

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP**

LUCIANA SOUZA DA SILVEIRA

PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE:
diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar

**Rio de Janeiro – RJ
2004**

LUCIANA SOUZA DA SILVEIRA

PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE:
diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
– da Fundação Oswaldo Cruz como pré-requisito para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Suplementar, orientada pela Professora
Jeni Vaitsman, Doutora em Sociologia.

Rio de Janeiro – RJ
2004

Silveira, Luciana Souza da.

Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar – Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 2004, 112 p.

Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Saúde Suplementar.

1. Estado Brasileiro e Saúde Suplementar 2. Prevenção de doenças e promoção da saúde 3. Modelos internacionais de prevenção de doenças e promoção da saúde 4. A experiência do Sistema Público: SUS 5. Prevenção de doenças e promoção da saúde no mercado de Saúde Suplementar: o caso da AMIL. 6. Conclusão e sugestões.

CDD ou CDU

LUCIANA SOUZA DA SILVEIRA

PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE:
diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar

Dissertação apresentada à Fundação Oswaldo Cruz como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Suplementar.

21 de maio de 2004

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Jeni Vaitsman – Doutora em Sociologia
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Nilson do Rosário Costa – Doutor em Planejamento Urbano e Regional
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Lenaura Vasconcelos Costa Lobato – Doutora em Saúde Pública
Instituição: Universidade Federal Fluminense – UFF

A minha família,
pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS –, pela iniciativa de investir no aprimoramento profissional e intelectual dos seus servidores.

À Dra. Maria Stella Gregori, melhor exemplo de determinação e integridade, pela confiança imediata, refletida na carinhosa recepção em sua equipe, na Diretoria de Fiscalização da ANS, cujo convite para dela fazer parte tenho guardado como privilégio.

À Dra. Anna Samico, cuja maior competência está em harmonizar a sensibilidade e a firmeza, pelo apoio e estímulo constantes para que eu busque sempre fazer mais e melhor.

Aos coordenadores da ENSP e da FGV, e a todos os professores do curso de Mestrado pela competência, pela qualidade do curso e por todo o conhecimento propiciado.

A minha orientadora, Professora Doutora Jeni Vaitsman, pela conduta segura e brilhante no acompanhamento deste trabalho.

Aos membros titulares Professores Doutores Nilson do Rosário Costa e Lenaura Lobato, e aos respectivos suplentes José Mendes Ribeiro e Carlos Longo, por aceitarem participar da banca examinadora.

Ao Professor Horácio Cata Preta, que contribuiu com grandes idéias e indicações bibliográficas.

Aos meus colegas do Mestrado, especialmente ao “G6” – Alexandre, Angela, Carol, Hélio e Olavo –, cujo companheirismo proporcionou grandes momentos de aprendizado, entremeados por uma deliciosa descontração nos domingos de estudo na minha casa.

Ao representante legal da AMIL junto à ANS, Dr. Antônio Jorge Kropf, por colaborar com o fornecimento de dados da empresa.

Ao Dr. Ilídio Ernesto Soares, mentor e amigo, pelo incentivo constante, desde os meus primeiros passos na saúde suplementar nos idos anos 90.

Ao Dr. João Luis Barroca de Andréa e aos inesquecíveis colegas do Departamento de Saúde Suplementar – DESAS –, pelos ensinamentos que obtive durante nossas valiosas discussões sobre a regulação do mercado de saúde suplementar.

Aos colegas da DIFIS, em especial àqueles que fazem ou já fizeram parte da minha equipe de trabalho, pela colaboração e pelo apoio constantes.

A Renate Wernick, por compartilhar seus conhecimentos em Epidemiologia e ajudar na tradução de diversos textos.

A Maristela, Sonia e Luis Cláudio, pela colaboração na análise ortográfica, na atualização e na formatação de dados.

Aos meus pais, Celeste e Toledo, meus primeiros “orientadores” nesta vida, e a meus irmãos, Leo e Guinho, pelo amor e incentivo.

Ao maridão, Renato, e à filhota, Yasmin, pelo amor e pela compreensão nos momentos em que tive de “abrir mão” do convívio quando o dever e o estudo me chamavam.

Aos meus familiares, pela torcida, especialmente, a minha madrinha Beta, pela orientação e pela valiosa ajuda na revisão dos textos e na arte dos *slides* da defesa.

A todos aqueles que não foram citados, mas que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

A Deus, que atendeu aos meus anseios e me fez forte para realizar este sonho.

...a vida não é uma sonata que, para realizar a sua beleza, tem que ser tocada até o fim. Dei-me conta, ao contrário, que a vida é um álbum de minissonatas. Cada momento de beleza vivido e amado, por efêmero que seja, é uma experiência completa que está destinada à eternidade. Um único momento de beleza e amor justifica a vida inteira...

(Rubem Alves)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo mostrar que a implementação de medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde pode conceber modelos mais compatíveis com as necessidades de bem-estar dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, além de apontar saídas para o reordenamento da situação econômico-financeira das empresas operadoras desses planos.

Para tal, inicialmente, são feitas abordagens históricas e de caracterização da conjuntura da saúde suplementar no Brasil e, em seguida, apresentados conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como suas aplicações em sistemas públicos e privados de saúde no exterior e no Brasil.

Buscando demonstrar a aplicação prática dos conceitos teóricos pesquisados, realizou-se uma entrevista com uma operadora brasileira de grande porte, organizada na modalidade de medicina de grupo, que desenvolve programas de prevenção e controle de doenças cardiovasculares. Verificaram-se, sobretudo, os benefícios sociais e financeiros obtidos com a adoção desses programas, a partir de dados fornecidos pela própria empresa.

A partir da análise dos dados apurados na pesquisa, procurou-se mostrar a importância da prevenção de doenças e promoção da saúde para o mercado de saúde suplementar. São apresentadas, ao final, algumas sugestões para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possa adotar novas políticas de incentivo de forma negociada e pactuada, na direção da superação das dificuldades do mercado regulado e do bem-estar dos cidadãos beneficiários.

Palavras-chave: prevenção, promoção, saúde suplementar.

ABSTRACT

This work has as its objective to show that the implementation of measures of prevention of illnesses and promotion of health can conceive more compatible models with the necessities of well-being of the consumers of private health care plans, besides pointing ways out with respect to the reorganization of the economic and financial situation of the health plans companies.

For this, initially, historical and characterization boardings of the conjuncture of the Supplemental Health in Brazil are made and after that presented concepts of prevention of illnesses and promotion of health, as well as its applications in public and private health systems abroad and in Brazil.

In attempting to demonstrate practical application of the theoretical concepts researched, an interview with a Brazilian big company of health plans, organized in the modality of group medicine, was made. It develops programs of prevention and control of cardiovascular illnesses. The data from this company had shown that social and financial benefits were obtained, with the adoption of these programs.

Based on the analysis of the researched data, an attempt was made to highlight the importance of the prevention of illnesses and promotion of the health for the Supplemental Health. At the end some suggestions are presented, so that the National Agency of Supplemental Health (ANS) can adopt new incentive policies negotiated and agreed to form, in the direction of the overcoming of the difficulties of the regulated market and well-being of the beneficiary citizens.

Key-words: prevention, promotion and Supplemental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1	Operadoras	31
Figura 1.2	Conflitos de interesses	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Beneficiários por modalidade	31
Tabela 2	Modalidades	35
Tabela 3	<i>Guidelines</i> de prevenção em saúde para crianças	70
Tabela 4	Diretrizes de saúde preventiva para adultos	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição de operadoras e beneficiários por modalidade	32
Gráfico 2	Sinistralidade	36
Gráfico 3	Combinado	37
Gráfico 4	Combinado Ampliado	38
Gráfico 5	Estados que participam dos programas de doenças crônicas	63
Gráfico 6	Sinistralidade da AMIL	83
Gráfico 7	Indicadores de desempenho	88
Gráfico 8	Taxas de controle da pressão arterial	89
Gráfico 9	Otimização da PA em hipertensos diabéticos	90
Gráfico 10	Proporção de pacientes com Hb glicosilada normalizada	92
Gráfico 11	Proporção de pacientes com PAS controlada	92
Gráfico 12	Indicadores de qualidade em diabetes	93
Gráfico 13	Proporção de diabéticos com LDL \leq 100mg/dl	94

LISTA DE SIGLAS

ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDC/OD	Office of the Director
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPHA	Canadian Public Health Association
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
EIS	Serviço de Inteligência Epidemiológica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPO	Epidemiology Program Office
GHA	Group Health Association
GHI	Group Health Incorporated
HEDIS	The Health Plan Employer Data and Information Set
HMO	Health Maintenance Organization
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IEA	Associação Internacional de Epidemiologia
IESUS	Informe Epidemiológico do SUS
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LIFE	Leadership and Investment in Fighting an Epidemic
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report
NBCCEDP	National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program
NCBDDD	National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities
NCBDDD	Centers of Excellence for Birth Defects Prevention Research
NCCDPPH	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
NCEH	National Center for Environmental Health
NCHS	National Center for Health Statistics
NCHSTP	National Center for HIV, STD, and TB Prevention
NCID	National Center for Infectious Diseases
NCIPC	National Center for Injury Prevention and Control
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NIP	National Immunization Program
NORA	National Occupational Research Agenda
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAQV	Programa AMIL Qualidade de Vida
PCP	Primary Care Providers
PHPPPO	Public Health Practice Program Office
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SIAB	Sistema de Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade
SINAN	Sistemas de Notificação de Agravos em Saúde

SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIP	Sistema de Informações de Produtos
SISVAN	Sistema de Vigilância Nutricional
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
UNICEF	United Nations Children's Fund
USPSTF	US Preventive Services Task Force
YRBSS	Youth Risk Behavior Surveillance System

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 ESTADO BRASILEIRO E SAÚDE SUPLEMENTAR	19
1.1 Contextualização histórica	19
1.2 Criação das Agências Reguladoras	21
1.3 A assistência à saúde no Brasil	22
1.4 Assistência médica suplementar	24
1.4.1 Regulação do mercado de Saúde Suplementar	26
1.4.2 Panorama econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde	30
2 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	43
2.1 Prevenção de doenças	43
2.2 Epidemiologia	46
2.2.1 Epidemiologia e Avaliação Econômica para a tomada de decisão	48
2.2.2 A vigilância epidemiológica	48
2.3 Promoção da saúde	51
3 MODELOS INTERNACIONAIS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	59
3.1 <i>Center for Disease Control and Prevention</i> (CDC) – Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos	59
3.2 <i>National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion</i> (NCCDPHP) – Centro Nacional para Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde	62
3.3 O papel do CDC nos programas estaduais	64
3.4 O CDC enquanto protetor da saúde e da segurança	65
3.5 O CDC e as informações que otimizam as decisões em saúde	66
3.6 A iniciativa de uma empresa privada nos USA: <i>Guidelines</i> – diretrizes clínicas – da HMO GHI	68
3.6.1 <i>Guidelines</i> de prevenção em saúde para crianças	70
3.6.2 Diretrizes de saúde preventiva para adultos	71
4 A EXPERIÊNCIA DO SISTEMA PÚBLICO: SUS	73
5 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: O CASO DA AMIL	82
5.1 Perfil da empresa	83
5.2 Apresentação de motivos	84
5.3 Primeira iniciativa: <i>Total Care</i>	84
5.3.1 Resultados obtidos	87
5.4 Segunda iniciativa: Programa AMIL Qualidade de Vida (PAQV)	95
5.4.1 Resultados obtidos	97
6 CONCLUSÃO E SUGESTÕES	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
GLOSSÁRIO	108
ANEXOS	
Anexo A – Roteiro de entrevista	111
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (cópia)	112

INTRODUÇÃO

A medicina, nos primórdios, era mais arte que ciência e, como todo artista, o médico de então tinha uma sensibilidade hipertrofiada, já que os recursos diagnósticos e o arsenal terapêutico eram tão parcos quanto os conhecimentos científicos da época. Conferiam-se origens extraterrenas às doenças, sem qualquer embasamento fisiopatológico.

Com o desenvolvimento da ciência moderna e o nascimento da clínica¹, as bases anatômicas, patológicas e fisiopatológicas das doenças foram sendo estatuídas. Contudo, surgiram alguns complicadores da relação médico-paciente, entre eles, a tecnologia, a superespecialização, a interposição institucional e o papel dos meios de comunicação.

A tecnologia tirou o médico da cabeceira de seu paciente, fazendo com que a mão que sentia, tocava, percutia e acariciava fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por uma aparelhagem cada vez mais sofisticada. Por vezes, o calor humano do profissional tornou-se mais distante e a cibernética desprezou o contato mais íntimo e carinhoso do médico.

É certo que o desenvolvimento tecnológico e científico seja colocado à disposição da saúde do homem e que tenha como resultado imediato e direto seu bem-estar e a melhoria de sua qualidade de vida. O que não se pode aceitar é que esse avanço sirva para afastar o médico de seu paciente e vice-versa. Se isso vier a acontecer, a medicina estará sendo reduzida, diminuída, e cairá do patamar elevado de respeitabilidade e admiração que cristalizou ao longo dos anos.

Evidentemente, não se podem desprezar os avanços tecnológicos e científicos da ciência médica. A expectativa de vida aumentou significativamente. A engenharia genética é um exemplo claro de que os testes e os diagnósticos preditivos, como o domínio de técnicas relacionadas com o melhor conhecimento do DNA, podem possibilitar o diagnóstico precoce de problemas genéticos e a identificação dos portadores de genes de risco, ou seja, genes saudáveis, mas que podem dar origem a crianças com alguma doença genética. Entretanto, não se pode deixar de observar a outra vertente dos resultados desses avanços.

Os médicos mais jovens e os acadêmicos de medicina entraram no século XXI exercitando esta profissão fascinados com o desenvolvimento da semiótica invasiva, das terapêuticas vigorosas, da utilização de fármacos cada vez mais variados, dos avanços da biologia molecular, da engenharia genética, do campo de imunologia e do mundo fascinante dos métodos de diagnósticos, em especial de imagem. Com isso, a tomografia computadorizada substitui a anamnese, a ultra-sonografia dispensa a palpação e a percussão, o eletrocardiograma faz a elisão da ausculta, e a avalanche febril da solicitação de exames complementares dispensáveis tem posto em risco a viabilidade da prestação da assistência médica pelo elevado custo.

Um outro complicador da boa prática médica é a superespecialização, que serviu para fazer com que o paciente peregrine de consultório em consultório, em um périplo interminável. Hoje, a superespecialização segmentou o paciente, que é visto pelo médico especialista em narina esquerda, pálpebra direita, embotando-se, assim, a visão holística do paciente, o que certamente dificulta a sua vinculação ao médico e vice-versa.

O foco do atendimento médico está mais intensamente voltado para a assistência médico-hospitalar, e não para a prevenção de doenças e promoção da saúde, que poderiam gerar não só uma redução nos custos assistenciais como um incremento de qualidade na atenção à saúde.

No campo da saúde pública, a medicina preventiva representa um movimento que parte da crítica à prática médica e propõe uma mudança baseada na transformação da atitude para com o paciente, para com a sua família e a comunidade (CZERESNIA, 2003).

Segundo Arouca (1975), o discurso da medicina preventiva surgiu como herdeiro de vertentes, como a higiene, no século XIX, relacionada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal, da discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 30 e 40 do século XX, e da redefinição das responsabilidades médicas na educação profissional. Cada uma dessas vertentes fez uma crítica à anterior e ampliou os horizontes de atuação do médico, associando a formação desse profissional ao acúmulo de conhecimento trazido por outras ciências e revelando a importância da comunidade, da família e da percepção do ser humano em sua plenitude e totalidade.

O conceito de promoção da saúde ganhou vigor, segundo Buss (2003), nos últimos vinte anos, particularmente nos países desenvolvidos, como uma reação à medicalização crescente da saúde na sociedade e no interior dos sistemas de saúde e da assistência médica curativa de alta tecnologia. Esse conceito estende a abrangência das ações de saúde ao focar o ambiente em sentido amplo, inclusive político.

O objetivo deste trabalho é analisar as práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde no contexto da saúde suplementar, considerando que, no Brasil, cerca de trinta e oito milhões de pessoas² possuem planos de saúde. Muitas dessas pessoas podem ser acometidas por doenças em razão de não manterem um estilo de vida saudável. Essa falta de cuidado com a saúde custa caro para as operadoras desses planos – os “clientes” são hospitalizados com mais frequência e fazem um número maior de exames e atendimentos de emergência.

O modelo de assistência à saúde observado no mercado de saúde suplementar ainda está muito focado na cura de doenças e não em sua prevenção e na promoção da saúde, contrariando, assim, o famoso provérbio “é melhor prevenir que remediar”. Será que, para as operadoras, prevenir é sinônimo de custo?

Para discutir a importância dessas práticas, este trabalho apresenta como exemplo programas de prevenção de doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade em muitos países, inclusive no Brasil. Segundo Brandão (2000), essas doenças têm sido alvo de vários estudos e despertam interesse especial porque atingem grandes contingentes populacionais, além de representarem elevados custos sociais e econômicos.

Este trabalho parte, então, do princípio de que a prática da medicina preventiva e da promoção da saúde pode ajudar as operadoras de planos privados de assistência à saúde a minimizarem e controlarem seus custos, além de servir como diferencial importante para a satisfação e o bem-estar de seus beneficiários. Isso porque se acredita que seja possível prevenir as complicações caras de doenças crônicas no futuro por meio do cuidado do doente potencial hoje. “Remendar” o paciente e enviá-lo para casa esperando pelo próximo episódio agudo para intervir novamente é um velho método de tratamento considerado míope, além de caro.

Até 1998, quando entrou em vigor a Lei 9.656, que regulamenta os planos privados de assistência à saúde, praticamente o único controle do Estado se dava sobre as seguradoras, contadas em dezenas, que, entre seguros de vida, de casas ou de veículos, também negociavam seguros-saúde. Para todo o resto, o que valia era “o mercado”, que permitiu que empresas vendessem contratos, arrecadassem com as mensalidades durante alguns meses e fechassem as portas quando acabava o período de carência – muitas vezes, para trocar de cidade e repetir a operação.

Depois da estabilização da economia com o Plano Real em 1994, as “fraturas financeiras” começaram a ficar expostas. O suporte econômico que advinha da ciranda financeira, uma vez que o dinheiro era recolhido antecipadamente dos clientes, acabou e os aumentos aplicados às mensalidades para suprir essa “deficiência” passaram a ser regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Como consequência dos problemas enfrentados pela economia brasileira nas últimas décadas, a clientela empobreceu e a guerra de preços no mercado se tornou muito mais renhida. O país não crescia e a renda caía. A classe média, cada vez menos, conseguia pagar um plano de saúde em virtude da queda da renda. No entanto, ao mesmo tempo em que faz pesquisas para escolher o plano de saúde mais barato, o consumidor não quer “abrir mão” do padrão de atendimento com que se acostumou.

A persistência do conflito de interesses entre os agentes do mercado de saúde suplementar, aliada ao fim dos ganhos financeiros, evidencia que o mercado de saúde suplementar passou por um período de ajuste de margens. Assim, considerando sua complexidade, importância humana e econômica, acredita-se que a implantação de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde poderá ajudar as empresas que operam planos de saúde a estreitarem os laços com seus clientes, tendo a oportunidade de aliar objetivos empresariais – redução de custos, por exemplo – aos mais nobres objetivos da boa medicina.

Procura-se mostrar que os programas de prevenção de doenças e promoção da saúde podem servir como elementos essenciais para o desenvolvimento da saúde e trazer resultados positivos para os diversos atores do mercado de saúde suplementar, quais sejam, operadoras, beneficiários e prestadores de serviços de saúde. Por isso, acredita-se que a Agência Nacional de Saúde (ANS) possa adotar uma política de incentivo à sua

implementação, apontando mais uma saída para o reordenamento da situação econômico-financeira das operadoras e concebendo modelos compatíveis com as necessidades de bem-estar dos beneficiários.

O tema prevenção de doenças e promoção da saúde será abordado partindo-se de exemplos da *expertise* internacional, tanto no setor público quanto no privado, para, em seguida, dar-se enfoque à experiência brasileira, que se dá com maior ênfase pela adoção de políticas de prevenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, ainda que em menor escala, no mercado de saúde suplementar, utilizando-se, como estudo de caso, o programa da operadora AMIL Assistência Médica Internacional Ltda.

¹ FOUCAULT, 1987.

² Cadastro de Beneficiários da ANS de dezembro de 2003. Vale ressaltar que esse valor é aproximado, considerando-se que o cadastro não leva em conta, por exemplo, o fato de um indivíduo possuir mais de um plano de saúde.

1. ESTADO BRASILEIRO E SAÚDE SUPLEMENTAR

Para focar a discussão de iniciativas de prevenção de doenças e promoção da saúde no contexto da saúde suplementar, será feito, neste capítulo, um apanhado histórico do surgimento do mercado de saúde suplementar no Brasil e do seu processo regulatório, enfatizando o papel do Estado e o atual panorama econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde, em conformidade com os dados oferecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

1.1 Contextualização histórica

O Brasil, na última década, vem se adequando a uma nova forma de organização do Estado, baseada em um modelo regulador. Assim, o país se desprende das amarras do monopólio estatal, resquício de modelos interventores, de que são exemplos à época de Getúlio Vargas, JK e do regime militar. Vale dizer que o Brasil não é um caso isolado, pois que reflete apenas as mudanças ocorridas no mundo neste último século por força, em especial, do processo de globalização. Uma forte tendência mundial está ajudando a desenhar uma nova estrutura de Estado.

Contudo, por que os sistemas centralizadores, em que o Estado realizava as atividades econômicas estratégicas, ruíram? A resposta está no fato de que o Estado não mais suportava o nível de investimento necessário para gerar o desenvolvimento. O Brasil, durante a maior parte do século XX, viveu sob a égide da forte intervenção estatal na vida da população e na economia. Se fossem somados os anos de regime fechado em que a sociedade viveu sob a sombra de ditaduras, chegar-se-ia ao número de trinta e cinco anos. Foram quinze anos da Era Vargas, somados a vinte de regime militar. Isso sem contabilizar os anos que vigiram sob leis que inibiam a livre iniciativa nacional, determinada por políticas de reserva de mercado, tornando o país fechado para a entrada de investimentos externos.

A intervenção do Estado brasileiro sobre a economia se dava, basicamente, pela propriedade de empresas, em particular nas consideradas indústrias de base e nos

setores de infra-estrutura. O Estado detinha os monopólios da exploração de petróleo, geração e distribuição de energia elétrica, e de serviços de energia elétrica e telefonia – somente para citar os mais estratégicos. A presença estatal se dava em incontáveis áreas, o que levou:

- a uma crise fiscal, pois o Estado desejava manter e aumentar o nível de investimento em suas empresas estatais;
- à prática velada de clientelismo, por ser fato comum os que ocupavam cargos de ponta nas empresas estatais, assim como seus “padrinhos”, fazerem uso de seu poder e de sua influência como moeda de troca, principalmente em períodos eleitorais;
- a esquemas de corrupção, ante a dificuldade natural de a fiscalização das empresas do Estado se dar por ele próprio.

A década de 70 foi o ápice do período desenvolvimentista, que culminou na carência de recursos para financiar o desenvolvimento, sendo os anos 80 o retrato dessa herança. Com o fim do regime militar em 1985, as liberdades políticas e de expressão foram paulatinamente reconquistadas. O governo Sarney atravessou os anos conduzindo o processo de redemocratização, preparando o país para suas primeiras eleições diretas desde a vitória de Jânio Quadros. O foco de atenção governamental deste período estava na contenção do crescente processo inflacionário com a adoção de planos de congelamento de preços, levando a um cenário constante de desabastecimento. Verificase que foram incipientes, neste período, as alternativas à política econômica intervencionista que estrangulou as possibilidades de investimento do Estado.

O intervencionismo estatal, com sinais de fraqueza, começou a ruir com os atos do governo do Presidente Fernando Collor. Foi nesta época que começaram os primeiros movimentos mais concretos no sentido da desestatização. As leis começaram a ser flexibilizadas e a intervenção estatal começou timidamente a cair. Com o *impeachment* de Collor em 1992, o governo Itamar Franco, mais timidamente do que seu antecessor, deu continuidade a esse processo. Em 1994, a desestatização começou a tomar contornos mais definidos com as políticas desenvolvidas pela equipe do Presidente Fernando Henrique Cardoso.

Significa dizer que, com a crise e a falência do Estado Desenvolvimentista, iniciado por Vargas no Brasil e que resistiu até meados da década de 80, surgiu uma nova forma de

atuação do Estado brasileiro, sob forte inspiração da experiência internacional. O antigo modelo intervencionista cede espaço ao "Estado Regulador".

