57,1	15	42,9	35	20,3
Divorciado	6	60,0	4	40,0	10	5,8
Viúvo	13	86,7	2	13,3	15	8,7
<b>Ocupação*</b>						
Ativo- formal/informal/autônomo	50	41,6	70	58,4	120	71,4
Afazeres domésticos	37	100,0	0		37	22,0
Estudante	6	54,6	5	45,4	11	6,6
<b>Procedência</b>						
São José do Rio Preto	46	56,1	36	43,9	82	47,7
Região administrativa SJ Rio Preto	34	53,1	30	46,9	64	37,2
Outras regiões administrativas	13	50,0	13	50,0	26	15,1

\* Sem informação

Destacaram-se maiores percentuais de internação através da emergência 79(45,9%), na modalidade de tratamento clínico 121 (70,3%) e especialidades de cirurgia geral 40(23,3%) e ginecologia/obstetrícia 19(11%). O tempo médio de permanência foi  $4,5 \pm 2,5$  dias (variação 1- 93), sendo que a maioria dos pacientes permaneceu, na instituição entre 2 e 3 dias -71 (41,3 %) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Características relativas à internação dos pacientes (N=173). São José do Rio Preto, 2008.

Características	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tipo de internação</b>						
Eletiva	46	62,2	28	37,8	74	43,0
Emergência	40	50,6	39	49,4	79	45,9
Urgência	7	36,8	12	63,2	19	11,1
<b>Modalidade de tratamento</b>						
Clínico	63	52,1	58	47,9	121	70,3
Cirúrgico	30	58,8	21	41,2	51	29,7
<b>Especialidades</b>						
Cirurgia Geral	23	57,5	17	42,5	40	23,3
Ginecologia/Obstetrícia	19	100,0			19	11,0
Hematologia	5	31,2	11	68,8	16	9,3
Neurologia	11	73,3	4	26,7	15	8,7
Nefrologia	3	25,0	9	75,0	12	7,0
Cardiovascular	7	58,3	5	41,7	12	7,0
Urologia	3	27,3	8	72,2	11	6,4
Clínica Médica	5	50,0	5	50,0	10	5,8
Ortopedia	3	30,0	7	70,0	10	5,8
Oncologia	7	70,0	3	30,0	10	5,8
Otorrinolaringologia	2	33,3	4	66,7	6	3,5
Proctologia	2	40,0	3	60,0	5	2,9
Outras*	3	50,0	3	50,0	6	3,5
<b>Permanência (dias)</b>						
1	11	73,3	4	26,7	15	8,7
2-3	42	59,1	29	49,9	71	41,3
6-10	13	41,9	18	58,1	31	18,0
11-20	9	52,9	8	47,1	17	9,9
> 20	2		5		7	4,1

\* Outras : doenças Infecto-parasitárias, gastroenterologia, dermatologia, plástica

\* Outras : doenças Infecto-parasitárias, gastroenterologia, dermatologia, plástica.

No que se refere ao perfil assistencial (Tabela 3) durante os 1158 dias de cuidados, houve maior incidência de pacientes na categoria de cuidados mínimos 506(43,7%) e intermediários 325(28%). Observou-se pequena variação na complexidade assistencial durante o período de internação. A classificação no momento da admissão apontou um maior percentual de pacientes na categoria de cuidados mínimos 128 (74,4%).

**Tabela 3.** Classificação dos pacientes por categorias de cuidados no momento da admissão e alta hospitalar e em relação ao total de dias de cuidados. São José do Rio Preto, 2008.

Categoria de Cuidado	Admissão (N=172)		Alta (N=172)		Dias de cuidados (N=1158)	
	N	%	N	%	N	%
Mínimos	128	74,4	144	83,7	506	43,7
Intermediários	29	16,9	16	9,3	325	28,0
Intensivos	6	3,5	4	2,3	120	10,4
Superintensivos	9	5,2	8*	4,7	207	17,9

\* pacientes foram à óbito

## Discussão

A acessibilidade à assistência hospitalar está condicionada à existência de profissionais e tecnologias e à disponibilidade de recursos financeiros ou de um sistema de financiamento da hospitalização<sup>(10)</sup>. A dificuldade de utilização dos serviços de saúde SUS tem estimulado a opção pela saúde privada<sup>(11)</sup>.