O Estado brasileiro deu um grande passo em direção ao mercado, saindo de uma fase extremamente intervencionista e entrando no novo século com vistas a consolidar um novo modelo, o do Estado Regulador. Esse novo desenho da relação entre o Estado e a atividade econômica trouxe consigo, como um de seus principais eixos, as Agências Reguladoras. O Estado delegou para a iniciativa privada a execução de algumas atividades que, até há pouco tempo, eram de sua exclusiva função. Neste novo momento, o Estado se fortaleceu como normalizador e fiscalizador, programando a economia, e não mais a executando diretamente, abandonando, assim, a sua face de Estado-empresendedor.

Nesse contexto, deu-se a Reforma do Estado, visando substituir o modelo de Estado administrativo-burocrático, hierárquico, unitário, centralizado e gestor direto da atividade econômica, por um novo modelo de administração, em que as organizações não-governamentais e a iniciativa privada pudessem assumir a gestão de atividades econômicas e sociais antes realizadas pelo Estado.

Pela Reforma do Estado, buscaram-se as vantagens da eficiência com o melhor aproveitamento das potencialidades dos setores público e privado, explorando a cooperação entre entidades e órgãos públicos, bem como a parceria entre entidades públicas e privadas. Daí se originou a chamada Administração Pública Gerencial, que se apresenta como uma forma de gestão concentrada nos resultados diretamente voltados para o interesse público, com ênfase na descentralização, visando promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços prestados pelo Estado.

1.2 Criação das Agências Reguladoras

O resultado direto do processo de retirada do Estado da economia é o surgimento do modelo de Agências Reguladoras atualmente em vigor. Estas foram criadas, inicialmente, com o escopo de normalizar os setores dos serviços públicos delegados e de buscar equilíbrio e harmonia entre Estado, usuários e delegatários.

A função das agências é delimitada, porém, dentro de um espectro de dimensões grandes. O âmbito de atuação passa por diversas áreas, sendo as mais importantes as de fiscalização, regulamentação, regulação, atuando, entretanto, sempre dentro de contornos impostos por lei. Para possuir esses poderes, quando concebidas, as agências foram dotadas de personalidade jurídica de direito público.

As primeiras agências surgidas após a Reforma do Estado se deram nos setores de infraestrutura, como decorrência de processos de descentralização e desmonopolização. São elas a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e a Agência Nacional do Petróleo (ANP). Em um segundo momento, foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde (ANS), objeto de estudo deste trabalho.

A essas agências foi dado certo grau de independência em relação ao Poder Executivo, como forma de evitar que estejam vulneráveis a pressões políticas. No mesmo sentido, contam com um alto grau de autonomia, inclusive financeira, uma vez que são dotadas de verbas próprias. As decisões das agências são tomadas por um órgão colegiado, cujos diretores têm mandato fixo, são indicados pelo Presidente da República e devem passar por uma sabatina perante o Senado Federal.

O modelo de Agência Reguladora definido para a ANS difere em um aspecto importante daquele adotado para as primeiras agências de infra-estrutura: a ANS não foi criada para regular uma atividade antes realizada por organizações estatais, mas sim para regular uma atividade privada já existente, em um mercado já consolidado e extremamente complexo, em um setor essencial, a saúde, que nunca havia sido objeto de regulação do Estado, visto que, como dito anteriormente, apenas o seguro-saúde era objeto de algum tipo de regulação³ (BRASIL, 2003a).

1.3 A assistência à saúde no Brasil

O sistema brasileiro de atenção à saúde originou-se com as entidades de natureza filantrópica. Sua institucionalização formal se deu com a criação das Caixas e dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (CAPs e IAPs) nos anos 20 e 30, surgindo, assim,

a chamada “medicina previdenciária”, onde acabou por predominar a compra dos serviços médico-hospitalares (BAHIA, 2002).

Em meados da década de 60, ocorreu a unificação dos institutos de previdência com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), permanecendo, mesmo assim, a tendência da prática de uma medicina curativa na condução das políticas de saúde. Já nos anos 70, houve uma descentralização da assistência médica do INPS com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

A década de 80 é marcada pela crise financeira da Previdência Social, gerada, entre outros fatores, pela ampliação da cobertura, sem a correspondente criação de novas fontes de custeio. Com isso, intensificou-se a discussão sobre as necessidades de mudança do modelo de atenção à saúde até então adotado (NORONHA & LECOVITZ, 1994). Surgiu, nesta época, o chamado Movimento da Reforma Sanitária, que teve como maior conquista a definição das bases da política de saúde pública definidas na Constituição Federal, a qual consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando, para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS).

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e **igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação** (grifo nosso).*

Essa é a sétima Constituição Federal Brasileira e, diferentemente de todas as anteriores, buscou privilegiar os direitos sociais, dando tratamento mais orgânico à Ordem Social.

O Capítulo II do Título “Da Ordem Social” dispõe especificamente sobre a “Seguridade Social”, esta compreendida como um conjunto de três grandes programas de proteção: a saúde, a previdência social e a assistência social. A Seção II deste Capítulo é voltada especificamente para o tratamento das questões relativas às políticas de saúde a serem adotadas no país.

A saúde erige-se, no esquema da Constituição Federal de 1988, como direito social constitucionalmente reconhecido, elevada à categoria de garantia fundamental. O artigo 6º é exposto ao determinar que são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o

lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados.

As normas de saúde que visem à redução dos riscos inerentes ao trabalho, de acordo com o artigo 7º, XXII, são consideradas como direitos dos trabalhadores urbanos e rurais.

O artigo 23, II da Constituição define como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios *cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência*. De acordo com o artigo 24, XII, compete também à União, aos Estados e ao Distrito Federal, legislar concorrentemente sobre *previdência social, proteção e defesa da saúde*. Cabe ainda, de acordo com o artigo 30, VII, aos Municípios, *prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população*.

Como se percebe, a Constituição Federal de 1988 consagrou definitivamente a lição unânime dos constitucionalistas, que ensinam ser a saúde uma preocupação essencial do Estado Democrático de Direito.

No parágrafo 1º do artigo 199 da Constituição, permite-se a participação da iniciativa privada de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, sujeitou a realização de atividades na área da saúde à regulação do Estado em função da relevância pública de suas ações, conforme define o artigo 197:

São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e seu controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

1.4 Assistência médica suplementar

Os problemas com o atendimento público à saúde são antigos e se agravaram a partir da década de 50, com o *boom* da industrialização e com o êxodo do homem do campo, atraído pela oferta de trabalho e por melhores condições de vida nos centros em

desenvolvimento. Desde então, os serviços públicos tornaram-se insuficientes para atender às grandes concentrações urbanas que se formavam na região metropolitana da capital paulista com a instalação da indústria automobilística.

Procurando alternativas para prestação de assistência médica aos seus empregados e familiares, os empresários estimularam a formação dos primeiros grupos médicos, contratando os seus serviços e gerando o embrião do que viria a ser o sistema de medicina de grupo. Daí originaram-se as cooperativas médicas – até como uma contraposição à medicina de grupo, posto que as consideravam mercantilistas –, o segmento de autogestão e o seguro-saúde a seguir. Apesar de o seguro já ter uma existência anterior, era praticamente inexpressivo no ramo da saúde. Os primeiros convênios, chamados planos coletivos ou empresariais, eram custeados integral ou parcialmente pelas empresas empregadoras. Reconhecidos pela sua importância, passaram a ser a cláusula prioritária de toda pauta de negociação trabalhista. Era o único benefício ampliado no salário que amparava o trabalhador e a sua família. A fórmula deu certo e evoluiu também para o atendimento à pessoa física.

Hoje, os convênios coletivos são responsáveis pela maior parte do universo que compõe a população atendida pelas diversas modalidades organizacionais, que é da ordem de trinta e oito milhões de beneficiários.⁴

A ampliação das demandas pressionou para a extensão das coberturas e, como conseqüência, promoveu uma organização de redes credenciadas que se somaram aos serviços próprios de empresas médicas. O processo levou à formação de uma teia de relações extremamente complexas, envolvendo, de um lado, empresas médicas e empresas empregadoras contratantes de seus serviços, e de outro, os prestadores de serviços de saúde, ou seja, hospitais, clínicas e médicos.

O deslanche dos planos de saúde no Brasil se deu em meados da década de 70. O diferencial que atraiu a classe média dos tempos do “milagre brasileiro” foi a possibilidade de um amplo acesso à assistência médica. Naquela época, era oferecido ao consumidor um leque cada vez maior de opções – hospitais de ponta, os melhores laboratórios, os médicos mais conceituados. Essas vantagens eram, além do preço, os grandes trunfos na disputa da clientela. Os exames laboratoriais não acarretavam custo

tão significativo quanto o atual, pois estavam em um patamar tecnológico bem mais incipiente.

Nos anos 90, o setor de assistência suplementar à saúde defrontou-se com problemas decorrentes de fatores de ordem econômico-financeira por conta da estabilização da moeda e da queda dos índices de inflação, após o advento do Plano Real – era o fim dos ganhos financeiros.

A medicina privada desenvolvia-se no país à margem de políticas oficiais, suprindo, em parte, as deficiências da oferta pública de serviços. Esse era o panorama em que se situavam as operadoras quando o Congresso Nacional deu por concluída a Lei 9.656, de 1998.

1.4.1 Regulação do mercado de Saúde Suplementar

Enquanto a construção do marco legal do SUS surgiu em 1990, o mercado de saúde suplementar foi condicionado à regulamentação específica apenas em 1997, quando a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei de Regulamentação dos Planos de Saúde. O projeto foi debatido no Senado durante o primeiro semestre de 1998 e, em 3 de junho do mesmo ano, tornou-se a Lei nº 9.656, alterada em 5 de junho pela Medida Provisória nº 1.665. O marco legal da regulação passou a ser, portanto, o conjunto formado pela Lei 9.656/98 e pela MP 1.665/98, reeditada até agosto de 2001, cuja última edição foi a MP 2.177- 44.

O Senado Federal adotou inicialmente o sistema de regulação bipartite: a regulação da atividade econômica, na esfera do Ministério da Fazenda, e da assistência à saúde, no Ministério da Saúde.

O Ministério da Fazenda, por intermédio do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), ficou responsável pelos aspectos econômico-financeiros, pelas normas para autorização de funcionamento das operadoras, pelos registros dessas entidades, pela política de reajustes e pelos respectivos atos de fiscalização. Já o Ministério da Saúde, por meio do Conselho de

Saúde Suplementar (CONSU) e do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), assumiu a responsabilidade ligada à assistência à saúde, ao registro de produtos das operadoras e atos de fiscalização.

Em um segundo momento, o Ministério da Saúde passou a ser responsável pelos dois níveis da regulação do setor: o econômico-financeiro e o de assistência à saúde. O CONSU passou a absorver as atribuições do CNSP, enquanto o DESAS/SAS assumiu as da SUSEP. O CONSU foi transformado em Conselho Ministerial. A Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, foi mantida, porém, acumulando a competência de discutir e opinar sobre todo o sistema.

Em 28 de janeiro de 2000, a Lei nº 9.961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial com a finalidade institucional de *promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país*. A ANS passou a assumir definitivamente todas as atribuições de regulação do mercado de saúde suplementar.

O acesso das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde ao mercado passou a ser autorizado pela ANS mediante requisitos estabelecidos na Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação. Assim, foi editada a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº39 –, que definiu, segmentou e classificou as empresas que operam no mercado de saúde suplementar. Esta norma foi fruto de uma intensa participação do mercado e de entidades representantes dos consumidores por meio da realização de câmaras técnicas.

O que caracteriza o mercado de serviços privados de assistência à saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre atores, que, por sua vez, confere à demanda caráter seletivo. Nessa perspectiva, o mercado de saúde suplementar é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar que atendem a determinada demanda ou clientela restrita, tendo como exigência básica, portanto, o pagamento pela utilização dos serviços de saúde.

Para delimitar o setor regulado pela ANS, torna-se necessário conhecer as modalidades institucionais reconhecidamente existentes no mercado de saúde suplementar do Brasil:

1. *Medicina de Grupo*: empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa, autogestão e filantropia (art. 15, RDC 39). Esta foi a modalidade escolhida para o estudo de iniciativas de prevenção e promoção que será apresentado ao final deste trabalho. É constituída por empresas que comercializam planos de saúde com indivíduos e empresas, e trabalham com vários tipos de planos. É a forma dominante no mercado, segundo dados da ANS, e tem uma estrutura de atendimento composta por serviços próprios e credenciados, sendo que essas empresas combinam ou não as duas formas de oferta. O acesso à rede própria ou credenciada é livre ou mediante co-participação do usuário, e o uso de serviços não credenciados é previsto em alguns planos, implicando, entretanto, o ressarcimento dos gastos segundo valores calculados por múltiplos, geralmente baseados em tabelas médicas. A abrangência geográfica dos serviços pode ser nacional, internacional ou limitada a determinadas regiões do Brasil e do exterior.

2. *Cooperativa Médica*: sociedade sem fins lucrativos constituída conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera planos privados de assistência à saúde (art. 12, RDC 39).

3. *Autogestão*: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados – bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim – de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados (art. 14, RDC 39).

4. *Seguradora Especializada em Saúde*: operam o seguro enquadrado como plano ou produto de saúde conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998, nos termos do seu artigo 1º, I e §1º, devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem operar outros ramos do seguro (Lei n.º 10.185/2001).

5. *Administradora*: empresa que administra planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, estes são financiados por uma

operadora. A administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos (art. 11, RDC 39).

6. *Filantrópica*: entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça, ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais (art.17, RDC 39).

7. *Cooperativa Odontológica*: sociedade de pessoas sem fins lucrativos constituída conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera exclusivamente Planos Odontológicos (art. 13, RDC 39).

8. *Odontologia de Grupo*: empresa ou entidade que opera exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica (art. 16, RDC 39).

A regulamentação fortalece o pólo assistencial, exigindo que as operadoras de planos privados de assistência à saúde cubram todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) e ofereçam o Plano Referência, que não admite qualquer tipo de exclusão ou de exceção de cobertura, salvo por opção dos consumidores, que podem escolher adquirir um plano com cobertura assistencial inferior. Além disso, controla a atividade econômico-financeira do setor, exigindo a constituição de reservas e garantias, assegurando, assim, a transparência e a competitividade, já que as atividades relacionadas à saúde fazem parte de um setor produtivo responsável pela geração e circulação de valores expressivos, mas ainda pouco conhecidos.

A produção de informações detalhadas sobre a estrutura, a distribuição e a evolução desses valores é fundamental para a tomada de decisões, a formulação e o acompanhamento de políticas públicas no setor. Essas informações assumem um caráter ainda mais relevante em situações de restrição de recursos – como nos países menos desenvolvidos e, em particular, no Brasil – quando se tornam fundamentais para a melhoria da gestão e da regulamentação estatal do setor da saúde. Um conhecimento

minucioso e uma mensuração criteriosa das relações e dos fluxos monetários afeitos ao segmento da assistência médica suplementar são necessários para que se possa melhor acompanhar e regular as atividades e o funcionamento desse setor.

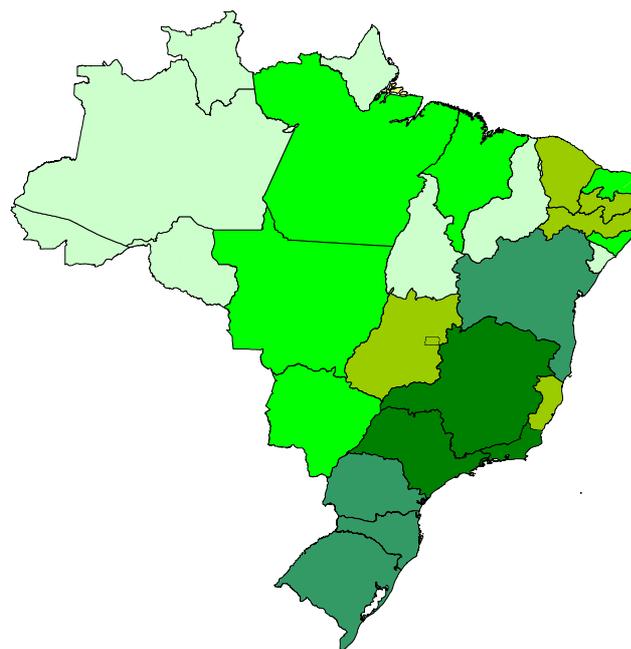
A Lei 9.656/98 impõe aos planos de saúde a obrigação de constituírem reservas técnicas para atuar no ramo. Esse fator vem permitindo a criação, pela ANS, de um sistema de informações econômico-financeiras sobre a assistência médica suplementar capaz de subsidiá-la em seu processo de regulação e monitoramento.

1.4.2 Panorama econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde

As operadoras apresentam características diferentes entre si, tais como porte, personalidade jurídica, se tem ou não fins lucrativos, além da localização geográfica, segundo a qual a diferença de número de habitantes, o poder aquisitivo, o custo médico-hospitalar e o perfil epidemiológico influenciam no volume de operações e no risco assumido por cada uma delas.

O mercado de assistência médica supletiva no Brasil dividiu-se geograficamente conforme a concentração populacional e de renda no país. Assim, grande parte das operadoras atua na Região Sudeste, seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte, respectivamente, conforme apresentado a seguir:

Operadoras				
UF	registradas na ANS	Sede na UF	com Beneficiários na UF	
AC	2	2	97	
AL	23	16	204	
AM	14	9	183	
AP	2	1	83	
BA	82	60	429	
CE	56	43	301	
DF	48	37	442	
ES	42	38	338	
GO	54	41	393	
MA	21	17	231	
MG	274	220	775	
MS	20	15	285	
MT	24	16	291	
PA	33	22	242	
PB	37	33	233	
PE	49	37	333	
PI	10	9	147	
PR	154	118	543	
RJ	260	201	706	
RN	25	19	226	
RS	118	118	469	
SC	68	56	389	
SE	12	11	183	
SP	774	630	1.142	
TO	5	3	155	
Total	2.272	1.775		



	De 155 a 774 – Estados: MG, RJ, SP
	De 50 a 154 – Estados: BA, PR, RS, SC
	De 26 a 49 – Estados: CE, DF, ES, GO, PB, PE
	De 12 a 25 – Estados: AL, MA, MS, MT, PA, RN
	De 2 a 11 – Estados: AC, AM, AP, PI, RO, RR, SE, TO

Fonte ANS – dez. 2003 – figura 1.1 – Operadoras

A seguir, os dados da tabela 1 mostram a preponderância de empresas organizadas na modalidade de medicina de grupo, que representam 31,94% das operadoras e detêm 31,1% do total de beneficiários, seguidas pelas cooperativas e seguradoras especializadas, evidenciadas também quando organizadas no gráfico 1.

Modalidade	Beneficiários ativos	% beneficiários	OPS	% OPS
Odontologia de Grupo	2.929.537	7,80%	452	21,5%
Cooperativa Odontológica	1.305.632	3,48%	171	8,1%
Subtotal	4.235.169	11,28%	623	29,6%
Medicina de Grupo	12.343.479	32,88%	757	36%
Cooperativa Médica	9.245.132	24,62%	370	17,6%
Filantropia	1.406.513	3,75%	125	5,9%
Autogestão	4.462.867	11,89%	204	9,7%
Administradora	4.953	0,01%	12	0,6%
Subtotal	27.462.944	73,15%	1.468	69,8%
Seguradora Especializada em Saúde	5.848.198	15,58%	14	0,7%
Subtotal	5.848.198	15,58%	14	0,7%
TOTAL	37.546.311	100%	2.105	100%

Fonte ANS – dez. 2003 – tabela 1 – Beneficiários por modalidade

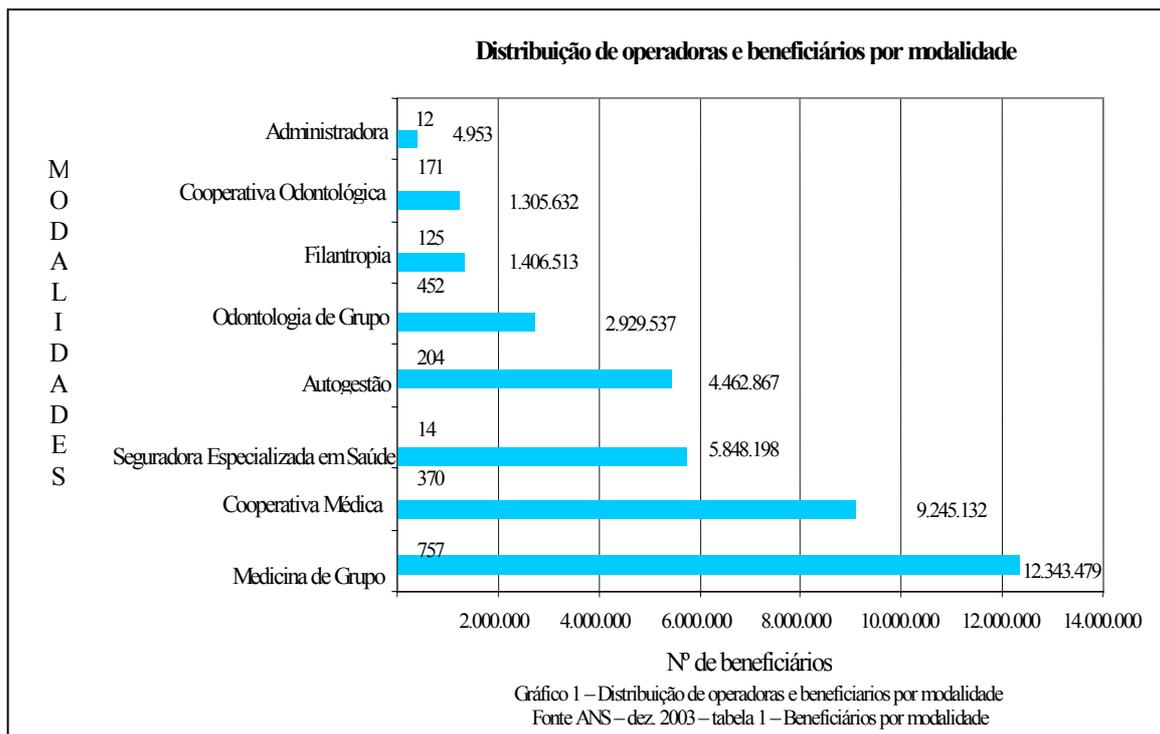


Gráfico 1 – Distribuição de operadoras e beneficiários por modalidade
Fonte ANS – dez. 2003 – tabela 1 – Beneficiários por modalidade

Além da diversidade existente entre as modalidades organizacionais, o mercado de saúde suplementar apresenta diversas imperfeições. Segundo Costa et al. (2001, p. 195):

No campo da regulação econômica e social, as falhas de mercado têm motivado o crescimento das atividades regulatórias, estimulando a intervenção crescente dos governos em nome de consumidores, na proteção de contratos e na provisão de bens públicos. Com isso, a política pública assume que o mercado por si só não gera a alocação otimizada, em termos paretianos⁵, de recursos em qualquer circunstância.

É evidente a falta de informação suficiente para o que o indivíduo possa avaliar a qualidade do que lhe é oferecido pela operadora, ou seja, a informação para a escolha é assimetricamente distribuída – da mesma forma, o indivíduo detém, no ato da compra, mais informações sobre sua saúde do que a operadora. Nessa relação, ambos podem tirar vantagens da informação que possuem, já que o pressuposto do modelo clássico da troca perfeita entre quem oferece e quem compra os serviços não funciona. Na relação prestador-paciente, os indivíduos são compelidos a delegar ao profissional médico a decisão sobre o tratamento. Neste caso, o risco moral – *moral hazard* – aparece no incentivo ou na indução ao excesso de utilização de serviços médicos quando uma

terceira parte, a operadora, é responsável pelo pagamento da maioria dos serviços e os pacientes não arcam com custos de excesso de utilização. Além disso, o beneficiário de plano de saúde não conhece perfeitamente elementos como reputação, solvência e credibilidade da operadora, podendo fazer escolhas sub-ótimas, ou seja, de forma ineficiente, não lhe maximizando o bem-estar no longo prazo.

O setor de assistência médica suplementar compreende um amplo, diversificado e, muitas vezes, conflituoso conjunto de interesses entre os vários atores que dele fazem parte – operadoras, prestadores e beneficiários.

A sustentabilidade das operadoras depende de uma relação entre as receitas provenientes da venda de planos de saúde e a quantidade despendida para pagamento do custo assistencial e despesas administrativas e de comercialização.

As receitas das operadoras de planos de saúde são, predominantemente, compostas pela venda de planos e seguros de saúde às famílias e, portanto, afetam, direta ou indiretamente, a renda dessas famílias, pois sendo a preocupação com a saúde essencial, o comportamento tende a ser inelástico mesmo diante de reajustes⁶. Assim, quanto maior for a receita das operadoras de planos de saúde, menor será a renda de que as famílias irão dispor para comprar outros bens e serviços.

Já as despesas relativas ao custo assistencial dessas operadoras determinam o lucro dos hospitais, consultórios médicos e serviços de apoio diagnóstico – terapêuticos que prestam os serviços às famílias seguradas e recebem pagamentos por esses serviços.

Neste caso, enquanto as operadoras lutam para reduzir o custo assistencial, as entidades prestadoras de serviços médico-hospitalares dependem da utilização desses serviços pelos beneficiários dessas empresas para obter uma renda disponível – ou lucro – maior, já que, embora prestem serviços particulares às famílias, são remunerados em grande parte pelas operadoras. Esse conflito pode ser verificado na figura a seguir:

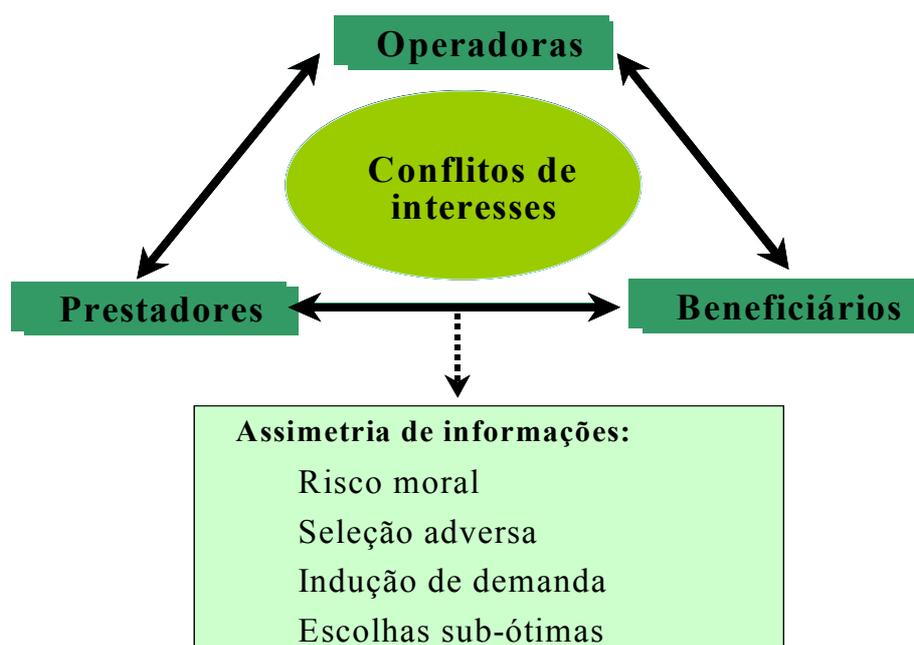


figura 1.2 – Conflitos de interesses

A principal fonte de recursos de uma operadora é a contraprestação de planos de saúde, proveniente da venda de planos.

Por outro lado, os custos determinantes de uma operadora são provenientes de eventos com assistência à saúde – utilização do plano pelo beneficiário. A continuidade do negócio de uma operadora está diretamente ligada à otimização da relação evento / contraprestação. A essa relação, dá-se o nome de sinistralidade, que é um importante indicador econômico-financeiro, pois expressa o percentual das receitas – contraprestações – que são consumidas com despesas médico-assistenciais – eventos. Dessa forma, para não comprometer a sua rentabilidade, a operadora deve manter a sinistralidade controlada.

Outro importante indicador da estrutura de custo da operadora é o índice combinado. Este indicador reflete o resultado da operação básica de plano, estabelecendo a relação entre despesas e receitas de natureza exclusivamente operacional. Assim sendo, indica se o resultado das operações de planos apresenta lucro ou prejuízo. Quando seu valor é maior que 1, a operação é deficitária. Sua fórmula é apresentada abaixo:

$$\text{Fórmula: Combinado} = \frac{\text{Despesa administrativa} + \text{Despesa com eventos} + \text{Despesa comercial}}{\text{Mensalidades efetivamente pagas}}$$

Se Despesa administrativa = 10
 Despesa com eventos = 80
 Despesa comercial = 20
 Mensalidades efetivamente pagas = 100

Logo, o combinado é igual a 1,10. Isso significa que a empresa gastou mais do que recebeu, tendo, aparentemente, prejuízo. Em outras palavras, para cada real de receita, teve uma despesa de 1,10, apresentando, portanto, uma operação deficitária.

Entretanto, o índice combinado não considera o resultado financeiro, ou seja, o resultado das aplicações financeiras menos as despesas financeiras, que podem melhorar ou piorar o cenário apresentado. Para isso, utiliza-se o combinado ampliado, conforme exemplificado abaixo:

$$\text{Fórmula: Combinado Ampliado} = \frac{\text{Despesa administrativa} + \text{Despesa com eventos} + \text{Despesa comercial}}{\text{Mensalidades efetivamente pagas} + \text{Resultado financeiro}}$$

Se Despesa administrativa = 10
 Despesa com eventos = 80
 Despesa comercial = 20
 Mensalidades pagas = 100
 Resultado financeiro = 20

Logo, o combinado ampliado é igual a 0,91. Isso significa que a empresa gastou mais do que recebeu, mas não teve prejuízo em razão do bom resultado das suas aplicações financeiras.

Modalidades	Sinistralidade	Combinado	Combinado Ampliado	Despesas administrativas	Despesas comerciais
Medicina de Grupo	69%	0,97	0,99	0,25	0,03
Cooperativa Médica	83%	1,02	1,00	0,18	0,01
Cooperativa Odontológica	68%	1,01	1,00	0,30	0,02
Filantropia	82%	1,39	1,45	0,56	0,01
Odontologia de Grupo	30%	0,82	0,84	0,47	0,05
Autogestão Não Patrocinada	88%	1,06	1,01	0,18	0,00
Seguradora Especializada	86%	1,02	0,98	0,13	0,04

Analisando-se a tabela 2, verifica-se que a sinistralidade da maioria das modalidades apresenta-se bastante elevada e boa parte das operadoras apresenta o combinado maior que 1. Além disso, apesar de os resultados se mostrarem um pouco melhor no combinado ampliado, a margem é muito pequena.

Para melhor analisar o desempenho econômico-financeiro das operadoras, demonstram-se, a seguir, os resultados de sinistralidade, combinado e combinado ampliado nos últimos anos.

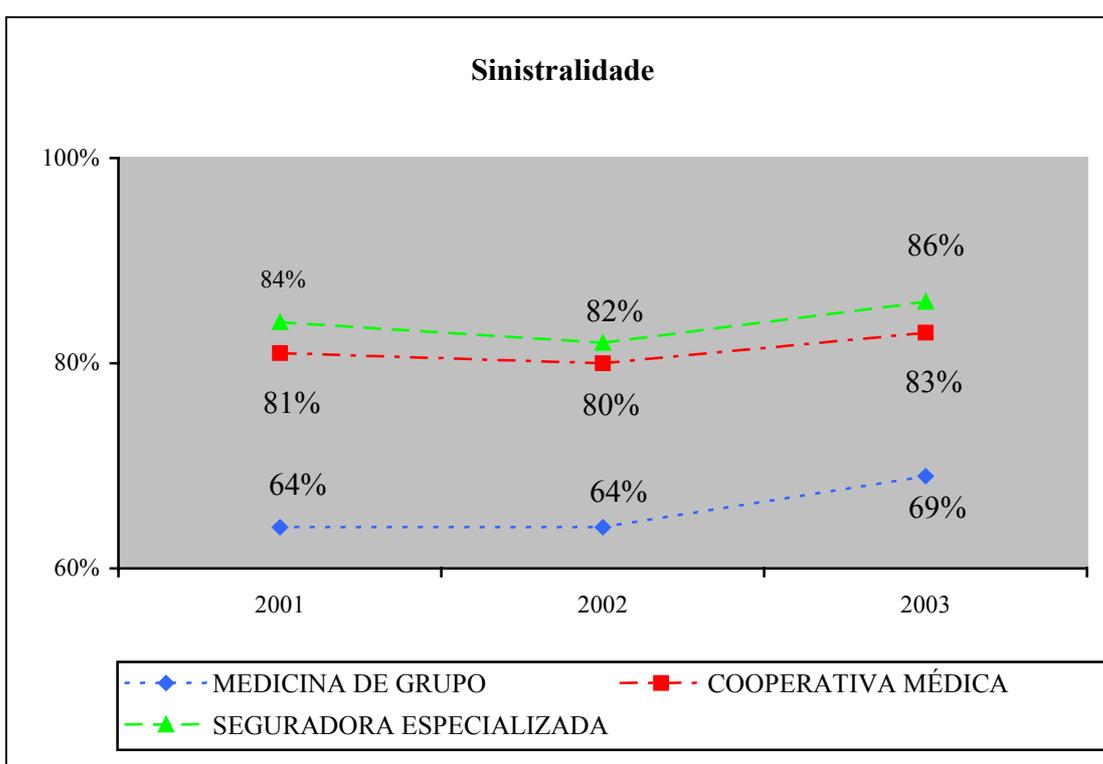
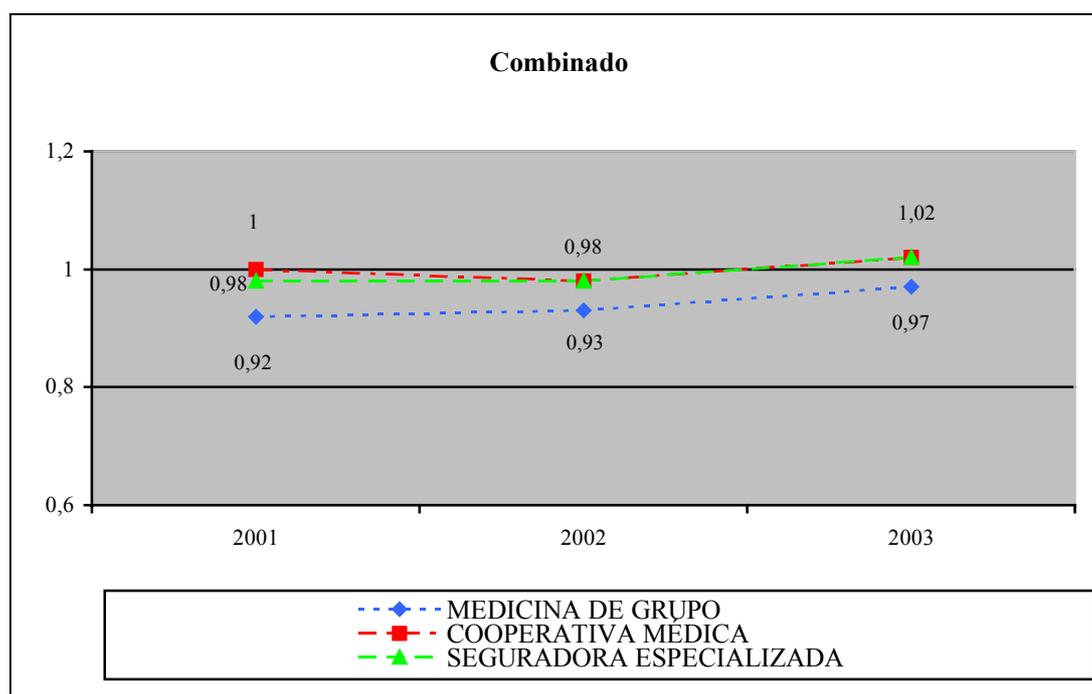


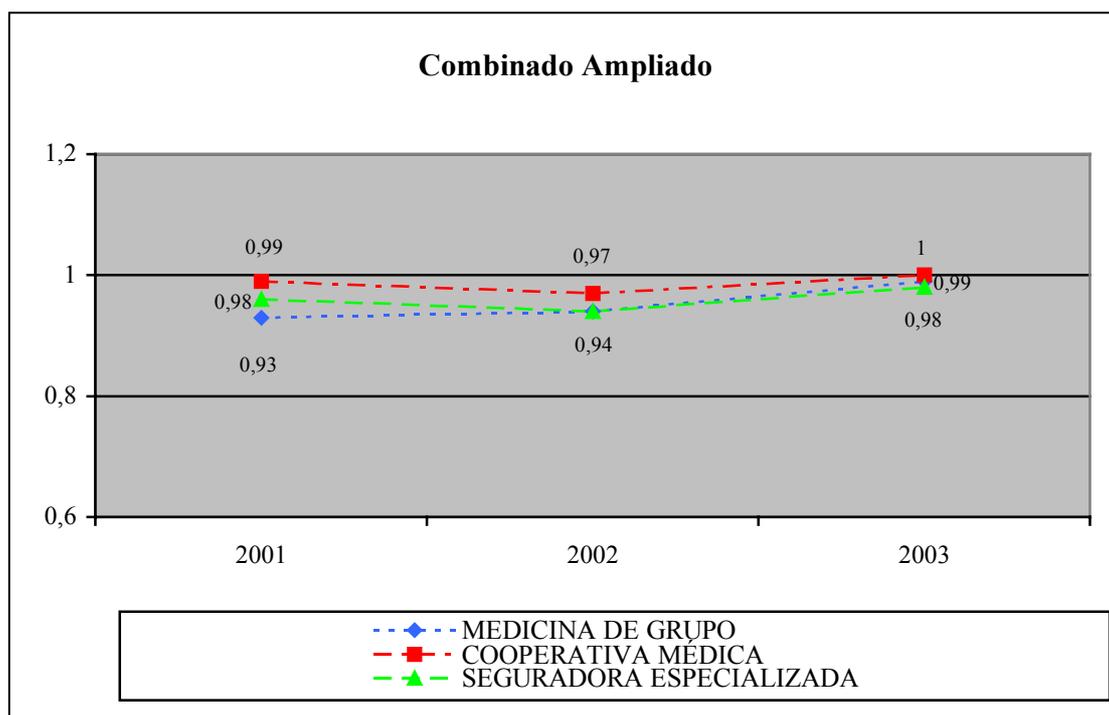
Gráfico 2 – Sinistralidade

A escolha das três modalidades organizacionais – Medicina de Grupo, Cooperativa Médica e Seguradora Especializada em Saúde – para a amostra apresentada no gráfico 2 justifica-se pelo fato de elas concentrarem cerca de 80% do mercado de saúde suplementar, tanto em relação ao número de beneficiários quanto ao faturamento. As estatísticas apresentadas demonstram que, apesar da complexidade do mercado, a análise e comparação do desempenho das operadoras ao longo dos últimos anos evidenciam o aumento das despesas com eventos na composição dos custos do mercado de saúde suplementar.

O quadro de desequilíbrio econômico, independentemente de qualquer processo regulatório, vem se agravando desde a extinção, a partir de meados da década de 90, do ganho financeiro significativo para as empresas que movimentavam recursos de terceiros advindos da “ciranda financeira”, situação que permitia a superação, em muito, do resultado operacional – receita operacional menos despesa operacional –, propiciando, na época, uma natural despreocupação com o desempenho operacional dessas empresas – tal afirmação pode ser verificada pela deterioração dos índices – combinado e combinado ampliado –, conforme os gráficos a seguir:



Fonte: ANS – 2003 – gráfico 3 – Combinado



Diante do cenário apresentado, torna-se necessária a otimização do controle, por parte das operadoras, dos eventos, seja quanto à frequência ou à severidade – maior custo –, para que o setor possa alcançar padrões mínimos de segurança e solidez econômico-financeira e se tornar mais profissional, competitivo e estável, com benefícios para todos. O viés dos índices econômico-financeiros apresentados, bem como a própria natureza do produto comercializado pelas operadoras, de caráter tão subjetivo e imprevisível, justifica a importância de tal controle, haja vista não ser possível prever por quantos anos mais o mercado poderá sobreviver sem a efetiva moderação da sinistralidade.

A variável despesa médico-hospitalar, em relação à ocorrência em que são previstas perdas parciais ou máximas admissíveis, é aleatória também em relação ao seu valor, onde há grande concentração em torno dos pequenos riscos – consultas e exames – e pequena concentração em torno dos grandes riscos – internações, U.T.I.'s, procedimentos de alta complexidade etc.

Pode-se apontar que a variável aleatória do montante das despesas médico-hospitalares depende do dimensionamento da solvência – capacidade da operadora para pagar seus compromissos – e equivale a determinar qual o montante do ativo líquido que essa

empresa deve dispor, em adição aos valores representativos das provisões técnicas, para ser considerada solvente, isto é, capaz de solver os seus compromissos futuros. A probabilidade contrária de não solver os seus compromissos futuros se concretizará quando as despesas médico-hospitalares retidas pela operadora ultrapassarem as mensalidades puras retidas do plano de saúde e todo o seu ativo líquido.

Os principais critérios de operação a serem observados pelas empresas para garantirem suas operações e se manterem solventes são, de acordo com a RDC 77:

- *Capital Mínimo*: a fixação de capitais mínimos para as operações de planos é um importante instrumento de controle da solvência. O capital mínimo necessário para as operadoras é estabelecido em função da região de atuação e do percentual de suas despesas realizadas em rede própria médica ou hospitalar.
- *Provisões Técnicas*: as provisões técnicas são constituídas, obrigatoriamente, pelas operadoras, a partir de um percentual das contraprestações, visando lhes garantir as operações. São uma obrigação potencial da operadora com os beneficiários, sendo, por isso, contabilizadas no passivo da empresa. As provisões são garantidas – lastreadas – mediante a aplicação de recursos – ativos garantidores – em valor igual ou maior ao valor calculado das provisões. A ANS estabeleceu regras para a aplicação dos ativos garantidores das provisões técnicas, de modo que lhes sejam conferidas segurança, rentabilidade e liquidez. Os ativos que garantem as provisões técnicas das operadoras são os títulos de renda fixa públicos e privados, títulos de renda variável e imóveis. O correto dimensionamento das Provisões Técnicas é de fundamental importância para a solvência da operadora.
- *Margem de Solvência*: é uma reserva suplementar às provisões técnicas que a operadora deve dispor para suportar as oscilações de risco das suas operações. A idéia básica é de que a solvência não está suficientemente garantida apenas com a adequação das provisões técnicas. A margem de solvência de uma operadora deve representar o excesso de ativos sobre os passivos, ambos avaliados de acordo com os princípios contábeis

geralmente aceitos e as normas estabelecidas pelas autoridades reguladoras. A margem de solvência é calculada aplicando-se 20% sobre as contraprestações nos últimos doze meses e 33% sobre a média anual de eventos nos últimos trinta e seis meses, confrontando-se o maior dos resultados com o patrimônio líquido ajustado – ativo líquido. Em outras palavras, as operadoras devem apresentar um patrimônio líquido maior que 20% do total das contraprestações nos últimos doze meses.

Além da aleatoriedade das despesas médico-hospitalares, que está associada diretamente à operação, devem-se considerar outros fatores que compõem a gestão de risco. Com efeito, sendo o risco a essência do negócio da operadora, patamares aceitáveis de lucratividade só podem ser atingidos por operadoras que possuam a habilidade de bem avaliar e operar os seus riscos, o que garantirá a solidez financeira requerida para honrar os compromissos futuros.

A estrutura dos planos de saúde no regime atuarial de repartição simples de receitas e de despesas necessita de cálculo atuarial permanente dos riscos por eles assumidos, além de cálculo de reservas técnicas e de avaliação do seu limite mínimo de custo e capacidade de solvência, de modo a evitar problemas financeiros.

Antes da regulamentação, o modelo clássico de gestão adotado pelas operadoras permitia diversas estratégias de expansão e vários instrumentos de ajustes, buscando a manutenção ou recuperação do equilíbrio econômico-financeiro. Identificado o desequilíbrio, as estratégias eram bastante evidentes: um rápido realinhamento do faturamento por meio dos reajustes por desequilíbrio ou por sinistralidade, e da redução da massa de expostos, com a exclusão dos contratos deficitários e de maiores controles de acesso à cobertura assistencial. Esses mecanismos ampliavam a carteira e o faturamento sem a respectiva ampliação das despesas, adotando-se maior seleção de risco, maiores carências e exclusões de cobertura, mas com preços atraentes e competitivos.

A ampliação da ação do Estado na regulação da assistência médica suplementar busca proporcionar melhores condições de vida e saúde para as famílias e maior rentabilidade para as empresas operadoras de planos de saúde, diminuindo os conflitos de interesse existentes.

A regulamentação alterou o antigo modelo de gerenciamento. A modelagem do produto só é permitida para ampliar as exigências da lei. A seleção de risco é proibida e a precificação tem de estar compatível com os custos dos serviços assistenciais. Os reajustes automáticos por desequilíbrio ou por sinistralidade não existem mais, substituídos pela revisão técnica⁷, processo sob rigorosa avaliação da ANS que estabelece um conjunto de medidas a serem adotadas com vistas à correção de desequilíbrios na carteira de planos de saúde que possam comprometer a liquidez e a solvência da operadora, entre elas, a adoção de programas de medicina preventiva. A cobertura é integral, o fluxo de ingresso é menor, assim como o de exclusão, e as carências limitadas. Além disso, os mecanismos de redução de custos pela simples exclusão de usuários estão proibidos para as carteiras de planos individuais e os reajustes por faixa etária, controlados, quando não, proibidos, como no caso de beneficiários idosos.

A Resolução nº 5 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) estabelece que os programas assistenciais das empresas de Autogestão com fins específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como os de gestão de custos para doenças crônicas e preexistentes, devem ser protocolados na ANS, e dispõe sobre a possibilidade de se firmar, quando solicitado pela ANS, sem ônus financeiro, ajuste ou convênio de parceria ou de cooperação em programas específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Em dezembro de 2003, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar anunciaram uma série de medidas para a implementação da nova política dos planos de saúde, entre elas, a determinação das novas faixas etárias para planos de saúde comercializados a partir de janeiro de 2004, ajustando-as ao Estatuto do Idoso.

Entrou em vigor no dia 1º de janeiro de 2004 a Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e determina, no § 3º de seu artigo 15, que *é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade*.

Essa nova realidade, além de proteger os indivíduos de abusos, exige que o foco de atuação das operadoras seja o da manutenção da saúde, e não simplesmente a tentativa de reduzir custos de tratamento das doenças, inclusive pelo não tratamento. É por essas razões que as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde deveriam

ganhar mais espaço junto aos modelos assistenciais do setor de saúde suplementar. Para tal, torna-se necessário conhecer os diferentes conceitos que englobam o sentido de prevenção e promoção, o que será visto no próximo capítulo.

³A concepção de regulação, neste caso, significa, exclusivamente, garantir a conformação de empresas com reservas financeiras capazes de honrar os compromissos financeiros assumidos. Houve uma mudança nessa concepção para o entendimento de que regulação inclui garantias de solvência e liquidez das operadoras, mas, de forma alguma, se limita às mesmas.

⁴Cadastro de Beneficiários da ANS de dezembro de 2003.

⁵A expressão refere-se ao economista e sociólogo italiano Vilfredo Pareto (1843-1924), que formulou pela primeira vez a noção de eficiência econômica.

⁶Isto é, para um dado nível de renda, as famílias tendem a reagir a um aumento em suas despesas em planos de saúde com a redução de outros gastos menos essenciais, como, por exemplo, lazer.

⁷A Resolução RDC nº 27, de 26 de junho de 2000, estabelece os procedimentos para solicitação de Revisão Técnica pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde. A revisão técnica – revisão para re-equilíbrio econômico-financeiro – só é admitida para planos firmados anteriormente à legislação de Saúde Suplementar e não leva, necessariamente, a uma revisão da mensalidade. A critério do usuário, podem ser adotadas, no mínimo, três medidas de re-equilíbrio: 1ª) revisão da mensalidade no índice autorizado pela ANS; 2ª) introdução de mecanismos de co-participação, com revisão da mensalidade em índice inferior ao da 1ª opção; 3ª) alteração da rede assistencial sem qualquer revisão do valor das mensalidades.

2. PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A “boa saúde” parece ter deixado de fazer parte da utopia para entrar no horizonte do possível. O mapeamento dos genes que predisporiam nosso organismo a determinadas enfermidades e a possibilidade de intervir na prevenção de certos riscos permitem imaginar um futuro promissor. Não somente as intromissões no interior do organismo de cada indivíduo parecem trazer novas esperanças, como também multiplicaram-se os conhecimentos e a identificação dos riscos que ameaçam a saúde da população.

Segundo Caponi (2003), a bioestatística e a aplicação da tecnologia de informática na ação sanitária permitem mapear os riscos mais frequentes nas diferentes populações e criar estratégias de prevenção das enfermidades e de promoção da saúde. Para se entender o significado dessa evolução, torna-se necessário conhecer as diferenças entre os conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde.