O Sudeste é a região com maior contingente de beneficiários de planos de saúde, concentrando 59,6% do total de segurados no país<sup>(12)</sup>, sendo 42% no Estado de São Paulo<sup>(13)</sup>. Essa concentração justifica-se pelo alto índice demográfico, maior número de hospitais com internações financiadas por convênios, variação do mercado de trabalho e pessoas com renda mais alta<sup>(14)</sup>.

Os achados deste estudo revelaram predomínio do sexo feminino (54,1%) e percentuais de 20,3% para beneficiários nas faixas etárias de 20 a 30 anos e de 33,1% para maiores de 60 anos com distribuição equitativa nas faixas intermediárias. Dados similares foram encontrados em pacientes atendidos na unidade de emergência de convênios privados da mesma instituição - 34% de clientes entre 19 e 30 anos<sup>(15)</sup>. Investigação sobre beneficiários de uma cooperativa médica na cidade de Belo Horizonte<sup>(16)</sup> mostrou maior distribuição de mulheres - 56,4%, faixa etária de 20 a 30 anos -19,5% e percentual de idosos - 15,9%, configurando uma pirâmide mais jovem, com corpo mais largo estreitando no ápice a partir da idade de 60 anos. A escassez de pesquisas no setor privado de saúde especificamente sobre caracterização dos pacientes internados dificultou a comparação dos resultados. Percebe-se, no entanto, que os beneficiários acima de 60 anos são os que mais utilizam a assistência hospitalar- 33,1% - embora representem a faixa etária de menor cobertura de planos de saúde<sup>(13,16)</sup>.

O tempo médio de permanência é um dos indicadores de produtividade hospitalar e varia de acordo com o diagnóstico, idade, sexo, tecnologia utilizada no diagnóstico e tratamento e a distância do domicílio ao hospital<sup>(17)</sup>. Neste estudo, foi encontrado 4,5 dias, sendo que a maioria dos pacientes permaneceu, na instituição entre 2 e 3 dias -71 (41,3 %). Seminário realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo sobre hospitais de ensino<sup>(18)</sup> identificou média de permanência para leitos clínicos e cirúrgicos variando de 3,3 a 13,6 dias e de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de 1,7 a 17,4 e, especificamente, na instituição estudada apontou média de permanência de 5,4 dias (leitos clínicos e cirúrgicos) e 7,4 dias

leitos UTI. Ressalta-se que os pacientes provenientes do SUS representam 67% dos atendimentos o que pode justificar essa diferença evidenciando que os beneficiários de planos de saúde permanecem menor tempo internados. Outro estudo realizado no município de São Paulo junto a oito hospitais gerais (seis privados e dois públicos) encontrou tempo médio de permanência de cinco dias com variação de 3,1 a 6,8<sup>(17)</sup>.

Destacaram-se maiores percentuais de internação na modalidade de emergência (45,9%) e urgência (11,1%), dados não compatíveis com os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de classificação de pacientes, que revelou, na admissão, que a maioria necessitava de cuidados mínimos (74,4%) e apenas 8,7% de cuidados semi-intensivos e intensivos. A descaracterização da Unidade de Emergência e o conseqüente desvio das funções emergenciais da equipe de enfermagem foi reportada na literatura<sup>(15,19)</sup>. Estudo realizado na unidade de emergência destinada à pacientes privados, na mesma instituição investigada utilizando classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde, encontrou 98% dos pacientes em nível 3 (consulta de baixa complexidade) constatando que os atendimentos não são de urgência e sim de perfil ambulatorial<sup>(15)</sup>. Em outra unidade de emergência de hospital escola<sup>(19)</sup> observou-se predominância de clientes grau III e IV (correspondente às categorias semi-intensivos e intensivos) internados no setor aguardando vagas em outras unidades e de grau I e II (cuidados mínimos e intermediários) sendo atendidos na sala de emergência.

Ressalta-se, assim, como estratégia institucional imprescindível a revisão da missão da unidade de emergência destinada ao atendimento de pacientes de planos de saúde a fim de redirecionar os pacientes de baixa complexidade assistencial para o atendimento extra hospitalar. E ainda, para o gerente de enfermagem que atua nessa unidade a caracterização da clientela atendida para se organizar o fluxo e processo de trabalho.