2.1 Prevenção de doenças

Segundo Ferreira (1986), o termo prevenir tem o significado de *preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize*. Já a prevenção em saúde, de acordo com Leavell e Clark (1976), *exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença*. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; os objetivos da prevenção são o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. De acordo com Czeresnia e Freitas (2003), os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Arouca (1975) e Torres (2002) afirmam ainda que o movimento da medicina preventiva surgiu no período de 1920 a 1950, na Inglaterra, nos EUA e no Canadá, em um contexto

de crítica à medicina curativa. Esse movimento propôs uma mudança da prática médica por meio de reforma no ensino médico, buscando a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltou a responsabilidade dos médicos com a prevenção de doenças; introduziu a epidemiologia dos fatores de risco.

Segundo Arouca (1975), o discurso da medicina preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes: a Higiene, que surgiu no século XIX; a discussão dos custos da assistência médica; a redefinição das responsabilidades médicas que aparece no interior da educação médica. O autor destaca vários níveis de críticas feitas por esse discurso ao modelo vigente de formação e prática médicas:

1º – Da ineficiência da prática, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. A medicina curativa, portanto, caracteriza-se pela ausência de racionalidade.

2º – Da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Este fato levou ao desenvolvimento de uma prática instrumental e ao desaparecimento do humanismo médico.

3º – Do conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico. Esta conceituação, saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, abriu um novo espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área do conhecimento que se afirmava tridimensional e, portanto, exigia uma abordagem multidisciplinar (Biologia, Ciências Sociais e Psicologia).

4º – Das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizada dentro de um contexto de interesses puramente individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população.

5º – Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam às necessidades de atenção médica das comunidades. Este problema agravava-se para os países subdesenvolvidos, que estavam formando médicos segundo os padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social (AROUCA, 1975, p. 9).

A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de Leavell e Clark *Medicina preventiva*, de 1976, cuja primeira edição surgiu em 1958:

- a *triade ecológica* que define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre *agente, hospedeiro e meio ambiente*;
- o conceito de *história natural das doenças* é definido como:

todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, à invalidez, à recuperação ou à morte (patogênese) (LEAVELL & CLARK, 1976, p. 15).

- o conceito de *prevenção* definido como *ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença* (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 17). A prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária. A *prevenção primária* é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de *promoção da saúde* aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como *medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima*. Um segundo nível da prevenção primária seria a *proteção específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente*. A fase da *prevenção secundária* também se apresenta em dois níveis: o primeiro, *diagnóstico e tratamento precoce*, e o segundo, *limitação da invalidez*. Por fim, a *prevenção terciária* que diz respeito a ações de *reabilitação*.

Nos países do Primeiro Mundo, o desenvolvimento da perspectiva de prevenção de doenças direcionou-se aos estudos clínicos e epidemiológicos voltados para doenças não transmissíveis ou crônico-degenerativas. Isso ocorreu em função da chamada transição epidemiológica a partir da década de 50 do século XX. Técnicas de exames complementares com sofisticação crescente aperfeiçoaram as ações preventivas com base no diagnóstico precoce. Foram construídos recursos poderosos para prevenção de doenças, incapacidade e morte por problemas como cardiopatia isquêmica, algumas formas de câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas etc. Esse processo foi decorrente das pesquisas biológicas e epidemiológicas sobre agentes causais e fatores de risco. Segundo Terris (1996), relacionaram-se as doenças degenerativas a fatores causais do ambiente, como radiações, substâncias químicas tóxicas, e a estilos de vida, como o hábito de fumar, o consumo de alimentos gordurosos, de álcool e a falta de exercícios físicos.

Esse processo foi coexistente com a ampliação da tendência de capitalização intensiva e com o aumento da despesa da produção de serviços médicos em todos os sistemas. A

lógica da medicina curativa manteve-se hegemônica. Para Parmenter (1996), mudanças no padrão demográfico, a crescente sofisticação da tecnologia médica, a conseqüente demanda, também crescente, por tratamentos capazes de salvar e prolongar a vida, mobilizaram a necessidade de examinar mais de perto a natureza dos recursos dos serviços de saúde. A incorporação de alta tecnologia elevou progressivamente os custos dos procedimentos, conduzindo os sistemas de saúde dos países ocidentais a uma crise estrutural. Essa crise, conforme Teixeira (2001), gerou a necessidade de reformas nos sistemas de saúde. É nesse contexto que, especialmente no Canadá, ampliou-se a idéia de *promoção da saúde*.

No campo da saúde pública, a concepção de níveis de prevenção foi incorporada ao discurso da medicina comunitária no Brasil na década de 60 e orientou o estabelecimento de níveis de atenção nos sistemas e serviços de saúde que vigoram até hoje. Segundo Teixeira (2001), foi amplamente difundida durante os anos 70 e 80 juntamente com as propostas de Atenção Primária em Saúde e a idéia de “saúde para todos no ano 2000”, contida na declaração de Alma-Ata. Contudo, de acordo com Torres (2002), o desenvolvimento da medicina no Brasil manteve a predominância de uma prática individual, com enfoque curativo dos problemas de saúde e as dicotomias teoria-prática, psíquico-orgânico e indivíduo-sociedade. A poderosa influência bacteriológica no desenvolvimento da medicina interferiu para que se privilegiassem as intervenções específicas, individualizadas, de cunho predominantemente biológico, centradas no hospital e com progressiva especialização e incorporação indiscriminada de tecnologia. Consolidou-se, conforme Torres e Czeresnia (2003), a posição privilegiada da medicina e dos médicos na definição dos problemas de saúde e na escolha das ações necessárias ao controle, ao tratamento e à prevenção das doenças.

2.2 Epidemiologia

Segundo Filho (1994), o termo *epidemia* é de origem grega, formado pela reunião do prefixo *epi*, que denota “sobre, acima”, com o radical *demos*, que significa “povo”. O sufixo *logos* também provém do termo grego que designa “palavra, discurso, estudo”, derivado, por sua vez, de *legein*, ou seja, “falar, reunir, organizar”. Em síntese, a palavra Epidemiologia significa, etimologicamente, “ciência do que se abate sobre o povo”.

Compete à Epidemiologia a responsabilidade de descrever e explicar a situação de saúde de diferentes grupos da população, contribuindo, assim, com o desenvolvimento de serviços integrais para a promoção, defesa e restituição da saúde, e para a elevação das condições de vida. Compete também à investigação epidemiológica identificar e quantificar riscos relativos e atribuíveis, objetivando que, no contexto dos serviços definidos por situações de saúde específicas de cada grupo social, possa-se otimizar a atenção aos problemas prioritários do “grupo de risco” com base no enfoque de alto risco. Para Castellanos (1994), a conjunção de ambas as estratégias, com base em fundamentos epidemiológicos, conduz ao desenvolvimento de modelos assistenciais eficientes, eficazes e equitativos.

A Epidemiologia proporciona, segundo Rouquayrol e Goldbaum (2003), as bases para a avaliação das medidas de profilaxia, fornece pistas para diagnose de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, e enseja a verificação da consistência de hipóteses de causalidade. Além disso, estuda a distribuição da morbidade a fim de traçar o perfil de saúde-doença nas coletividades humanas; realiza testes de eficácia e de inocuidade de vacinas; desenvolve a vigilância epidemiológica; analisa os fatores ambientais e socioeconômicos que possam ter alguma influência na eclosão de doenças e nas condições de saúde; constitui um dos elos de ligação comunidade / governo, estimulando a prática da cidadania por meio do controle, pela sociedade, dos serviços de saúde.

Segundo a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), são três os objetivos da Epidemiologia:

- descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas;
- proporcionar dados essenciais para o planejamento, a execução e a avaliação das ações de prevenção, para o controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades;
- identificar fatores etiológicos na genes das enfermidades.

2.2.1 Epidemiologia e Avaliação Econômica para a tomada de decisão

Nos meios assistenciais, está cada vez mais presente a idéia da necessidade da Avaliação Econômica como decorrência da limitação dos recursos disponíveis, que serão sempre menores do que as necessidades potenciais ou do que a demanda de intervenções sanitárias. Os serviços de saúde dispõem de uma limitada quantidade de recursos que devem ser usados segundo critérios de equidade e, por conta disso, é um imperativo ético a otimização do benefício gerado pelo emprego dos recursos.

O uso das análises epidemiológicas para determinar a eficácia e a efetividade das intervenções e das análises econômicas, que calculam a relação entre os efeitos e os custos incorridos, é um instrumento adequado para a tomada de decisões. Nesse aspecto, é da maior relevância que gestores, prestadores de serviço e profissionais da saúde conheçam de modo suficiente os fundamentos básicos da Avaliação Econômica da Saúde para adoção dessa ferramenta na prática profissional.

A Avaliação Econômica da Saúde permite diminuir a arbitrariedade na tomada de decisões sobre o uso dos recursos disponíveis, configurando um instrumento essencial e indispensável para melhorar a prática em saúde e também para obter melhores resultados a um custo “assumível” pela comunidade.

2.2.2 A vigilância epidemiológica

O controle das doenças transmissíveis tem-se baseado em intervenções que procuram interromper um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão dos agentes causadores de doenças ao ser humano. Sabe-se, entretanto, que a interação do homem com o meio ambiente é muito complexa, envolvendo fatores ainda desconhecidos em dado momento, ou que podem variar de um momento a outro, interferindo na cadeia epidemiológica. Por conseguinte, os métodos de intervenção tendem a ser aprimorados ou substituídos na medida em que novos conhecimentos são aportados, seja por descobertas científicas ou pela observação sistemática do comportamento das doenças frente à utilização dos procedimentos de controle e

prevenção estabelecidos. A evolução desses conhecimentos contribui também para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde na contínua busca do seu aprimoramento.

Avaliar a qualidade das ações e dos serviços de saúde é fundamental. O conhecimento do desempenho dos serviços constitui um elemento de vital importância na dinâmica evolução de um sistema de saúde, desejável e economicamente viável em qualquer país. Teoricamente, pode-se avaliar qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização, abrangendo prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação, procedimento, produto, programa, serviço, componentes isolados ou a totalidade do sistema de saúde.

Dessa forma, podem-se estabelecer algumas metas de desempenho e critérios para atingir a qualidade desejada nos serviços de saúde:

- *eficácia* – capacidade de produzir o efeito desejado em condições ideais de uso;
- *efetividade* – capacidade de produzir o efeito desejado, quando em uso rotineiro; relação entre o impacto real e o impacto potencial;
- *eficiência* – relação entre o impacto real e o custo das ações;
- *equidade* – distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população;
- *acesso* – remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis;
- *adequação* – número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda;
- *aceitação* – fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais ou de outra natureza, com as expectativas dos usuários em potencial;
- *qualidade técnico-científica* – aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponíveis.⁸

Em 1975, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Esse sistema, formalizado por meio da Lei 6.259, do mesmo ano, e do Decreto 78.231, que a regulamentou em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país. Buscava-se, na ocasião, compatibilizar a operacionalização de

estratégias de intervenção desenvolvidas para controlar doenças específicas por meio de programas nacionais que eram, então, escassamente interativos.

A partir de então, a crescente complexidade organizacional e programática do setor saúde determinou a agregação progressiva de novas doenças – inclusive não transmissíveis – ao sistema nacional. Paralelamente, os sistemas estaduais tornaram-se mais diferenciados, refletindo as peculiaridades regionais.

A promulgação da Lei 8.080 que instituiu, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve importantes desdobramentos na área de vigilância epidemiológica. Segundo dados do Informe Epidemiológico do SUS (IESUS) de 1993, o texto legal manteve o SNVE, oficializando o conceito de vigilância epidemiológica como:

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores de determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Assim define as competências específicas da direção municipal: planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde, e gerir e executar os serviços públicos de saúde, e no inciso IV, explicita executar serviços de: a) vigilância epidemiológica.

Embora essa definição não modifique a essência da concepção até então adotada pelo SNVE, ela faz parte de um contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, que prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde e a conseqüente eliminação da dicotomia tradicional entre essas duas áreas – que tanto dificulta as ações de vigilância. Além disso, um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções, sob comando único em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal –, o que implica o direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica no país.

O processo de democratização da sociedade brasileira nos anos 80 e a atuação do movimento sanitário, materializado no marco institucional do conceito ampliado de saúde na Constituição de 1988, assim como a Lei nº 8.080, de 1990, criaram as condições para que, na década de 90, as discussões em torno da reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do SUS tornassem possível conceber a proposta de ação baseada na vigilância da saúde. O que se considerava,

como observa Paim (2001), era a perspectiva de incorporar a promoção e a proteção da saúde ao conjunto de medidas adotadas pelo SUS, articulando as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e de assistência médico-hospitalar, e integrando-se à intervenção social organizada às políticas públicas trans-setoriais que configuram o espaço da promoção da saúde.

2.3 Promoção da saúde

A discussão do conceito de promoção da saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde – do latim *salute*. A saúde é definida pelos dicionaristas como *o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal*⁹.

De acordo com Ferreira (1986), o termo “promover” tem o significado de *dar impulso a; fomentar; originar; gerar*. Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois, conforme Leavell e Clark (1976), refere-se a medidas que *não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais*. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.

Segundo Buss (2003), o conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental. Três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. As conferências seguintes realizaram-se em Jakarta, em 1997, e no México, no ano 2000. Na América Latina, realizou-se, em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Essas conferências contribuíram para o desenvolvimento do conceito de saúde. Mais recentemente, o Fórum de Saúde Suplementar (2003) discutiu a importância desses conceitos e a possível aplicação na assistência médica suplementar.

No final do século XVIII e na primeira metade do século XIX, o processo de urbanização e industrialização na Europa provocou grandes transformações sociais: as condições de vida e de trabalho nas cidades estavam deterioradas e se fizeram acompanhar de um aumento da ocorrência de epidemias. Os médicos, envolvidos com o intenso movimento social que emergiu neste período, ao relacionarem a doença com o ambiente, articulavam-no também às relações sociais que o produziam. A medicina fundia-se à política e expandia-se em direção ao espaço social, como literalmente expressou Virchow na célebre frase citada por Rosen (1979): *A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala*. As ocorrências das doenças foram, então, associadas às condições de existência e às formas de vida dos indivíduos, transformando-se historicamente de acordo com essas condições.

A perspectiva *anticontagionista* atribuía à doença um desequilíbrio do conjunto de circunstâncias que interferem na vida de um indivíduo ou de uma população, constituindo uma predisposição favorável ao surgimento de doenças. O movimento *contagionista*, que, ao contrário, enfatizava a necessidade de precisar uma causa específica como origem da doença, de acordo com Ackerknecht (1948), foi considerado conservador e ultrapassado. Porém, segundo Czeresnia (1997), tornou-se, de certa forma, vitorioso quando ganhou uma qualidade distinta com o surgimento da teoria dos germes.

As doenças passaram então a ser compreendidas como a relação entre agente etiológico, alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas. A explicação microbiológica para a causa das enfermidades, de acordo com Nunes (1998), forneceu à medicina a condição de interferir no curso das doenças transmissíveis, que eram o principal problema de saúde pública. O doente e o seu ambiente passaram para um plano secundário e estabeleceu-se uma relação de causa e efeito entre germe e doença. A preocupação principal do médico, segundo Rosen (1979), tornou-se a doença, e não o paciente.

O conflito entre aqueles que propunham prioritariamente causas e intervenções gerais – por exemplo, sobre a fome e a miséria –, e os que buscavam prioritariamente causas e intervenções específicas continuou existindo. Mckeown (1979), por exemplo, demonstrou que a redução da mortalidade na Inglaterra depois de 1840 foi, em escala

muito maior, devido ao desenvolvimento econômico, a uma melhor nutrição e outras mudanças favoráveis ao nível de vida do que às intervenções específicas da medicina.

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão *promoção da saúde* foi Sigerist (1946), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Além disso, ao listar os principais pontos de um programa nacional de saúde, Sigerist destacou a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho, e a oportunidade para descanso e recreação como os três mais importantes, deixando a atenção médica na quarta posição.

O documento oficial do Governo do Canadá *A new perspective on the health of Canadians*, também conhecido como *Informe Lalonde*, do então Ministro da Saúde Marc Lalonde, publicado em 1974, é um dos marcos desta tendência (BERRIDGE, 2000). Esse documento define o conceito de campo da saúde como constituído de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. Além disso, apresenta uma referência explícita à necessidade de racionalização dos gastos com assistência à saúde ao mesmo tempo em que se apóia no questionamento da abordagem exclusivamente médica devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava:

Até agora, quase todos os esforços feitos pela sociedade para melhorar a saúde e a maioria dos gastos diretos em saúde centraram-se na organização dos serviços de atenção sanitária. Sem dúvida, quando identificamos as principais causas atuais de doença e morte no Canadá, vemos que estão arraigadas nos outros três elementos do conceito: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que gastam-se grandes somas no tratamento de doenças que poderiam ser evitadas (LALONDE, 1974).

Dentro dessa perspectiva, propõe a inclusão dos quatro amplos componentes, biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde, como parte da dimensão ampliada, por meio da qual a saúde deva ser abordada nas políticas. A grande contribuição desta visão unificada foi relacionar as determinações como parte do processo para buscar a melhoria das condições de saúde.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o *United Nations Children's Fund* (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata.

A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e recomendando a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais:

- educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle;
- promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- abastecimento de água e saneamento básico apropriado;
- atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar;
- imunização contra as principais doenças infecciosas;
- prevenção e controle de doenças endêmicas;
- tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes;
- distribuição de medicamentos básicos.

Desde 1980, o Ministério da Saúde do Canadá e o Escritório da OMS na Europa passaram a desenvolver uma produtiva cooperação no desenvolvimento de conceitos e práticas em promoção da saúde, que culminou com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, em Ottawa, no Canadá, sob os auspícios da OMS, da *Canadian Public Health Association* (CPHA) e do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá.

A Carta de Ottawa afirma oficialmente a constatação de que os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de tratamento. Esse documento postula a idéia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa ainda aponta questões muito amplas como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, recursos sustentáveis, justiça social, equidade. Ao mesmo tempo, define promoção da saúde como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*. Essa ampla gama de pré-requisitos se expressa nos cinco campos de ação preconizados para a promoção da saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;

- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação do sistema de saúde.

A conferência de Adelaide, realizada em 1988, elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e pela preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Nesse conceito, conforme Buss (2003), podem-se identificar os componentes de intersectorialidade, que têm marcado, desde então, o discurso da promoção da saúde, bem como a idéia de responsabilidade do setor público, não só pelas políticas sociais, como também pelas políticas econômicas e pelo seu impacto sobre a situação de saúde e o sistema de saúde.

A Conferência de Adelaide identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis:

- apoio à saúde da mulher;
- alimentação e nutrição;
- tabaco e álcool;
- criação de ambientes favoráveis.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsväl, na Suécia, em 1991, foi a primeira a focar a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos, tomando como tema os ambientes favoráveis ou saudáveis. A conferência, segundo Buss (2003), lançou uma declaração convocando as pessoas, as organizações e os governos, em todas as partes do mundo, a se engajarem ativamente no desenvolvimento de ambientes – físicos, sociais, econômicos e políticos – mais favoráveis à saúde.

Na conferência, são ressaltados quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde:

- a dimensão social;
- a dimensão política;
- a dimensão econômica;

- a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os políticos e econômicos.

A Conferência Internacional de Jakarta foi a primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento. Depois de serem reafirmados os vínculos entre saúde e desenvolvimento, e, sobretudo, a contribuição da saúde para o desenvolvimento, a Declaração de Jakarta enfatiza o surgimento de novos determinantes da saúde, destacando os fatores transnacionais:

- a integração da economia global;
- os mercados financeiros e o comércio;
- o acesso aos meios de comunicação;
- a continuação da degradação ambiental, apesar de todos os alertas internacionais feitos sobre este tema em particular.

É importante ressaltar que consta da declaração final do evento a participação do setor privado nas atividades de promoção da saúde. Foram definidas cinco prioridades para o campo da promoção da saúde:

- promover a responsabilidade social com a saúde;
- aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde;
- consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis do governo e da sociedade;
- aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos;
- assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

No Brasil, a conceituação ampla de saúde, incluindo a noção de promoção da saúde, foi incorporada ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL/MS, 1986 apud CZERESNIA et al., p. 46).

A linha divisória que separa a prevenção da promoção apresenta-se com mais precisão no conteúdo teórico do que na prática. As práticas em prevenção de doenças, da mesma forma que na promoção da saúde, fazem uso do conhecimento técnico e científico

específico do campo da saúde. Os profissionais de saúde estão envolvidos com as duas práticas.

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde, e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar.

Já a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades, ou de uma enfermidade específica; seus focos são a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que geram ou precipitam.

O Fórum de Saúde Suplementar reuniu representantes de todos os setores da sociedade envolvidos na relação entre mercado, governo e meio acadêmico para discutir temas pertinentes à assistência privada à saúde e propor uma política nacional de saúde que englobasse o setor de saúde suplementar a partir de um balanço das medidas adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, desde a sua criação.

Dentre os diversos temas discutidos, dois merecem destaque para este trabalho, quais sejam: *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS*, apresentado por Dina Czeresnia, e *Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde*, por Cláudio da Rocha Miranda (http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude).

Czeresnia fez uma abordagem sobre os antecedentes históricos da prevenção de doenças e promoção da saúde, propondo à ANS a criação de medidas de incentivo, inclusive de natureza econômica, para a implantação de programas que poderiam ser adotados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, a realização de estudos de custo-efetividade de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no contexto das diferentes modalidades de planos, bem como a elaboração de normas clínicas preventivas, estabelecidas com base em recursos metodológicos adequados.

Já Cláudio da Rocha Miranda tratou inicialmente dos paradoxos e paradigmas dos sistemas de saúde no Brasil, do impacto da legislação de saúde suplementar nos planos

de saúde, da dificuldade de custeio por parte das operadoras diante da elevação dos custos de assistência médica, dos diferentes mecanismos de controle e prevenção de doenças, e de controle de custos adotados pelas operadoras, do marketing como estratégia de prevenção, da importância da tecnologia de informação, da medicina baseada em evidências e da promoção da saúde.

Segundo este autor, a questão do custo tem sido “pano de fundo” para um cenário em que todos os atores se mostram insatisfeitos, apontando para a necessidade de revisão do modelo de gestão do sistema. Dessa forma, o modelo assistencial necessita de uma atividade mais gerenciada de oferta de serviços, de forma a se obter uma relação mais favorável em termos de custo-benefício e custo-efetividade. Para isso, o desenvolvimento deste tipo de atividade deve estar fundamentado em um processo competente de planejamento e avaliação de ações de saúde que sejam voltadas ao atendimento das necessidades dos beneficiários e executadas por meio de modelos que garantam a resolução com menor custo para o sistema.

Além disso, acredita que a intervenção no processo em cada momento pode estar subsidiada por informações obtidas a partir da aplicação de métodos epidemiológicos observacionais ou dos ensaios da Epidemiologia Clínica, e que a avaliação de resultados em termos de custo e efeitos nos níveis e nas condições de saúde dos beneficiários pode se fundamentar em modelos de estudos econômicos.

⁸<http://planeta.terra.com.br/saude/antibios/pdf/vigilancia.pdf>

⁹Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.

3. MODELOS INTERNACIONAIS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Após uma abordagem histórico-conceitual, passa-se agora a uma dimensão prática da pesquisa, onde serão apontadas algumas iniciativas de prevenção de doenças e promoção da saúde nos setores público e privado, com base na descrição de um dos maiores centros de controle e prevenção de doenças dos Estados Unidos, bem como de uma operadora pioneira na adoção de programas de prevenção e promoção daquele país, que é considerado uma referência para algumas operadoras de planos privados de assistência à saúde brasileiras que se utilizam do *benchmarking*¹⁰ para adotar esse tipo de programa, como será mostrado ao final deste trabalho.

3.1 *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) – Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos

Localizado em Atlanta, Geórgia, Estados Unidos, o *Center for Disease Control and Prevention* – Centro de Controle e Prevenção de Doenças – é uma agência do *Department of Health and Human Services* – Departamento de Saúde e Serviços Humanos – reconhecida como a agência federal mais importante para a proteção da saúde e a segurança da população – dentro e fora do país, fornecendo informações para aumentar as decisões de saúde e promovendo a saúde por intermédio de parceiros.

O CDC, que tem como missão *promote health and quality of life by preventing and controlling disease, injury, and disability*, ou seja, promover saúde e qualidade de vida por meio da prevenção e do controle de doenças, lesões e incapacidades, procura executar sua missão trabalhando com parceiros pelo país e pelo mundo para monitorar a saúde, detectar e investigar problemas de saúde, conduzir pesquisas para aumentar a prevenção, desenvolver e defender as políticas de saúde pública, implementando estratégias de prevenção, promovendo comportamentos saudáveis, estimulando ambientes seguros e saudáveis, e provendo liderança e treinamento.

Atuando desde 1946, o Centro tem desenvolvido e mantido parcerias com entidades públicas e privadas. No ano 2000, a força de trabalho do CDC compreendia aproximadamente oito mil e quinhentos funcionários em cento e setenta áreas com foco em saúde pública. Embora a sede nacional do CDC seja em Atlanta, mais de dois mil funcionários trabalham em outros locais, incluindo quarenta e sete departamentos de saúde estaduais. Aproximadamente cento e vinte pessoas trabalham em outros quarenta e cinco países. O CDC inclui doze centros, institutos e escritórios.

Mediante a assistência aos departamentos de saúde locais e estaduais, o CDC trabalha para proteger o público diariamente: do uso da tecnologia inovadora do *fingerprinting* – impressão digital – até a identificação de doenças de origem alimentar; da avaliação de programas de prevenção de violência familiar em uma comunidade urbana e do treinamento de parceiros na educação do HIV à proteção de crianças contra doenças “preveníveis” com a utilização de vacina.

Trabalhando com parceiros da saúde pública e da população, e de acordo com levantamento de opiniões pela Internet e por meios de comunicação, é possível obter melhores informações em saúde e segurança.

Os principais componentes organizacionais do CDC respondem individualmente em suas áreas de *expertise*, mas juntam seus recursos e conhecimentos para reduzir os perigos específicos referentes à saúde.

O *National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities* (NCBDDD) – Centro Nacional de Defeitos Congênitos e Incapacidades Desenvolvidas – previne defeitos congênitos e incapacidades desenvolvidas, promovendo a melhoria da saúde e do bem-estar de pessoas com incapacidades.

O *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* (NCCDPHP) – Centro Nacional para Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde – previne morte prematura e incapacidades decorrentes de doenças crônicas.

O *National Center for Environmental Health* (NCEH) – Centro Nacional para a Saúde Ambiental – previne e controla doenças e mortes decorrentes de interações entre as pessoas e seu meio ambiente.

O *National Center for Health Statistics* (NCHS) – Centro Nacional para Estatísticas de Saúde – fornece informações estatísticas que guiam ações e políticas para melhorar a saúde.

O *National Center for HIV, STD, and TB Prevention* (NCHSTP) – Centro Nacional para Prevenção do HIV, DST e TB – previne e controla infecções pelos vírus da imunodeficiência humana, de doenças sexualmente transmissíveis e da tuberculose.

O *National Center for Infectious Diseases* (NCID) – Centro Nacional para Doenças Infecciosas – previne doenças, incapacidades e mortes causadas por infecções.

O *National Center for Injury Prevention and Control* (NCIPC) – Centro Nacional para Prevenção e Controle de Lesões – previne mortes e incapacidades de lesões não-ocupacionais, incluindo aquelas que são não intencionais e aquelas que resultam de violência.

O *National Immunization Program* (NIP) – Programa Nacional de Imunização – previne doenças, incapacidades e mortes por doenças, utilizando vacina em crianças e adultos.

O *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) – Instituto Nacional para Saúde e Segurança Ocupacional – proporciona segurança e saúde para todas as pessoas nos locais de trabalho por meio de pesquisa e prevenção.

O *Epidemiology Program Office* (EPO) – Escritório de Programa Epidemiológico – fortalece o sistema de saúde pública, coordenando a vigilância em saúde pública, fornecendo suporte nas comunicações científicas, estatísticas e epidemiológicas, e oferecendo treinamento em vigilância, epidemiologia e efetividade da prevenção.

O *Public Health Practice Program Office* (PHPPPO) – Escritório do Programa de Prática em Saúde Pública – fortalece a prática comunitária da saúde pública por intermédio de uma força de trabalho efetiva, construindo rede de informações, conduzindo pesquisas práticas e assegurando a qualidade laboratorial.

O *Office of the Director (CDC/OD)* – Escritório Diretor ou Central – gerencia e dirige as atividades dos Centros de Prevenção e Controle de Doenças, coordenando os programas médico-científicos do CDC.

Considerando que o objetivo deste trabalho é discutir a prevenção de doenças e a promoção da saúde, a seguir, será feita uma abordagem mais detalhada do Centro Nacional para Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde .

3.2 *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP)* – Centro Nacional para Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde

A missão do NCCDPHP consiste em:

- prevenir morte e incapacidade por doenças crônicas;
- promover saúde materna, infantil e do adolescente;
- promover comportamentos pessoais saudáveis;
- promover parcerias com agências de educação e saúde, associações de voluntários, setor privado e outras agências federais.

Doenças crônicas, tais como doenças cardíacas, câncer, diabetes e acidente vascular cerebral – derrame –, são as principais causas de morbidade e incapacidade nos Estados Unidos, responsáveis por cerca de 70% das mortes. Mais de noventa milhões de pessoas vivem com doenças crônicas naquele país. Essas doenças são responsáveis por sete em cada dez mortes e afetam profundamente a qualidade de vida dos americanos. Embora as doenças crônicas estejam entre os problemas de saúde mais frequentes e dispendiosos, elas também estão entre os mais “preveníveis”. Acredita-se que adotar comportamentos salutarres, tais como ingestão de alimentos nutricionais saudáveis, estar fisicamente ativo e evitar o uso de tabaco, pode prevenir ou controlar os efeitos devastadores dessas doenças.

O NCCDPHP está na linha de frente das ações dos Estados Unidos na prevenção e no controle de doenças crônicas. O centro conduz estudos para o melhor entendimento das causas dessas doenças, apóia programas para promoção de comportamentos saudáveis e

monitora a saúde da nação por meio de pesquisas. Fundamentais para o sucesso desses esforços são as parcerias com agências de educação e saúde estaduais, associações de voluntários, organizações privadas e outras agências federais.

O NCCDPHP é líder nacional em áreas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas. Conduz ainda a vigilância em saúde pública, estudos epidemiológicos e intervenções comportamentais pela disseminação de linhas mestras e recomendações. Oferece tanto assistência a agências de educação e saúde locais, estaduais e federais, quanto a organizações de saúde nacionais e internacionais, instituições acadêmicas, fundações filantrópicas, organizações profissionais, comunitárias, de modo a ampliar a capacidade de prevenir doenças crônicas e promover comportamentos saudáveis em todo o país.

Os recursos aplicados compreendem cerca de US\$ 900 milhões – novecentos milhões de dólares –, mais de novecentos funcionários e despesas externas totalizando aproximadamente US\$ 738 milhões – setecentos e trinta e oito milhões de dólares. O número de estados que participaram dos programas de doenças crônicas em 2002 pode ser ilustrado no gráfico a seguir:

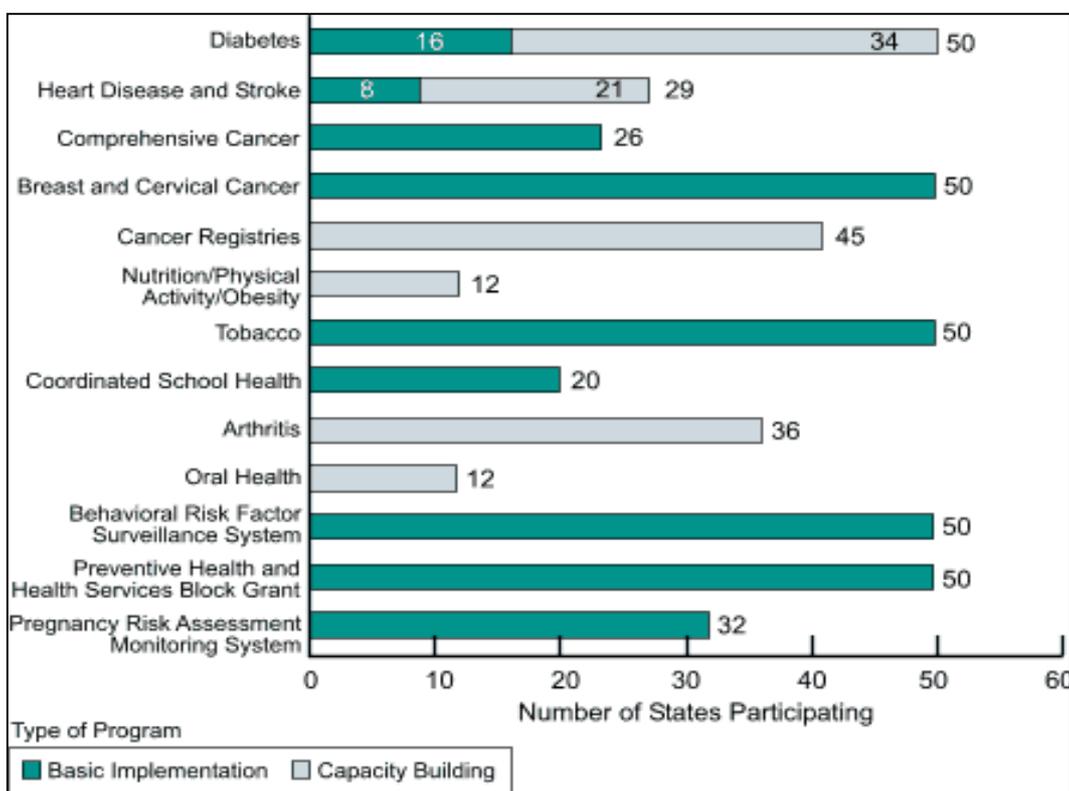


Gráfico 5 – Estados que participam dos programas de doenças crônicas
Fonte: www.cdc.gov, 2004

Segundo o gráfico 5, dois tipos de programas são utilizados pelos estados:

- *Capacity building* – Construção da capacitação – financia o fortalecimento da capacidade dos estados por meio de um programa desenhado para avaliar e reduzir o volume e as disparidades em doenças crônicas e fatores de risco associados, incluindo a orientação das intervenções de prevenção, controle e estratégias de distribuição;
- *Basic implementation* – Aplicação ou implementação básica, anteriormente conhecida como compreensiva – financia, por meio do trabalho com parceiros, o estabelecimento de políticas que apóiam a promoção da saúde, mudanças no sistema, intervenções no meio ambiente, marketing social e esforços de comunicação em nível local e estadual. Os estados podem estabelecer intervenções sistêmicas ambientais em comunidades com alta prioridade, atingindo grupos de alto risco, disseminando o conhecimento adquirido com outros estados.

3.3 O papel do CDC nos programas estaduais

O Centro Nacional para Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde (NCCDPHP) do CDC trabalha para assegurar que os avanços científicos e a pesquisa comportamental sejam colocados em prática na prevenção e no controle de doenças crônicas em todo o país. Achados científicos-chave, além de largamente adotados como práticas comunitárias, são aplicados e avaliados, repercutindo nas políticas de saúde local e estadual.

O CDC fornece apoio e assistência a estados para desenvolver programas de prevenção global e sustentável, atingindo as causas de morte e incapacidade, tais como doenças cardíacas, derrame cerebral, câncer e diabetes, e seus principais fatores de risco, incluindo tabagismo, nutrição deficiente e falta de atividade física – sedentarismo.

O CDC fornece:

- pesquisa em saúde pública para medir a frequência das doenças, identificar populações de risco, avaliar a efetividade dos programas-alvo;

- *expertise* científica e técnica em áreas como epidemiologia, desenho de programas e avaliação;
- educação pública e profissional;
- estratégias de comunicação efetivas para promover saúde.

Além disso, o CDC promove programas com base estadual que estimulam comportamentos saudáveis e reduzem os fatores de risco para doenças crônicas. Por intermédio de seus parceiros de saúde estaduais e locais, o CDC ajuda a alcançar comunidades mais saudáveis mediante políticas efetivas.

3.4 O CDC enquanto protetor da saúde e da segurança

A resposta do CDC a desastres naturais, surtos – ataques – de doenças infecciosas e outras emergências que ameaçam a saúde da população é facilitada pelo Programa de Serviço de Inteligência Epidemiológica (EIS).

Com suporte do EIS, o CDC tem ajudado a estabelecer os Programas de Treinamento do Campo Epidemiológico. Esses programas estão focados na epidemiologia aplicada e no aumento da capacidade dos países para detectar e conter surtos de doenças.

A *National Occupational Research Agenda* (NORA) – Agenda Nacional de Pesquisa Ocupacional –, iniciada em 1996 pelo CDC e por seus parceiros para melhorar a segurança e a saúde dos trabalhadores, fornece um modelo – esquema – para orientar a pesquisa em saúde e segurança ocupacional.

A *PulseNet* é uma rede nacional de vigilância de doenças que detecta surtos decorrentes da alimentação em função de exposições comuns ocorridas simultaneamente em localizações isoladas.

O *National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program* (NBCCEDP) – Programa Nacional de Detecção Precoce do Câncer de Mama e Cervical – cede serviços importantes de *screening* – triagem – para mulheres não cobertas por planos de saúde.

O *National Biomonitoring Program* – Programa Nacional de Biomonitoramento – colabora com instituições acadêmicas, agências federais e outros parceiros na mensuração da exposição humana a substâncias tóxicas e outros efeitos adversos de tal exposição.

3.5 O CDC e as informações que otimizam as decisões em saúde

O CDC tem como desafio:

- melhorar a saúde da população mediante o uso da ciência – colocando a ciência em ação;
- prevenir a violência e a lesão não intencionais;
- utilizar novas tecnologias para fornecer informações com credibilidade;
- proteger os indivíduos contra doenças infecciosas emergentes, incluindo o bioterrorismo;
- eliminar as disparidades raciais / étnicas em saúde;
- estimular ambientes seguros e saudáveis;
- trabalhar com parceiros para ampliar a saúde global.

Entre as fontes de informação e os programas implementados pelo CDC, destacam-se:

- *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) – Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade – apresenta dados de doenças específicas transmitidos pelos departamentos de saúde estaduais e territoriais. Inclui relatos de doenças infecciosas e crônicas, riscos ambientais, desastres naturais e causados pelo homem, doenças e lesões ocupacionais, intencionais e não intencionais.
- *Emerging Infectious Disease Journal* – Jornal de Doenças Infecciosas Emergentes – visa ao combate a doenças infecciosas emergentes pelo aumento da disseminação da informação em saúde pública, de modo que as medidas de prevenção possam ser implantadas sem demora.

- *National Vital Statistics System* – Sistema Nacional de Estatísticas Vitais – produz indicadores-chave em saúde a partir de declarações de nascimento e óbito.
- *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)* – Sistema de Vigilância de Fator de Risco Comportamental – aponta a prevalência de riscos comportamentais e as percepções de variação das questões de saúde. Os dados do BRFSS são usados para planejar, implementar e avaliar programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças.
- *Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)* – Sistema de Vigilância de Comportamento de Risco em Jovens – fornece dados da prevalência dos comportamentos relacionados à saúde praticados por jovens.
- *Public Health Training Network* – Rede de Treinamento em Saúde Pública – oferece oportunidades de treinamento desde 1993.
- *Centers of Excellence for Birth Defects Prevention Research (NCBDDD)* – Centros de Excelência de Pesquisa da Prevenção de Defeitos congênitos – acompanha os casos de crianças nascidas com anomalias congênitas importantes.

O CDC concede ainda blocos de serviços de saúde e prevenção às doenças, a fim de melhorar a qualidade de vida, reduzir a incidência de doenças e mortes prematuras.

O CDC trabalha com uma ampla faixa de parceiros para implementar programas de prevenção ao HIV. Financia, por exemplo, agências de educação e saúde, e organizações comunitárias para conduzir localmente programas de prevenção ao HIV – moldado – de acordo com as necessidades de cada comunidade.

Além disso, o CDC estabeleceu o *Bioterrorism Preparedness and Response Program* – Programa de Prontidão e Resposta ao Bioterrorismo – para proteger a saúde pública no caso de ataque terrorista biológico ou químico.

O *Reach 2010 program* – Programa Alcance 2010 – é um projeto de demonstração que financia coalizões de base comunitária com o objetivo de eliminar disparidades raciais / étnicas locais em saúde.

O *Director General's 'new Stop TB Initiative'* – Diretório Geral da nova “Iniciativa de Pare a Tuberculose” –, da Organização Mundial de Saúde (OMS), ajuda a mapear a tuberculose epidêmica e seu impacto nos Estados Unidos.

Em relação à vacinação, o CDC protegeu a saúde de crianças em idade pré-escolar, atingindo um recorde de mais de 80% de taxa de imunização em 1999. Pretende ainda melhorar as taxas de imunização de adultos mediante intervenções recomendadas pelo *Guide to Community Preventive Services* – Guia de Serviços Preventivos Comunitários. Participa da iniciativa global HIV/AIDS, *Leadership and Investment in Fighting an Epidemic* – Liderança e Investimento na Luta contra uma Epidemia (LIFE) –, tendo como alvo os países onde a epidemia de HIV se apresenta de forma mais severa e o impacto potencial do programa é maior.

O *National Syphilis Elimination Plan* – Plano Nacional de Eliminação da Sífilis – fornece financiamento suplementar para países que relataram 50% de todos os casos de sífilis e para áreas com história prévia de altos níveis de morbidade e alto potencial de reincidência de sífilis. Trabalhou também com outros departamentos / outras agências com o intuito de desenvolver um plano de ação em saúde pública para combater a resistência antimicrobiana reemergente.

3.6 A iniciativa de uma empresa privada nos USA: *Guidelines* – diretrizes clínicas – da HMO GHI¹¹

Nomeada, inicialmente, de *Group Health Association* (GHA) – Associação de Saúde em Grupo – a *Group Health Incorporated* (GHI) – Organizações de Saúde em Grupo – é uma companhia norte-americana, criada em 1937, inicialmente como uma associação sem fins lucrativos. Nesta ocasião, foi contratada por uma grande empresa de financiamento imobiliário como forma de reduzir a inadimplência nos empréstimos imobiliários, resultantes da crise nos orçamentos familiares em função de despesas médicas assumidas por muitos dos mutuários (MEDICI, 2003).

A GHI foi a primeira operadora a oferecer plano em regime de pré-pagamento, prestando benefícios médicos de natureza preventiva e de rotina, assim como cobertura para procedimentos cirúrgicos e obstétricos. A GHI adota essa prática, desde 1940.

Em 1944, estabeleceu-se em Nova Iorque. Hoje, tem mais de dois milhões e meio de afiliados, o que a tornou a maior operadora de plano de saúde sem fins lucrativos do Estado, e ainda oferece um leque de coberturas médica, dental e de saúde mental (GHI, 2004).

Em 1999, a GHI criou uma *Health Maintenance Organization* (HMO)¹² como sua subsidiária, que, após dois anos, foi acreditada pelo *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) – Comitê Nacional de Garantia de Qualidade.

O NCQA é uma organização privada sem fins lucrativos, ativa na vigilância da qualidade e nas iniciativas de melhoria em todos os níveis do sistema de assistência à saúde, da avaliação completa dos sistemas de assistência ao reconhecimento de prestadores individuais que demonstram excelência. A organização é freqüentemente referida como a guardiã da indústria do *managed care* em função de seu trabalho de avaliar e relatar a qualidade dos planos nesse modelo assistencial por meio de programas de acreditação e aferição do desempenho. Esses programas são estratégias complementares para a produção de informações que os consumidores e os empregadores podem se utilizar para a tomada de decisão quanto à escolha de sua assistência à saúde. Para obter a acreditação do NCQA, um plano de saúde precisa informar seu desempenho em áreas selecionadas, incluindo a satisfação dos beneficiários, a qualidade da assistência, o acesso e os serviços. Mais da metade dos Estados americanos reconhecem a acreditação do NCQA como um conjunto de critérios regulatórios para os planos de saúde, evitando a necessidade de uma revisão estadual separada.

Vale mencionar que a HMO GHI desenvolveu *guidelines* de prevenção em saúde baseados nas recomendações da *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) – Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos –, da *American Academy of Pediatrics* – Academia Americana de Pediatria –, entre outras, cobrindo serviços de prevenção em saúde de recém-nascidos a adultos. Esses *guidelines* são revistos e atualizados a cada dois anos.

A HMO GHI apóia a posição da USPSTF, na medida em que incorpora benefícios de prevenção na prática médica. Visivelmente ampliados, esses benefícios, após a introdução de serviços preventivos clínicos efetivos, diminuíram a incidência das condições debilitantes. Os serviços preventivos para a detecção precoce de doenças também estão associados a reduções importantes na morbidade e mortalidade.

O objetivo desses *guidelines* é delinear os serviços que podem ser prestados aos beneficiários das HMO GHI como parte de uma rotina de prevenção na assistência à saúde, o que não substitui a avaliação clínica do médico. A prevenção na assistência à saúde inclui alguns serviços, como exames físicos, imunizações, testes de triagem, aconselhamento e esquemas quimioproláticos, que são geralmente prestados pelos *Primary Care Providers* (PCP's) – Provedores de Atenção Primária –, podendo incluir as seguintes práticas: médico de família, medicina interna, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Esses *guidelines* são recomendados para pacientes que não apresentam sintomas ou doenças. Espera-se que a prestação de serviços do profissional considere as necessidades individuais do paciente.

3.6.1 *Guidelines* de prevenção em saúde para crianças

Idade	Cuidado preventivo	Testes e triagem	Imunização	Hábitos saudáveis e educação	Criança de risco
0 a 19 anos	Avaliação a qualquer momento: nas duas primeiras semanas, aos 2, 4, 6, 9, 12 e 15 meses.	De 0 a 24 meses: circunferência da cabeça, teste auditivo, altura, exame físico, peso, testes metabólicos, triagens de chumbo, triagem de anemia, teste de HIV e de tuberculose, se justificados. De 2 a 19 anos: anualmente – altura, exame da cavidade oral, exame físico, visão e peso. Se necessário, triagem para colesterol e tuberculose.	Esquema de imunização aprovado pelo Comitê Consultivo de Práticas de Imunização da Academia Americana de Pediatria e da Academia Americana de Médicos de Família.	Orientações comportamentais: uso de flúor, temperatura da água, envenenamento, prevenção de lesões – uso de assento para carros, posições para dormir, detector de fumaça e uso de filtro solar.	Inclui, mas se limita a: crianças prematuras ou com baixo peso ao nascer, filhos de mulheres com risco de HIV, crianças expostas à tuberculose e a indivíduos imunocomprometidos, filhos de imigrantes de baixa renda, crianças nativas ou descendentes de nativos do Alaska, crianças e/ou parentes que viajaram para países em desenvolvimento.

Tabela 3 – *Guidelines* de prevenção em saúde para crianças

Fonte: http://www.ghi.org/members/understand/guidelines/m_und_gui_prevheachild.html (tradução e adaptação de tabelas)

3.6.2 Diretrizes de saúde preventiva para adultos

Idade	Testes e triagem			Imunização	Hábitos saudáveis e educação
	Homens	Mulheres	Ambos		
A partir dos 20 anos	Triagem da próstata	Mamografia e papanicolau	<p>Anualmente: pressão sanguínea, controle do peso, da altura, exame da cavidade oral e triagem de tuberculose, se justificado.</p> <p>A cada 1 ou 3 anos: exame ocular.</p> <p>A cada 5 anos, colesterol.</p>	<p>Imunização contra: tétano / difteria a cada 10 anos; influenza a cada outono; pneumonia anualmente apenas para adultos com mais de 65 anos e para beneficiários de risco.</p>	<p>Orientações comportamentais: abuso de álcool ou drogas, prevenção do HIV/AIDS, abuso / violência doméstica, planejamento familiar, auto-exame mensal das mamas e dos testículos, nutrição, atividade física, em caso de envenenamento, ligar para 1-800-222-1222, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada de 20 a 50 anos, controle do peso, saúde ocupacional e prevenção de lesões, uso do cinto de segurança, detector de fumaça, parar de fumar.</p>

Tabela 4 – Diretrizes de saúde preventiva para adultos

Fonte: http://www.ghi.org/members/understand/guidelines/m_und_gui_prevheachild.html (tradução e adaptação de tabelas)

Os *guidelines* orientam os profissionais da área da saúde na tarefa de atender adequadamente aos pacientes frente a diversas patologias. Além disso, auxiliam o profissional nas decisões sobre a melhor e a mais apropriada conduta em situações específicas. A liberdade na capacidade global de decisão do profissional é preservada, porém, a conduta tomada deve ser justificada, caso esteja em desacordo com os *guidelines*. Os *guidelines* indicam qual a conduta para o paciente, os exames laboratoriais e a proposta terapêutica mais adequados.