No que se refere ao perfil assistencial, a maior incidência de pacientes na categoria de cuidados mínimos durante o período de internação (43,7%), corrobora resultados encontrados em outros estudos realizados em hospitais de ensino. Nestes, os percentuais de pacientes classificados nesta categoria de cuidados na clínica médica variaram de 59,2%<sup>(20)</sup> a 70,3%<sup>(21)</sup> e na cirúrgica de 67%<sup>(21)</sup> a 70,3%<sup>(20)</sup>. Para as clínicas médica e cirúrgica, conjuntamente, foram encontrados percentuais de 30% de pacientes na categoria de cuidados mínimos<sup>(22)</sup> e maior número de pacientes classificados como mínimos tanto na clínica médica como na cirúrgica<sup>(23)</sup>. O elevado percentual de pacientes nesta categoria parece não ser compatível com a elevada complexidade dos processos técnico-assistenciais dos hospitais investigados.

### Conclusão

O conhecimento do perfil da clientela possibilita à instituição hospitalar elaborar o planejamento estratégico e definir políticas com abordagens diferenciadas para cada segmento da população atendida. Favorece, também, o planejamento de ações assistenciais, educativas e preventivas pelo gerente de enfermagem e intervenções no processo de trabalho.

### Referências Bibliográficas

1. Brasil. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos de saúde e de seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1998; p. 000001, col. 1, 4 jun.
2. Campos CC. Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência a saúde e prestadores de serviço [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
3. Tregansin KTS. Proposta de uma sistemática de custeio para empresas de serviços de saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
4. Kreutz IT. Cooperativismo passo a passo. Departamento de Educação Cooperativista, ed. 7, Goiânia (GO); 2004.
5. Schulze E. Participação e estrutura de poder no modelo de gestão cooperativa: o caso UNIMED no RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
6. UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Autogestão de Saúde no Brasil: 1980 – 2005. História da organização e consolidação do setor. São Paulo: 2005.
7. Unimed no Brasil: História do Sistema Unimed [citado 2007 maio 5]. Disponível em: <http://www.unimed.com.br>.
8. Perroca MG, Gaidzinski R. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de instrumentos. Rev Esc Enferm USP 1998;32(2):153-68.
9. Perroca MG; Gaidzinski RR. Avaliação da capacidade preditiva e formato final de um instrumento para classificação de pacientes. Acta Paul Enf 2003; 16(2): 56-66.
10. Rocha JSY, Simões BJJ. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. Rev Saúde Pública 1999; 33(1):44-54.
11. Gerschman S et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2):487-500.
12. Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcante MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(4):951-65.
13. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública 2008; 42(3):497-502.
14. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8(2):585-98.
15. José DP, Moreira SL, Angelini JF, Prazeres ER, Rodrigues CDS. Caracterização de clientes atendidos no acolhimento com avaliação e classificação de risco da unidade de emergência do convênio de um hospital escola do interior do Estado de São Paulo. In: V Congresso Anual de Iniciação Científica (CAIC), 2008. setembro 30 a outubro 01, São José do Rio Preto, São Paulo. Anais. São José do Rio Preto, 2008.

16. Florêncio LP. Setor privado de planos de assistência à saúde: Identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
17. Bittar OJNV. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Rev. Saúde Pública* 1996; 30(1):53-60.
18. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. II Seminário dos hospitais de ensino do Estado de São Paulo; 20 de junho de 2007; [acesso em 2008 out 24]; [230p.]. Disponível em [www.famema.br/documentos/IISemHospitaisEnsinoSP.pdf](http://www.famema.br/documentos/IISemHospitaisEnsinoSP.pdf).
19. Montezeli JH, Lopes AB. Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência. *Cogitare Enferm* 2006; 11(3):239-44.
20. Perroca MG. Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca: Validação Clínica. [Tese]. São Paulo : Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
21. Laus AM, Anselmi ML. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(4):643-9.
22. Nicola AL. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(2):186-90.
23. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):72-8.

---

#### **Correspondência**

Márcia Galan Perroca  
Av. José Munia, apto.132ª  
15090-500 – São José do Rio Preto – SP  
Tel.: (17)3201-5722  
e-mail: [marcia.perroca@famerp.br](mailto:marcia.perroca@famerp.br)

---