É fundamental o desenvolvimento de *guidelines* que sejam efetiva e eficientemente usados. Sua importância é relevada pela presença de recursos de pesquisa, intercâmbio de informações e da atualização constante do conhecimento. A adoção de *guidelines*, além da redução do uso desnecessário de recursos financeiros e da variabilidade da prática individual, promove um refinamento em sua aplicação. O suporte adicional por meio da inferência da análise estatística dos dados obtidos dos pacientes permite e facilita os serviços de auditoria em saúde, de forma a justificar os procedimentos realizados nos processos legais.

A utilização de *guidelines* possibilita um enorme salto qualitativo no atendimento ao paciente. O profissional da área da saúde pode acessar as informações atualizadas e

fundamentadas sobre exames diagnósticos, tratamento adequado, referências bibliográficas e recomendações pertinentes para cada diagnóstico diferente. Esse conjunto de informações aumenta o grau de certeza da conduta, permite uma visão gerencial do atendimento, otimizando custos, evitando a solicitação de exames desnecessários e a prescrição de medicamentos onerosos, e cria as condições adequadas, tanto para o gerenciamento administrativo quanto para melhoria da prática clínica, porque permite a melhoria da efetividade do processo clínico, bem como a otimização de recursos disponíveis.

Os dois modelos apresentados neste capítulo refletem algumas possíveis iniciativas do governo, de entidades, sociedades e empresas privadas na busca da melhoria da saúde e da otimização dos recursos e, ainda que algumas dessas iniciativas não se apliquem à realidade brasileira, vêm sendo adaptadas e utilizadas como parâmetro por algumas operadoras de planos privados de assistência à saúde no Brasil, como será analisado ao final deste trabalho.

¹⁰*Benchmarking* é um processo contínuo de comparação dos produtos, dos serviços e das práticas empresariais entre os mais fortes concorrentes ou as maiores empresas reconhecidas como líderes. É um processo de pesquisa que permite realizar comparações de processos e práticas para identificar e alcançar um nível de superioridade ou vantagem competitiva.

¹¹http://www.ghi.com/members/understand/guidelines/m_und_gui_prevhealth.html

¹²Segundo Almeida (1998), as *HMOs* são empresas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos. É a forma dominante no mercado norte-americano no modelo de *managed care* – atenção gerenciada.

4. A EXPERIÊNCIA DO SISTEMA PÚBLICO: SUS

Para dar início à discussão de iniciativas de prevenção de doenças e promoção da saúde no Brasil, não se pode deixar de considerar as experiências do sistema público que, notadamente na área da saúde, vem desenvolvendo o conhecimento e o aprimoramento de modelos de atenção à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), de onde se podem obter os maiores relatos da experiência brasileira quanto ao tema.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, detalham a forma e os mecanismos para a participação da comunidade na gestão do sistema, e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no contexto da integralidade da atenção e da gestão descentralizada das ações e dos serviços.

Do ponto de vista legal e normativo, a promoção da saúde faz parte do elenco de responsabilidades do Estado, enunciadas na conceituação de saúde, nos princípios e nas diretrizes organizacionais do SUS, que contemplam a participação comunitária e a integralidade do sistema, com gestão descentralizada, e apontam para a intersetorialidade.

As normas pactuadas nacionalmente que regulam o processo de descentralização e a reorganização do modelo de atenção vêm introduzindo, com maior ou menor intensidade, a perspectiva da promoção da saúde. A Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96 –, a mais explícita em relação a um novo modelo de atenção orientado para promover a saúde, apresenta como bases para sua estruturação:

- a participação da população não somente nas instâncias formais, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários;

- as ações de saúde centradas na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como nas relações da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com as famílias;
- o modelo epidemiológico, considerado eixo de análise dos problemas de saúde, por entender que este incorpora como objeto de ação as pessoas, o ambiente e os comportamentos interpessoais;
- o uso de tecnologias de educação e de comunicação social;
- a construção da ética coletiva que agrega as relações entre usuário, sistema e ambiente, estimulando as pessoas a serem agentes de sua própria saúde;
- as intervenções ambientais que suscitem articulações intersetoriais para promover, proteger e recuperar a saúde.

No processo de institucionalização do SUS, a promoção da saúde emerge e se fortalece enquanto diretriz orientadora de uma Política Nacional de Saúde que represente a concretização das estratégias de promoção da saúde, isto é, ter como objetivo maior a saúde dos cidadãos, ser construída com a participação da população, propiciar o desenvolvimento das potencialidades dos cidadãos e reforçar a ação comunitária.

Vários projetos ou programas que têm a promoção da saúde como objetivo podem ser destacados, tais como: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o projeto Agita Brasil, a estratégia Saúde da Família, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a iniciativa “Hospitais Amigos da Criança” e os repasses de recursos mediante convênios e contratos com estados, municípios, organizações não-governamentais e instituições privadas.

Como prova de que a promoção da saúde vem se destacando como prioridade, observa-se que a articulação entre os setores governamentais na formulação de políticas e intervenções voltadas para promover a saúde da população tem como exemplos:

- *Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência* – tem como objetivo assegurar os direitos e combater a discriminação de pessoas portadoras de deficiência;
- *Portaria Interministerial nº 2.035 de 08/11/2001* – envolvendo os Ministérios da Saúde e da Justiça, institui Comissão voltada para a

definição de estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional;

- *Portaria Ministerial nº 737 de 16/05/2001* – institui a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes de Trânsito, que preconiza articulações com o Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Ministério de Ciência e Tecnologia;
- *Portaria Interministerial nº 766, de 16/5/2001* – institui um Grupo de Trabalho Interministerial Saúde e Educação, que sob a coordenação do Ministério da Saúde, tem como atribuições a elaboração, a implementação e o acompanhamento dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação sobre Saúde e Orientação Sexual;
- conjunto de leis, normas e atos administrativos de combate ao uso do tabaco. Tais ações compreendem a obrigatoriedade do registro de produtos fumígenos pelas empresas produtoras, a proibição de venda de cigarros a crianças e adolescentes, a restrição de propaganda em veículos de comunicação, a proibição do uso de fumo em dependências de prédios públicos, a regulação dos teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, e a proibição de fumo nas aeronaves em todo o território nacional.

A política de saúde consolidada no SUS define, como espaços de discussão e formulação das suas diretrizes, as Conferências de Saúde que ocorrem em todos os níveis de gestão com a participação de setores governamentais e da sociedade, tendo como espaço de controle social os Conselhos de Saúde constituídos de forma tripartite – usuários, trabalhadores e gestores de saúde.

A perspectiva da promoção da saúde foi formalmente instituída no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1998, pelo Projeto Promoção da Saúde. Segundo o documento elaborado pelo MS em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2001, a política de promoção da saúde buscava reorientar o enfoque das ações e dos serviços de saúde, visando à construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania, e também advogar por uma dinâmica de atuação que estivesse sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro.

As linhas de atuação do Plano de Desenvolvimento da Promoção da Saúde desenvolvido pela Secretaria de Políticas Públicas para o quadriênio 2000-2003 foram a Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, a Promoção de Ações contra a Violência, a Capacitação de RH para a Promoção, a Escola Promotora de Saúde, os Espaços Saudáveis e a Comunicação e Mobilização Social. As linhas de atuação deviam, portanto, proporcionar à população condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo a paz, a educação, a moradia, o alimento, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade, apresentando como diretrizes estratégicas:

- consolidação da estabilidade econômica com crescimento sustentado;
- promoção do desenvolvimento sustentável voltado para a geração de empregos e oportunidades de renda;
- combate à pobreza e promoção da cidadania e da inclusão social;
- consolidação da democracia e defesa dos direitos humanos.

Além disso, o Congresso Nacional agregou ao Plano Plurianual mais duas diretrizes incluídas na Lei de Diretrizes Orçamentárias:

- redução das desigualdades inter-regionais;
- promoção dos direitos de minorias vítimas de preconceito e discriminação.

Essas diretrizes estratégicas deram origem a objetivos setoriais, traduzindo os esforços necessários para o desenvolvimento sustentável do país mediante a melhoria da saúde, da educação, da habitação e do saneamento, mediante o combate à fome, a redução da violência, o desenvolvimento integrado do campo, o crescimento das exportações, a reestruturação do setor produtivo, a melhoria da gestão ambiental, entre outros.

Os investimentos foram direcionados para a universalização do ensino, o atendimento à saúde, o combate à fome, o desenvolvimento do campo, a erradicação do trabalho infantil e a melhoria das condições de moradia, saneamento e transporte da população.

Salienta o referido plano como estratégia de ação do governo a defesa dos direitos humanos e, particularmente, das minorias vítimas de preconceito e discriminação. Dessa forma, propôs o fortalecimento da cidadania e o progresso social, imprescindíveis para a consolidação da democracia no país, possíveis de serem alcançados por meio da

promoção da cultura, da proteção da mulher e da criança contra a violência doméstica e sexual, e da garantia dos direitos das populações negras e indígenas, aliadas às ações voltadas para a defesa nacional e para a segurança pública, incluindo o combate ao narcotráfico.

No ano de 2000, foi instituído, na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, o Departamento de Atenção Básica de Saúde, que tem como missão reorientar a atenção básica na ótica da mudança do modelo assistencial por meio do Programa Saúde da Família (PSF). Considerado como estratégia necessária para atingir tal objetivo, volta-se para a promoção da saúde em decorrência de sua capilaridade, tendo como espaço de intervenção a família e a comunidade. Desenvolvido por equipe multiprofissional, o PSF possibilita a formulação de modelos de intervenção de base populacional e territorial, incentivando o desenvolvimento das ações de promoção na rede de atenção básica. O financiamento dessas ações está regulamentado nas Normas Operacionais do SUS, desenvolvidas sob a gestão dos municípios, sendo repassadas de forma regular e automática de acordo com as responsabilidades assumidas pela gestão local.

A participação social nos serviços de saúde, além de acontecer nos espaços formais de controle social pelos Conselhos de Saúde, ocorre em espaços como Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, Conselhos Locais e em associações de moradores.

Dentre as ações voltadas para a criação de ambientes saudáveis, destacam-se aquelas direcionadas ao público escolar e aos gestores municipais. O eixo das escolas promotoras de saúde constitui um amplo programa de formação continuada dos professores no país. Além dessa iniciativa, o Ministério da Saúde tem produzido séries de programas de TV direcionados aos professores, abordando a estratégia de escolas promotoras de saúde, e tem também distribuído materiais temáticos de reforço a esta idéia. Já na linha dos municípios saudáveis, o Ministério vem apoiando a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis e a realização de pesquisas sobre a perspectiva dos gestores municipais sobre promoção da saúde. Com relação aos locais de trabalho, há iniciativas concretas na disseminação da idéia de ambientes livres do cigarro, com uma política de restrição da propaganda e dos espaços para os fumantes, além de incentivos a ambientes de trabalho saudáveis a partir de intervenções relacionadas à alimentação saudável e à promoção da atividade física.

As instâncias de controle social do SUS favorecem a participação da população em todas as etapas que consolidam a política de saúde. Como exemplos de mecanismos de fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisão em saúde pública, destacam-se os Conselhos de Saúde – nacional, estaduais e municipais – e a atuação do Ministério Público e dos Órgãos de Defesa do Consumidor.

A participação direta no planejamento das ações e a utilização do planejamento estratégico como instrumento para direcionar a política de acordo com as necessidades de saúde ocorrem por intermédio das equipes do PSF no nível comunitário; em algumas cidades, pelo orçamento participativo e na definição de prioridades. Os atores sociais que participam dessas atividades são, na quase generalidade dos casos, representantes da sociedade civil – de associações de moradores, de portadores de patologias e outros – e de profissionais – sindicatos, associações de classe –, e representantes governamentais.

Existem redes que divulgam e promovem a discussão da política de saúde, como a rede mantida pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e redes que atuam mais especificamente no campo da promoção da saúde, como a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis e a Rede de Educação Popular em Saúde. Na construção e manutenção dessas redes, participam universidades e centros de estudos e pesquisas.

No país, têm sido desenvolvidos processos de capacitação de recursos humanos e atualização na temática de promoção com cursos de especialização e aperfeiçoamento, dos quais têm participado diversas universidades. Além disso, atua-se na capacitação por meio dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família e dos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição.

- A Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002, institui o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina com o objetivo de incentivar as escolas médicas, de todo o país, a incorporarem mudanças pedagógicas significativas nos currículos desses cursos. A portaria propõe a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação médica – centrado na assistência individual prestada em unidades

hospitalares – para um outro eixo, em que a formação estaria sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica – considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais que se fazem presentes no processo de adoecimento humano, no sentido de instrumentalizar os profissionais para enfrentarem os problemas do binômio saúde-doença da população nas esferas familiar e comunitária, e não apenas na instância dos serviços.

Além deste programa, as equipes do PSF vêm sendo capacitadas para desenvolver ações de promoção da saúde com vistas às práticas de alimentação saudável, estímulo ao desenvolvimento de atividades físicas e adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. A estratégia implantada fundamentou-se em ações voltadas para a disseminação de informações básicas da área de promoção da saúde, entre as quais destacam-se:

- produção de vídeos educativos em duas séries: Programa Viva Legal e Saúde na Escola, tendo como finalidade levar às comunidades brasileiras informações e conhecimentos em linguagem simples e de fácil entendimento. Em um segundo momento, as cópias dos vídeos são distribuídas entre as Secretarias Estaduais de Saúde para disseminação entre os gestores da área de saúde;
- Programa Saúde na Escola, cujo público-alvo é composto de professores e alunos da rede pública dos ensinos fundamental e médio, com a finalidade de disponibilizar às escolas públicas material de apoio da área de promoção, visando contribuir para que o entendimento da saúde seja incorporado ao cotidiano da escola e da vida de professores, alunos e comunidades;
- em outra vertente, foram veiculados cartazes e encartes tratando de temas diversos sobre promoção da saúde. Essas revistas têm veiculação mensal, em todo o território nacional, e atingem escolas e outras organizações educacionais;
- o Ministério da Saúde mantém um portal com informações atualizadas sobre todas as áreas técnicas, inclusive promoção da saúde, com livre acesso, no qual estão descritos as intervenções, os objetivos, as estratégias de implantação e os resultados esperados;
- edição da Revista Promoção da Saúde quadrimestralmente, na qual são divulgadas experiências e debatidos temas pertinentes ao campo.

Existem, no país, sistemas de informação em saúde que avaliam e monitoram as ações implementadas. Além dos sistemas de informações epidemiológicas – Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), Sistemas de Notificação de Agravos em Saúde (SINAN) –, existem sistemas de informações voltadas para as questões de alimentação – Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN) e Sistema de Atenção Básica (SIAB).

As experiências estão sendo sistematizadas pela publicação em periódicos, como a Revista de Promoção da Saúde e a Revista de Saúde da Família, e em documentos que divulgam as experiências nas redes de discussão, principalmente na Rede de Municípios Saudáveis.

O programa Nacional de Promoção da Atividade Física – “Agita Brasil” – capacita multiplicadores para desencadear esta ação no âmbito de cidades, escolas, locais de trabalho e unidades de saúde, mobilizando adultos, adolescentes e trabalhadores em eventos como o Dia Mundial da Saúde, o Dia Nacional de Combate à Hipertensão e em eventos de caráter semelhante.

Ressalta-se ainda a atuação efetiva do Ministério da Saúde na área normativa e de regulamentação para a promoção da saúde. Como exemplos, foram citados: a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e todo o trabalho realizado por essa agência nas áreas de alimentos – rotulagem nutricional obrigatória –, medicamentos, cosméticos e cigarros – fotografias nos maços.

A Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.359, de 21 de julho de 2003, constitui Comissão Nacional com a finalidade de avaliar e definir diretrizes políticas para a promoção da saúde, a prevenção e o controle de doenças e agravos não-transmissíveis, integrada por representante de cada uma das unidades do Ministério da Saúde e entidade vinculada, e das instituições que indica (DOU, de 23/7/03, MS).

Com tudo o que foi apresentado neste capítulo, percebe-se que o Brasil já possui uma grande experiência e investe cada vez mais em ações de prevenção e promoção no campo da saúde pública, com iniciativas semelhantes às aquelas apresentadas nos modelos internacionais. Muito embora a saúde suplementar responsável pelo atendimento a uma camada expressiva da sociedade brasileira e já adote, em menor escala e sem

normalização específica, iniciativas relacionadas ao tema, não se evidencia a existência de ações integradas desse setor com o SUS.

5. PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: O CASO DA AMIL

A experiência do setor de saúde suplementar será abordada neste capítulo com base em um estudo realizado a partir de informações obtidas junto à AMIL Assistência Médica Internacional Ltda. Essa empresa foi selecionada por atender aos seguintes critérios:

- ser uma empresa brasileira;
- operar planos privados de assistência à saúde;
- adotar programas de prevenção de doenças há mais de três anos;
- estar organizada como medicina de grupo;
- possuir mais de um milhão de beneficiários¹³.

Os dados deste estudo foram obtidos por meio de entrevistas que se pautaram nos seguintes objetivos:

- identificar os modelos de programas de prevenção de doenças e/ou promoção da saúde adotados pela operadora;
- identificar as vantagens que esses programas trazem para a empresa e seus beneficiários;
- identificar que tipo de incentivo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) poderia oferecer às operadoras para implantação desses programas.

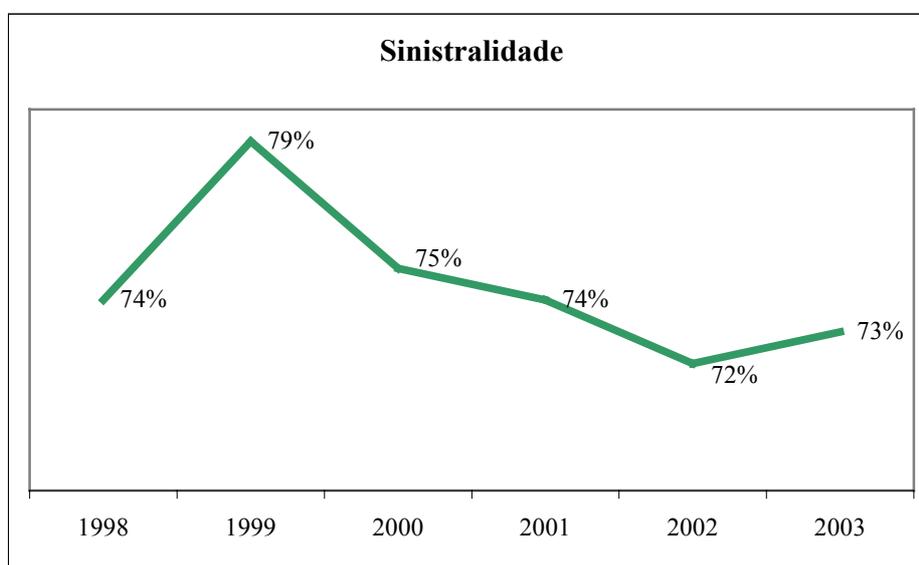
Essa entrevista foi pessoalmente realizada com o Diretor Técnico da AMIL Brasil a partir de roteiro previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz. A entrevista foi realizada na sede da empresa na cidade do Rio de Janeiro.

Os dados foram analisados em função dos objetivos deste estudo, ou seja, verificou-se “se e como” a prática da medicina preventiva e da promoção da saúde auxilia as operadoras de planos privados de assistência à saúde a minimizarem e controlarem seus custos, além de servir como diferencial importante para a satisfação e o bem-estar de seus beneficiários.

5.1 Perfil da empresa

A AMIL começou com um grupo de clínicas na Baixada Fluminense no início dos anos 70, no Rio de Janeiro, e hoje é uma *holding* que abrange doze empresas, entre elas a AMIL Assistência Médica Internacional Ltda., que é organizada como medicina de grupo e possui estruturas próprias no Rio de Janeiro, em São Paulo, no ABC Paulista, em Alphaville, em Brasília e em Curitiba, além de algumas regiões do país, por meio do seu sistema de *franchising*. No exterior, possui sedes em Miami e no Texas. Além da rede credenciada, a empresa de serviços hospitalares (ESHO) do grupo AMIL administra uma rede de hospitais próprios.

Ao contrário da tendência apresentada pelo mercado de saúde suplementar, a empresa apresenta, conforme mostra o gráfico 6, índices de sinistralidade decrescentes, ou seja, uma utilização cada vez menor dos serviços de assistência médica, o que, hipoteticamente, poderia sugerir um significativo investimento na prevenção de doenças e gerenciamento de custos.



*Fonte: ANS,2003

Gráfico 6 – Sinistralidade da AMIL

5.2 Apresentação de motivos

Segundo o entrevistado, no intuito de permanecer em lugar de destaque no mercado de saúde suplementar, aumentar a qualidade de vida de seus clientes e reduzir os custos com despesas assistenciais, principalmente com procedimentos de alta complexidade, a AMIL lançou, em 1999, o programa AMIL Excelência Médica, que inclui duas principais iniciativas: o *Total Care*, implantado no mesmo ano nos moldes de programas de gerenciamento de doenças desenvolvidos nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos, e o *Programa Amil Qualidade de Vida*, implantado em 2001 com o objetivo de identificar e controlar grupos de risco, estimulando o cuidado com a saúde.

5.3 Primeira iniciativa: *Total Care*

O *Total Care* foi desenvolvido para cuidar de clientes com doenças relacionadas a cardiopatias e diabetes. Essas patologias são consideradas pela empresa como de alta prevalência e apresentam demanda importante no conjunto da assistência aos seus clientes. O *Total Care* atende a clientes pessoa física e jurídica, independente do tipo de plano contratado ou da faixa etária, sem custo adicional de contrato.

O tratamento proposto pelo *Total Care* está relacionado às práticas da medicina preventiva secundária e terciária, considerando-se os seguintes conceitos:

- *medicina preventiva primária*: orientação preventiva aos clientes sem doenças, mas com fatores de risco presentes, ou seja, com risco de desenvolverem doenças;
- *medicina preventiva secundária*: acompanhamento continuado aos clientes com doenças, mas sem sintomas clínicos;
- *medicina preventiva terciária*: acompanhamento continuado aos pacientes focado na cura ou estabilização de uma doença já existente com manifestação clínica.

Neste programa, a estratégia de captação e identificação do cliente é feita de várias maneiras, dentre as quais:

- quando o paciente se identifica como portador de cardiopatia ou diabetes;
- quando o paciente se interna para fazer algum tipo de procedimento cardiovascular;
- quando o médico credenciado sinaliza que o paciente apresenta um quadro muito complexo, que necessita de uma estrutura especial para o tratamento, incluindo avaliação multidisciplinar;
- quando o paciente é identificado pelo programa gestor.¹⁴

Após a identificação, o paciente é encaminhado para um dos centros médicos do *Total Care*, onde passa por uma avaliação inicial para classificação do seu grau de risco, que pode ser considerado baixo, moderado ou alto.

A partir desse diagnóstico, o paciente recebe orientações sobre a importância e a metodologia de acesso aos recursos do programa, e faz avaliações nutricionais para habituar-se a uma alimentação mais saudável, além de avaliação física nos casos de reabilitação cardiovascular e psicológica, principalmente no pós-enfarto. Uma equipe de enfermagem é responsável por fazer uma avaliação pré-consulta e cabe aos médicos especialistas, cardiologistas ou endocrinologistas, a elaboração de toda a programação terapêutica.

Para o acompanhamento do tratamento proposto, utiliza-se o ambiente *web*, tornando possível o acesso dos clientes, dos prestadores de assistência médica e da operadora, que, com base nas informações apresentadas ao longo do tempo, monitora o tratamento. As consultas são agendadas por uma central de marcação e, dependendo do risco apresentado pelo paciente, essa central entra em contato para saber se ele está lembrando, por exemplo, de tomar sua medicação. Com isso, o paciente passa a se envolver mais com o programa e gerenciar melhor suas rotinas diárias, melhorando sua qualidade de vida, desacelerando a progressão de doenças, prevenindo as hospitalizações e diminuindo as complicações ocasionadas pela falta de cuidado com a saúde.

Em cada hospital próprio, existe pelo menos um médico que faz parte do programa. Assim, quando um paciente que está sendo acompanhado pelo programa é internado, o

hospital aciona, via sistema, a equipe do *Total Care*, que envia ao hospital todos os exames e as orientações pertinentes ao caso, e comunica imediatamente o médico responsável pelo paciente para que ele possa, se necessário, acompanhar a internação.

Para implementar este programa, a empresa gastou inicialmente cerca de três milhões de reais em cada centro do *Total Care*.

O *Total Care* é composto por três centros médicos, sendo dois no Rio de Janeiro e um em São Paulo, com equipe multidisciplinar de profissionais, um moderno parque tecnológico e equipamentos de última geração para realização de exames. Os profissionais envolvidos no programa são especializados, sendo exigido, pela empresa, título de residência médica, de especialização, mestrado e/ou doutorado na respectiva especialidade. Além disso, o serviço dispõe de nutricionistas, enfermeiros, educadores físicos e psicólogos. Os profissionais são contratados diretamente pela empresa para, segundo o entrevistado, garantir uma assistência integrada que estimule a criação de vínculo duradouro com os pacientes. Os centros médicos possuem o sistema de prontuário eletrônico, interligando todas as centrais, as clínicas e os hospitais da empresa, e facilitando a troca de informações entre médicos e o acesso ao histórico do cliente.

O centro médico do *Total Care* localizado na cidade de São Paulo pode atender até a quatro mil pacientes. No Rio de Janeiro, os dois centros médicos têm capacidade para atender a cerca de dois mil e seiscentos e três mil e quinhentos pacientes respectivamente. A reabilitação cardíaca foi implantada em uma das unidades do Rio de Janeiro mediante a criação de um espaço com equipamentos modernos de ginástica, para que o cliente receba orientação dos preparadores físicos do *Total Care* no retorno à atividade física. Após o período de readaptação, o cliente é liberado para a prática de exercícios físicos em seu local habitual sob a orientação dos profissionais do *Total Care*.

Os centros do *Total Care* contam ainda com uma biblioteca especializada, com acesso à Internet e com um auditório para palestras, aulas e sessões de filmes educativos.

5.3.1 Resultados obtidos

Segundo informações do entrevistado, o *Total Care*, ao longo de dois anos, reduziu o número de internações de sua população acompanhada na ordem de 50% e obteve uma redução no gasto anual total desse grupo de pacientes na ordem de 60%.

O entrevistado informou ainda que, segundo pesquisa realizada anualmente com os clientes de todas as unidades da empresa, o *Total Care* apresenta, nos dois últimos anos, os maiores graus de satisfação dos clientes comparados a outros serviços prestados pela empresa.

A empresa disponibilizou um relatório impresso que apresenta indicadores de desempenho do programa *Total Care* no ano de 2003, obtidos a partir de um estudo comparativo dos resultados de algumas diretrizes de conduta pesquisadas, que são elaboradas e avaliadas pelas principais sociedades médicas do Brasil e do exterior, e continuamente submetidas a revisões e atualizações. Esse material ressalta que, com o advento da era da “medicina baseada em evidências”, numerosas intervenções capazes de reduzir o risco de doenças cardiovasculares vêm sendo testadas em grandes contingentes de pacientes, a partir das quais as recomendações assim comprovadas constituem um núcleo de diretrizes de conduta.

O relatório revela a crença da empresa de que a aplicação das diretrizes em larga escala possibilita promover não apenas substanciais reduções de risco, como também de custos, considerando-se que estudos de custo-efetividade também reforçam as recomendações para a implementação de várias dessas intervenções.

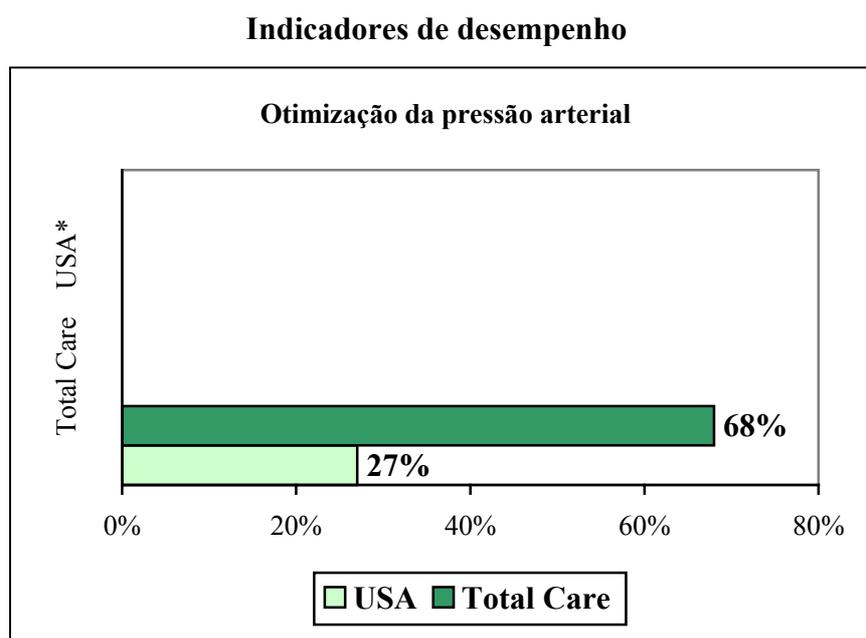
A empresa utilizou os seguintes indicadores de desempenho em hipertensão arterial:

Controle efetivo da pressão arterial

- *evidência oriunda de estudos prospectivos, controlados* – o controle da pressão arterial reduz em 37% o risco de derrame cerebral e em 19% o de ataques cardíacos;
- *indicador de qualidade* – todos os hipertensos devem ter sua pressão arterial reduzida a 140/90 mmHg ou menos;

- *medida de desempenho* – percentual de pacientes em acompanhamento no *Total Care* com pressão arterial controlada;
- *teste da medida de desempenho* – obtida mediante prontuário eletrônico, uma amostragem de 335 hipertensos, não-diabéticos, que entraram no *Total Care* no mínimo há um ano e permaneceram em acompanhamento neste período (AMIL, 2003).

O gráfico 7, a seguir, resume essas informações:

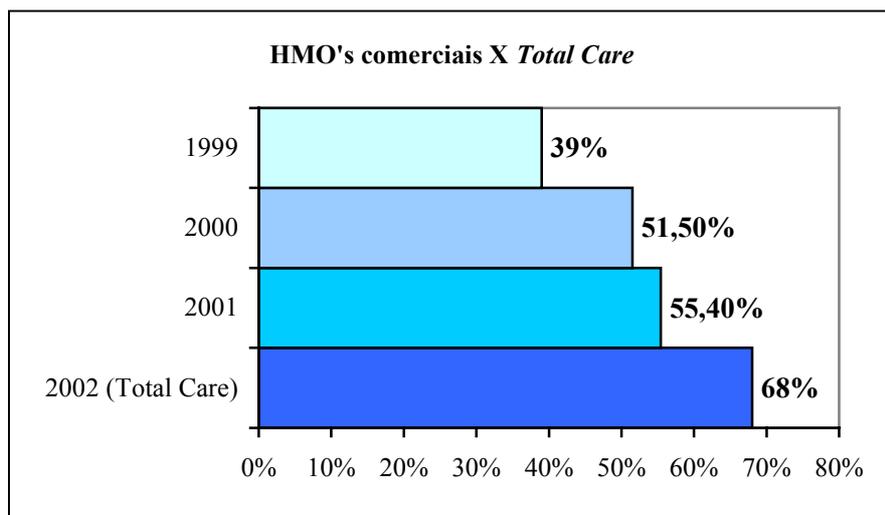


Fonte: AMIL, 2003 (adaptação)
Gráfico 7 – Indicadores de desempenho

O gráfico 7 mostra a proporção de hipertensos com pressão arterial efetivamente controlada segundo o *The Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS¹⁵)* e mostra que os resultados apresentados pelo programa *Total Care* são superiores àqueles gerados pelo último relatório do *National Committee for Quality Assurance – Comitê Nacional para a Garantia da Qualidade (NCQA)* dos Estados Unidos.

A pesquisa mostra ainda, por meio do gráfico 8, que os resultados do *Total Care* – 68% – apresentam-se acima do padrão de excelência das *Health Maintenance Organizations – Organizações para Manutenção da Saúde (HMO)* – americanas:

Taxas de controle da pressão arterial



Os resultados de 1999 a 2001 referem-se ao HEDIS.

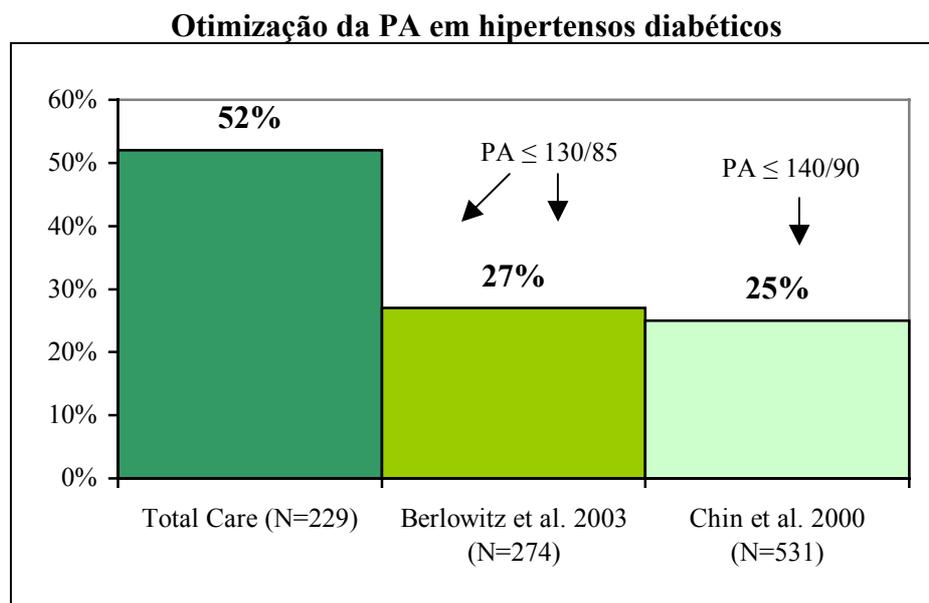
Fonte: AMIL, 2003 (adaptação)

Gráfico 8 – Taxas de controle da pressão arterial

Controle efetivo da pressão arterial em hipertensos diabéticos

- *evidência oriunda de estudos prospectivos, controlados* – manter a pressão arterial em 130/85 mmHg ou menos reduz mais as chances de um ataque cardíaco ou de um derrame cerebral nos diabéticos do que o próprio controle dos níveis de glicose no sangue;
- *indicador de qualidade* – todos os hipertensos diabéticos devem ter sua pressão arterial reduzida a 130/85 mmHg ou menos;
- *medida de desempenho* – percentual de pacientes hipertensos diabéticos em acompanhamento no *Total Care* com pressão arterial controlada;
- *teste da medida de desempenho* – identificados mediante prontuário eletrônico, pacientes hipertensos diabéticos que entraram no *Total Care* no mínimo há um ano e permaneceram em acompanhamento neste período. A amostra engloba pacientes com diabetes do tipo I e II. Os diabéticos tipo I compõem cerca de 13% daqueles atendidos no *Total Care* e, neste programa, sabidamente, o controle da pressão arterial é mais difícil. Nos levantamentos efetuados pelo NHANES, somente foram incluídos diabéticos tipo II (AMIL,2003).

O gráfico 9, a seguir, resume essas informações:



Fonte: AMIL, 2003 (adaptação)
Gráfico 9 – Otimização da PA em hipertensos diabéticos

Segundo os dados do gráfico 9, os resultados do *Total Care*, em relação ao controle efetivo da pressão arterial em hipertensos diabéticos, atingem 52%. Embora, não haja dados comparativos no relatório do NCQA especificamente para hipertensos diabéticos, segundo as fontes de pesquisa da empresa, estima-se que o percentual desses pacientes atendidos em instituições privadas, com pressão arterial sob controle, seja inferior a 25%.¹⁶

Outra pesquisa realizada pela empresa mostra que o crescimento na prevalência do diabetes tipo II tem assumido proporções epidêmicas no mundo, em grande parte devido ao aumento na expectativa de vida e ao explosivo aumento na prevalência de excesso de peso e obesidade.

O diabetes é hoje considerado como uma doença cardiovascular, tamanho o grau de agressão que esta enfermidade exerce sobre o coração e os vasos sanguíneos. Para o sistema de saúde americano, o custo *per capita* de um paciente diabético é quase cinco vezes maior do que o de um paciente não-diabético¹⁷.

A empresa utiliza alguns indicadores de desempenho em diabetes, tais como:

Controle glicêmico

- *evidências oriundas de estudos prospectivos, controlados* – o controle da glicemia, avaliado por meio da hemoglobina glicosilada no sangue, reduz as complicações microvasculares do diabetes. Para cada 1% de decréscimo na hemoglobina glicosilada, reduzem-se em 35% as complicações microvasculares do diabetes.¹⁸ O custo adicional envolvido no controle rigoroso da glicemia em diabéticos tipos I e II é largamente suplantado pela economia de recursos obtida por medidas de controle;¹⁹
- *indicador de qualidade* – todos os diabéticos devem ter sua hemoglobina glicosilada sob controle ou, no máximo, a 10% acima dos valores;
- *medida de desempenho* – percentual de diabéticos em acompanhamento no *Total Care* com hemoglobina glicosilada sob controle ou, no máximo, a 10% acima dos valores normais;
- *teste da medida de desempenho* – foram identificados pacientes diabéticos tipo II que entraram no *Total Care* no mínimo há um ano e permaneceram em acompanhamento clínico durante este período (AMIL, 2003).

A AMIL comparou os resultados obtidos em um ano pelo *Total Care* com um estudo publicado no *The New England Journal of Medicine*, envolvendo intervenções múltiplas e simultâneas para controle de diabéticos durante quase oito anos de acompanhamento²⁰, cujo protocolo e resultados são resumidos adiante. A empresa tenta mostrar que todas as intervenções descritas, que resultaram em enorme benefício, fazem parte da rotina do *Total Care*. O estudo mostra que foram acompanhados por oito anos dois grupos: grupo “tratamento usual” *versus* grupo “intervenção”.

As seguintes medidas foram aplicadas ao grupo intervenção:

- atividade física moderada;
- controle rigoroso do colesterol, de glicemias e da pressão arterial;
- uso de aspirina;
- uso de inibidores de enzima conversora da angiotensina.

Neste estudo, a redução média da hemoglobina glicosilada foi de apenas 1%. Nos pacientes acompanhados pelo *Total Care*, englobando-se Diabetes Mellitus tipo I e II, a

redução média é de 4%, ou seja, quatro vezes maior. Apenas 15% dos diabéticos em estudo, submetidos à rigorosa intervenção, atingiram níveis normais de hemoglobina glicosilada, contra 57% dos pacientes do *Total Care* (AMIL, 2003).

Ainda neste estudo, cerca de 45% dos pacientes submetidos à intervenção intensiva atingiram pressão arterial sistólica abaixo de 130mmHg. Nos pacientes do *Total Care*, mais de 60% tiveram a pressão sistólica sob controle após um ano de acompanhamento. Isso significa que o *Total Care* está obtendo resultados capazes de garantir a prevenção de um grande número de complicações nos pacientes diabéticos sob seus cuidados, conforme apontam os gráficos 10 e 11:

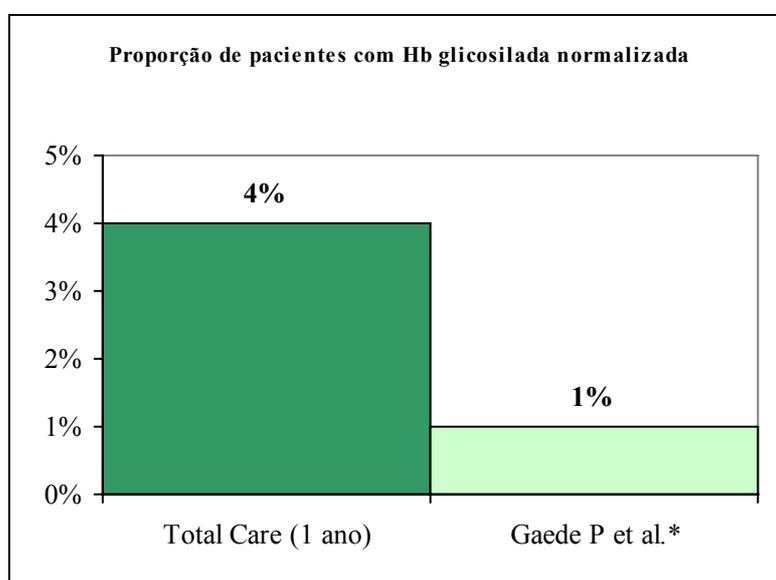
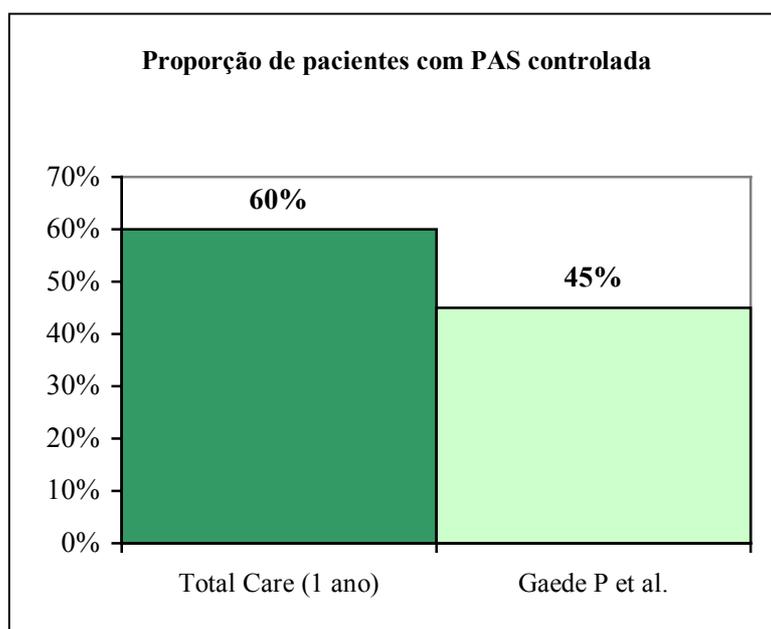


Gráfico 10 – Proporção de pacientes com Hb glicosilada normalizada



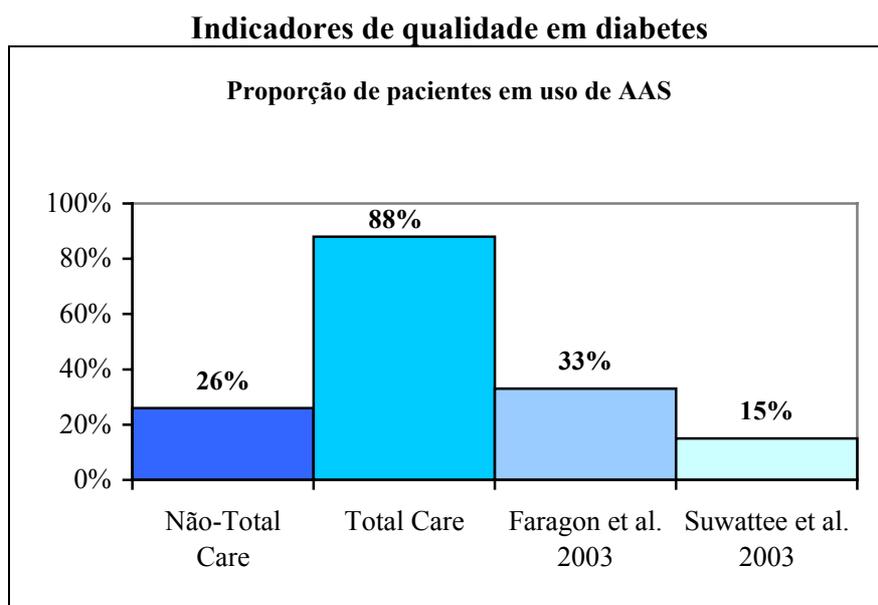
Fonte: AMIL, 2003 (adaptação)
Gráfico 11 – Proporção de pacientes com PAS controlada

Uso de aspirina em diabéticos

- *evidências oriundas de estudos prospectivos, controlados* – o uso de baixas doses de aspirina em diabéticos acima de 30 anos como forma de prevenção primária reduz em 61% as complicações cardiovasculares²¹;
- *indicador de qualidade* – na ausência de contra-indicações, todos os diabéticos acima de 30 anos devem fazer uso de 100 mg diários de aspirina ou de outro antiagregante plaquetário;
- *medida de desempenho* – percentual de diabéticos em acompanhamento no *Total Care* usando 100 mg diários de aspirina ou de outro antiagregante plaquetário;
- *teste da medida de desempenho* – foram identificados pacientes diabéticos tipo II que entraram no *Total Care* no mínimo há um ano e permaneceram em acompanhamento neste período (AMIL, 2003).

Na população de clientes diabéticos da AMIL que não estavam sendo acompanhados pelo *Total Care*, a empresa verificou que apenas 26% faziam uso regular de AAS, valor semelhante ao da literatura²².

Após um ano em acompanhamento no *Total Care*, quase 90% de diabéticos estavam fazendo uso de antiagregante plaquetário, conforme descreve o gráfico 12:

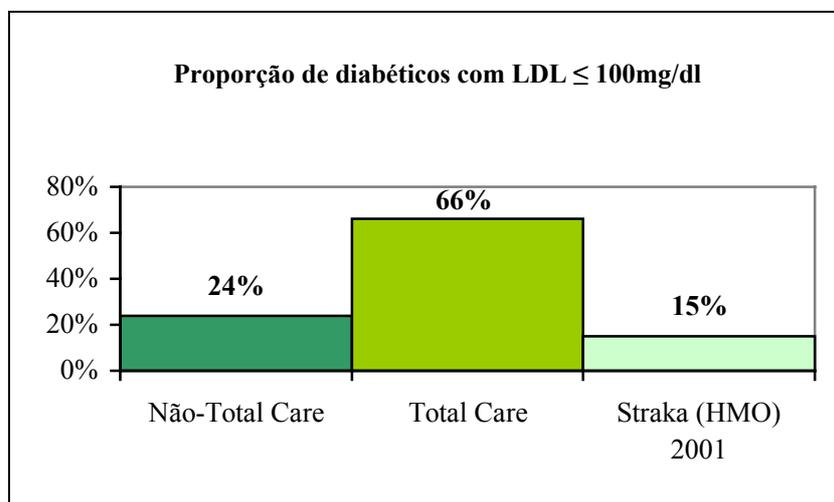


Fonte: AMIL,2003 (adaptação)
As duas colunas da esquerda referem-se a clientes AMIL.
Gráfico 12 – Indicadores de qualidade em diabetes

Controle do LDL colesterol em diabéticos

- *evidências oriundas de estudos prospectivos, controlados* – o diabetes mellitus é considerado uma doença cardiovascular. Pacientes diabéticos beneficiam-se do uso de vacinas para controle dos níveis de colesterol, da mesma maneira que pacientes com doença coronária documentada. Por esse motivo, as metas preconizadas pelas *American Diabetes Association* e *Heart Association* são mais rigorosas. O LDL colesterol em diabéticos deve ser reduzido a níveis iguais ou inferiores a 100 mg/dl;
- *indicador de qualidade* – todos os diabéticos adultos devem ter LDL colesterol inferior a 100 mg/dl;
- *medida de desempenho* – percentual de diabéticos em acompanhamento no *Total Care* com LDL colesterol igual ou inferior a 100 mg/dl após um ano de acompanhamento;
- *teste da medida de desempenho* – identificados pacientes diabéticos que entraram no *Total Care* no mínimo há um ano e permaneceram em acompanhamento neste período (AMIL, 2003).

A seguir, o gráfico 13 registra os resultados dessa intervenção:



As duas colunas da esquerda referem-se a clientes AMIL.
Gráfico 13 – Proporção de diabéticos com LDL \leq 100mg/dl
Fonte: AMIL, 2003 (adaptação)

Segundo o gráfico 13, em uma população atendida em grande HMO americana²³, apenas 15% dos 6.586 diabéticos apresentavam LDL colesterol igual ou inferior a 100 mg/dl.

A empresa acredita que seja possível depreender, observando esses resultados, que a extensão dos benefícios comprovadamente eficazes ao maior número possível de pacientes atendidos no *Total Care* estará reduzindo custos com internações e atendimentos em unidades de emergência, melhorando a qualidade de vida e prolongando a expectativa de vida dessas pessoas.

Segundo pesquisa realizada anualmente com os clientes de todas os centros da empresa, o *Total Care* apresenta, nos dois últimos anos, os maiores graus de satisfação dos clientes.

5.4 Segunda iniciativa: Programa Amil Qualidade de Vida (PAQV)

Em 1º de março de 2001, a empresa lançou o Programa Amil Qualidade de Vida (PAQV), um modelo baseado na identificação e no controle do risco.

A idéia surgiu a partir de uma pesquisa realizada pela empresa, que analisou alguns clientes na faixa de quarenta a cinquenta anos de idade, com mais de um ano e meio de contrato, que deram entrada em algum hospital credenciado com diagnóstico de insuficiência coronariana.

Verificou-se o histórico de utilização para avaliar se aquelas pessoas haviam feito algum tratamento antes da internação.

Constatou-se que, na quase totalidade dos casos, nenhum tratamento havia sido efetuado por aquelas pessoas. De onde se deduziu que, se a empresa tivesse estimulado e acompanhado de forma adequada o tratamento daquele grupo de risco, algumas doenças poderiam ter sido evitadas²⁴ e a empresa teria reduzido os gastos com as internações.

A empresa contratou uma consultoria da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro por oito meses para ajudar a estruturar um banco de dados que armazenasse as informações relacionadas à condição de saúde dos beneficiários e os tratamentos propostos.

Diferentemente do *Total Care*, que trabalha unicamente com clientes que já possuem patologia cardíaca ou diabetes, o PAQV busca identificar, entre os clientes supostamente saudáveis, aqueles que apresentam riscos de contrair essas doenças, promovendo a intervenção precoce e estimulando o cliente a ir ao médico antes que a doença se instale.

Atualmente, o PAQV é aplicado apenas aos clientes pessoa jurídica, sem custo adicional de contrato, mas a operadora pretende ampliar para os clientes pessoa física.

Para estruturar o PAQV, a empresa investiu, inicialmente, oitocentos e oitenta mil reais. Além disso, gasta cerca de duzentos e sessenta mil reais anuais para manter e aplicar este programa.

Como os beneficiários deste programa são empresas-cliente, é aplicado um questionário, pautado em experiências internacionais, visando identificar potenciais grupos de risco entre os funcionários dessas empresas. Ou seja, o objetivo desse questionário é identificar os beneficiários da empresa-cliente que apresentam risco ou possuem patologia cardíaca ou diabetes.

Para evitar desvios nas respostas dadas ao questionário, a empresa desenvolveu um *software* específico para esse trabalho a ser utilizado por agentes de saúde treinados, garantindo, assim, o comprometimento e a exatidão das respostas.

Conforme as respostas vão sendo registradas, o sistema vai realizando uma série de cruzamentos de dados. Ao final, o sistema fornece um relatório de todos os clientes entrevistados com o risco apresentado por cada um, apontando, inclusive, se o paciente precisa realizar algum exame complementar.

A partir desse relatório, os profissionais do PAQV entram em contato com os entrevistados que apresentam riscos, sugerindo que busquem o acompanhamento

profissional em uma rede especial credenciada da empresa para que um médico, cardiologista ou endocrinologista, possa confirmar a existência desses riscos e fazer uma programação terapêutica. O médico passa, então, a utilizar o mesmo *software* para informar o resultado da avaliação e o tratamento proposto.

A AMIL fornece à empresa contratante um mapa de prevalência de fatores de risco associados à ocorrência de doenças cardiovasculares: sedentarismo, tabagismo, obesidade, hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus, mantendo, no entanto, em total sigilo, a identidade dos entrevistados, exceto quando a empresa possui um departamento médico, já que este médico não só manterá o sigilo por uma questão ética, como ajudará a AMIL no acompanhamento dos pacientes.

O PAQV utiliza-se basicamente de uma infra-estrutura tecnológica moderna com um *site* disponível aos clientes e profissionais da saúde que fazem parte de uma rede especial credenciada com o intuito de atender aos pacientes inscritos no programa, além de contar com toda a infra-estrutura de serviços oferecidos pela AMIL.

5.4.1 Resultados obtidos

No projeto piloto do PAQV, no Rio de Janeiro, a empresa identificou cinquenta e um hipertensos, dos quais vinte e oito diziam não saber de sua condição; em São Paulo, a relação foi de oitenta identificados e trinta e um desinformados sobre sua condição.

O questionário já foi aplicado com quarenta mil pessoas e, da população entrevistada, cerca de 14% era hipertensa e 40% não sabia dessa condição. Aproximadamente, 1% já sabia ser portador de diabetes mellitus. Porém, mais de 4% das pessoas entrevistadas foram identificadas como sendo de alto risco para serem diabéticas e, destas, 65% foram confirmadas como tal.

Identificar aqueles que desconhecem ser portadores de condições como essas é o grande objetivo do PAQV. Seu grande desafio é manter tais pacientes fidelizados a um programa de acompanhamento na rede credenciada. Atualmente, 60% dos pacientes

permanecem em acompanhamento após um ano de programa. Esse é o critério de sucesso estabelecido para o programa.

Segundo o entrevistado, o tempo para análise da permanência média dos clientes corporativos ainda é pequeno, uma vez que o PAQV foi estabelecido há pouco mais de três anos.

O que a empresa percebe é uma fidelização a curto prazo, ou seja, por enquanto, alguns clientes corporativos se manifestaram positivamente – com pretensões de manutenção do plano – para poderem continuar com o acompanhamento de seus colaboradores identificados como de risco.

¹³Cadastro de Beneficiários da ANS.

¹⁴Este programa foi criado pela AMIL nos moldes do *Case Management* – programa gerenciador de pacientes de alto risco aplicado nos EUA – para acompanhar o histórico de utilização dos seus clientes e identificar *sinais de alerta* em determinados pacientes, como, por exemplo, clientes que se consultam com vários médicos da mesma especialidade, que se submetem a internações prolongadas e à utilização do Centro de Terapia Intensiva – CTI.

¹⁵*Health plan Employer Data and Information Set (HEDIS)* – Conjunto de Informações e Dados de Planos de Saúde – é uma ferramenta criada pelo *National Committee for Quality Assurance (NCQA)* – Comitê Nacional para a Garantia da Qualidade – para coletar dados sobre a qualidade da assistência e dos serviços prestados pelos planos de saúde nos Estados Unidos. As avaliações são padronizadas para permitir a comparação do resultado de diferentes planos privados de assistência à saúde e assegurar que os consumidores obtenham informações e comparem o desempenho de planos concorrentes, fazendo com que a escolha seja baseada em valores demonstráveis e não simplesmente no custo. Os planos de saúde também utilizam o HEDIS para verificar onde eles necessitam melhorar. Para assegurar a validade dos resultados do HEDIS, todos os dados são auditados por auditores certificados usando um processo definido pelo NCQA.

¹⁶BERLOWITZ, Dr; ASH AS; HICKEY EC; GLICKMAN M.; FRIENDMAN, R. & KADER B., 2003. Hypertension management in patients with diabetes: the need for more aggressive therapy. *Diabetes Care*; 26:355-9. CHIN MH; SU AW; JIM L & NERNEY MP., 2000. Variations in the care of elderly persons with diabetes among endocrinologists, general internists, and geriatricians. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 55:M601-6.

¹⁷Fonte de pesquisa utilizada pela empresa: BERLOWITZ Dr; ASH AS; HICKEY EC; GLICKMAN M.; FRIENDMAN, R. & KADER B., 2003. Hypertension management in patients with diabetes: the need for more aggressive therapy. *Diabetes Care*; 26:355-9.

¹⁸UKPDS Group, 1998. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *Br Med J*; 317:703-13.

¹⁹GRAY, A.; CLARKE, P.; FARMER, A. & HOLDMAN, R., 2002. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Implementing intensive control of blood glucose concentration and blood pressure in type 2 diabetes in England: cost analysis (UKPDS 63). *Br Med J*; 325:860.

²⁰GAEDE, P.; VEDEL, P. & LARSEN, N. et al., 2003. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*; 348:383-93.

²¹American Diabetes Association: Aspirin Therapy in Diabetes. 2003. *Diabetes Care*; 26:S87-S88.

²²FARAGON, J. J.; WAITE, N. M.; HOBSON, E.H.; SEOLDO, N.; VanAMBURGH, J. A. & MIGDEN, H., 2003. Improving aspirin prophylaxis in a primary care diabetic population. *Pharmacotherapy*; 23:73-9. SUWATTEE, P.; LYNCH, J. C. & PENDERGRASS, M. L., 2003. Quality of care for diabetic patients in a large urban public hospital. *Diabetes Care*; 26:563-8.

²³STRAKA, R. J.; TAHERI, R.; COOPER, S. L.; TAN, A. W. & SMITH, A. C., 2001. Assessment of hypercholesterolemia control in a managed care organization. *Pharmacotherapy*; 21:818-27.

²⁴O entrevistado faz alusão ao relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002, referente ao ano de 2001, chamado *Oportunidades perdidas*, que apontou serem as doenças cardiovasculares as responsáveis pelo maior número de óbitos no mundo e que 40% dessas doenças poderiam ser evitadas se os pacientes fossem acompanhados de forma adequada.

6 CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Vimos que a saúde é uma preocupação constante, necessita de cuidados especiais, e que com a regulação do mercado de saúde suplementar, as operadoras passaram a ser cada vez mais co-responsáveis pela saúde da população a que atendem.

Este trabalho procurou mostrar, entretanto, que o panorama econômico-financeiro das operadoras indica que elas vêm enfrentando desafios crescentes, especialmente no que diz respeito à capacidade de atender aos princípios gerais de integralidade e resolutividade do atendimento, ao passo em que precisam garantir preços compatíveis com a realidade econômica do país e com a capacidade pagadora dos seus beneficiários, que, salvo quando patrocinados pelo empregador, possuem pouco poder de compra e enfrentam dificuldades para assumir os custos com assistência médica.

Ainda é muito incipiente o hábito de cuidar da saúde, situação agravada por comportamentos que prejudicam a qualidade de vida, como o fumo, a vida sedentária, a alimentação não balanceada etc. Tais fatores implicam um crescimento da utilização dos serviços de saúde, com o conseqüente aumento dos custos, absorvendo parcelas cada vez maiores do orçamento público, das empresas e das famílias.

As regras estabelecidas pela legislação de saúde suplementar obrigam, entre outras coisas, a expansão de coberturas e internações sem limites. Além disso, as operadoras devem seguir normas de garantias financeiras, constituindo capital que assegure sua liquidez e solvência, a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, as adequações e os controles atuariais para dimensionar seus custos. Observa-se, portanto, uma elevação dos níveis de exigência, o que demandará uma gestão cada vez mais eficiente por parte das operadoras, que devem buscar uma estratégia sustentável para se manter competitivas.

Considerando esse contexto, procurou-se analisar como o investimento em programas de prevenção de doenças e promoção da saúde, com foco na melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, pode ser uma das possíveis saídas para a melhoria dos serviços prestados e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras.

Programas de prevenção de doenças e promoção da saúde já vêm sendo implantados em empresas, especialmente as de maior porte. A análise dos dados fornecidos pela AMIL evidencia que esses programas não só trazem ganhos financeiros, pela redução da utilização de serviços de assistência médica, em especial as internações, como também garantem melhores condições de vida para os beneficiários, que, em muitos casos, não têm conhecimento de que são portadores de alguma patologia ou que apresentam fatores de risco à sua saúde. Além disso, tal análise indica que iniciativas de prevenção e promoção podem alcançar resultados superiores àqueles estabelecidos em *guidelines* utilizados em países desenvolvidos, aumentando os benefícios socioeconômicos.

Foi possível observar a existência de um grande investimento da empresa em seleção e treinamento de seus profissionais, e em tecnologia de informação, sem os quais o programa não teria êxito. Desde a implantação dos programas, a AMIL acumula uma enorme quantidade de informações sobre o estado de saúde de seus clientes, conseguindo aumentar a qualidade dos serviços oferecidos e controlar seus custos. O envolvimento dos médicos credenciados também mostrou-se fundamental, já que a responsabilidade da fidelização do paciente ao tratamento proposto por esses programas não pode ser da operadora isoladamente, e sim compartilhada com o médico, que deve cuidar da saúde, ao passo que a operadora deve oferecer a infra-estrutura adequada para que ele possa realizar o seu trabalho da melhor maneira possível.

É necessário salientar, entretanto, que o investimento inicial e a manutenção levam o empresário a despender uma grande soma de dinheiro, mesmo sabendo que o resultado não é imediato. Além do cenário financeiro, há ainda a resistência de alguns pacientes que não dão continuidade ao tratamento proposto – vimos, no caso da AMIL, que esses pacientes representam cerca de 40% do total daqueles que começam o tratamento após a adesão ao PAQV –, e a ausência de acesso a informações sobre o estado de saúde da população assistida pelos planos de saúde no Brasil, que poderiam ser obtidas por meio de informações epidemiológicas e da troca de informações entre as operadoras que já adotam programas similares, as autoridades médicas e as instituições de pesquisa em saúde, criando-se indicadores de qualidade, de resolutividade e de eficiência médica. Com isso, as empresas adotariam, com mais facilidade, medidas mais adequadas à realidade do setor de saúde suplementar no país. Acabar com essas limitações

certamente não é uma tarefa simples de ser alcançada, constituindo-se um desafio para a atividade regulatória da ANS.

Para a garantia da provisão de serviços em saúde em bases sustentáveis, fazem-se necessárias soluções políticas para o mercado de saúde suplementar, pois, apesar da eficiência demonstrada, a regulação deve aprimorar a qualidade da atenção à saúde, enfatizando o compromisso do Estado na elaboração de políticas voltadas à melhoria da qualidade de vida da população atendida pelos planos privados de assistência à saúde.

Destacou-se a Constituição Federal como um marco jurídico na formulação de políticas de prevenção e promoção, rompendo com o antigo modelo que privilegiava uma medicina curativa. Verificou-se ainda que o SUS amplia cada vez mais as ações voltadas ao cuidado da saúde da população. Contudo, ainda não existem, na legislação de saúde suplementar, diretrizes estabelecidas para o monitoramento da linha do cuidado assistencial que estimulem a mudança de conduta na atenção à saúde e avaliem os benefícios sociais e financeiros dos programas que já estão sendo adotados por algumas operadoras.

Para dar conta desse *gap*, é fundamental o investimento no aprimoramento dos sistemas de informação existentes de forma a se obter uma base de dados consistente, que forneça informações sobre a condição de saúde dos beneficiários atendidos pelas operadoras. Os sistemas de informação possibilitam a captura de dados de forma contínua, proporcionando a avaliação de séries históricas, de dados dos serviços, a comparação entre os desempenhos dos prestadores, a identificação do surgimento de novas patologias que necessitam de acompanhamento, subsidiando, dessa forma, a tomada de decisão.

Porém, para que isso se torne viável, a discussão deveria ser enfrentada pelo Ministério da Saúde e pela ANS, visando à implantação de bases de dados compatíveis com as do SUS para criação de um sistema de informações da saúde suplementar. Esse seria um caminho viável para se obter tanto o real controle da qualidade da assistência prestada, quanto a comparação dos indicadores epidemiológicos dos sistemas público e privado de assistência à saúde.

Sob essa ótica, devemos considerar, inicialmente, as experiências e modelagens já produzidas com o objetivo de compará-las e de estabelecer novos conhecimentos. Coloca-se, assim, o desafio de entender como se estruturam os modelos assistenciais vigentes na saúde suplementar, de forma a identificar o modo como as operadoras de planos de saúde vêm se organizando para a oferta de seus serviços para garantir a assistência com qualidade aos seus beneficiários.

Mais ainda, para superar o atual cenário da saúde suplementar, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e com a recuperação da saúde. A responsabilização para com o beneficiário, a qualidade da assistência prestada e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados deveriam se constituir como referenciais e diretrizes de conduta do mercado de saúde suplementar, visando à garantia do acesso dos indivíduos aos cuidados necessários a sua saúde e à melhoria do atual panorama econômico-financeiro das operadoras que atuam no setor. Essas ações certamente representam os primeiros passos na busca de uma Política Nacional de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERKNECHT, E. H., 1948. Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine*, 22:562-93.

ALMEIDA, C., 1998. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA. Texto para discussão n° 599.

INDICADORES de desempenho. AMIL, 2003.

AROUCA, A. S. S., 1975. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

BAHIA, L. & VIANA, A. L. 2002. Introdução. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, v. 1. p. 9-18.

BERRIDGE, V., 2000. Historical and policy approaches to the evaluation of health promotion. In: *Evaluating health promotion practice and methods*, (M. Thorogood & C. Yolande), Oxford: Oxford University Press.

BRANDÃO, A. P., 2000. Tratando a hipertensão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares-Adalat INSIGHT Study. *Rev. Bras. Cardiol.*, v.2, n.5, p. 181-183.

BRASIL, 1988. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado federal.

-----, 1998. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CONSU n° 5, de 4 de novembro de 1998*.

-----, 2000. *Resolução – RDC n° 39, de 27 de outubro de 2000*.

-----, 2001. *Resolução – RDC n° 77, de 17 de julho de 2001*.

-----, 2002a. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. v. 1, Rio de Janeiro.

-----, 2002b. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas*. série ANS, 3, Rio de Janeiro.

BRASIL, 2003a. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar*. série ANS, 4, Rio de Janeiro.

-----, 2003b. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde GM/MS n° 1.359, de 21 de julho de 2003 (DOU de 23/7/03, MS).

- . Congresso Nacional. *Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975.*
- . Congresso Nacional. *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Lei Orgânica da Saúde.
- . Congresso Nacional. *Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.*
- . Congresso Nacional. *Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998.* Alterada pela Medida Provisória n.º 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- . Congresso Nacional. *Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.*
- . Congresso Nacional. *Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003.* Estatuto do Idoso.
- . Presidência da República. *Decreto-Lei n.º 78.231, de 12 de agosto de 1976.*
- BUSS, P. M., 2003. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* (D. Czeresnia & C. M. Freitas), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CAPONI, S., 2003. A saúde como abertura do risco. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* (D. Czeresnia & C. M. Freitas), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CASTELLANOS, P. L., 1994. A Epidemiologia e a organização de sistemas de saúde. In: *Epidemiologia & saúde.* (M. Z. Rouquayrol), 4 ed., São Paulo: MEDSI, p. 477-484.
- CENTERS for Disease Control and Prevention – CDC.
<<http://www.cdc.gov/aboutcdc.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2004.
- COSTA, N. R. et al., 2001. O desenho institucional da Reforma Regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, p.195.
- CZERESNIA, D., 1997. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz.
- . 2003. *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.* Documento técnico elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar.
- . 2004. *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.* <http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/EAatencaoasaude.asp>.
- CZERESNIA, D. & FREITAS C.M., 2003. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz.
- FERREIRA, A.B.H., 1986. *Novo dicionário da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- FILHO, A. N., 1994. Anotações sobre a história da Epidemiologia. In: *Epidemiologia & saúde.* (M. Z. Rouquayrol), 4 ed., Rio de Janeiro: MEDSI, p. 1-6.
- FOUCAULT, M., 1987. *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

HEALTH Plan Employer Data and Information Set – HEDIS.
<<http://www.ncqa.org/Programs/HEDIS/>>. Acesso em: 22 abr. 2004.

HMO GHI. <<http://www.ghi.com/>>. Acesso em: 22 abr. 2004.

INFORME Epidemiológico do SUS (IESUS), 1993. As ações de vigilância epidemiológica e controle de agravos na perspectiva do SUS. Informe Epidemiológico do SUS, 2, número especial, p. 77-95.

LALONDE, M., 1974. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada.

LEAVELL, S. & CLARK, E.G., 1976. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.

MEDICI A. C. Tendências da gestão em saúde ao nível mundial: o caso da assistência médica gerenciada (Amg).
<http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/abrangenciadaregulacao.asp>. Acesso em: 25 abr. 2004.

MCKEOWN, T., 1979. *The role of Medicine: dream, mirage or nemesis?* Blackwell, Oxford.

MIRANDA C. R., 2003 *Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde*. Material técnico elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar.

MOTA, E. L. A & CARVALHO, D. M., 1999. Sistemas de Informação em saúde. In: *Epidemiologia e saúde*. (Almeida & Rouquayrol), Rio de Janeiro: MEDSI.

NATIONAL Committee for Quality Assurance – NCQA.
<http://www.ncqa.org/index.asp>. Acesso em: 22 abr. 2004.

NUNES, E. D., 1998. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface — Comunicação, Saúde e Educação*, 3:107-16.

NORONHA, José Carvalho de & LECOVITZ, Eduardo., 1994. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. (R. Guimarães & R. TAVARES, org.), Rio de Janeiro: Abrasco/IMS/UERJ.

PAIM, J. S., 2001. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: ANVISA – Seminários Temáticos Permanentes, 2001. Brasília, 28 mar.

PARMENTER, T. R., 1996. The use of quality of life as a construct for social and health policy development. In: *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. (Rebecca Renwick; Ivan Brown & Mark Nagler, org.), London: SAGE Publications, p. 89-103.

PINDYCK, R. S. & RUBINFELD, D. L., 2002. *Microeconomia*. 5 ed. São Paulo.

- ROSEN, G., 1979. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal.
- ROUQUAYROL, M. Z. & FILHO, N. A., 2003. *Epidemiologia & saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI.
- ROUQUAYROL M. Z. & GOLDBAUM M., 2003. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças In: *Epidemiologia & Saúde*. (M. Z. Rouquayrol & N. A. Filho), 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 17.
- SIGERIST, H. E., 1946. *The university at the crossroads*. New York: Henry Schumann Publishers.
- SUSEP. Ministério da Fazenda. <http://www.susep.gov.br/menubiblioteca/glossario.asp>. Acesso em: 27 abr. 2004.
- TEIXEIRA C. F., 2001. Prevenção, promoção e vigilância da saúde. In: *O futuro da prevenção*. (C. F. Teixeira, org.) Salvador: Casa da Qualidade Editora.
- TERRIS, M., 1996. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: *OPS. Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPS, Publ. Cient. 557 p. 37-44.
- TORRES, C.H., 2002. *Ensino de Epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
- TORRES, C.H. & CZERESNIA, D., 2003. *A institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. História, Ciências, Saúde: Manguinhos. v. 10 (2).
- VIGILÂNCIA epidemiológica.
<<http://planeta.terra.com.br/saude/antibios/pdf/vigilancia.pdf>>.
- WHO (World Health Organization), 1986. *The Ottawa charter for health promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

GLOSSÁRIO

1. **ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE** – Atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos, e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, em um espírito de autoconfiança e autodeterminação. A atenção primária em saúde forma parte integral do sistema de serviços de saúde, do qual representa a função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, família e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).

2. **ATIVO LÍQUIDO** – Correspondente ao valor contábil representado pelo Patrimônio, com os seguintes ajustes, quando for o caso: (RDC 77, 2001)
adições:
 - lucros não-realizados da carteira de ações;
 - receitas de exercícios futuros efetivamente recebidas.*deduções:*
 - participações diretas ou indiretas em sociedades congêneres atualizadas pela efetiva equivalência patrimonial;
 - despesas de exercícios futuros efetivamente despendidas;
 - despesas antecipadas.

3. **FALHAS DE MERCADO** – Situação na qual um mercado competitivo não regulamentado é ineficiente porque os preços não fornecem sinais adequados aos consumidores e produtores (PINDYCK & RUBINFELD, 2002).

4. **MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS** – Pretende ser um novo paradigma, proposto e desenvolvido por um grupo de estudos da Universidade McMaster, do Canadá, na década de 80, com finalidades assistenciais e pedagógicas. Trata-se de um processo seqüencial, constituído pelas seguintes etapas: 1ª) levantamento do

problema e formulação das questões; 2ª) pesquisa da literatura correspondente; 3ª) avaliação e interpretação dos trabalhos coletados, mediante critérios bem definidos; 4ª) utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e ou de elaboração científica. Apóia-se no tripé epidemiologia clínica, bioestatística e informática médica, que lhe constitui instrumento de pesquisa e análise, ou seja, o seu próprio processo, visando obter resultados que orientam suas ações, isto é, o seu produto (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).

5. **MEDICINA PREVENTIVA** – A ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, e a eficiência (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).
6. **MORBIDADE** – Variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças em um dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade o comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).
7. **MORTALIDADE** – Variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram em um dado intervalo de tempo (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).
8. **OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** – Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde (Lei 9.656, 1998).
9. **PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** – Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (Lei 9.656,1998)

- 10. PREVALÊNCIA** – Casuística de morbidade que se destaca por seus valores maiores que zero sobre os eventos de saúde ou não-doença. É termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).
- 11. PROVISÕES TÉCNICAS** – Termo utilizado para definir valores matematicamente calculados pelo segurador, com base nos prêmios recebidos dos segurados, para garantia dos pagamentos eventuais dos riscos assumidos e não expirados (SUSEP).
- 12. RISCO** – Probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado. Dessa forma, estima-se o risco ou a probabilidade de que uma doença exista por meio dos coeficientes de incidência e prevalência. Considera-se “fator de risco” de um dano toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fato indesejado, sem que o dito fator tenha de intervir necessariamente em sua causalidade (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).
- 13. SINISTRALIDADE** – Taxa que expressa a relação entre eventos e contraprestações, ou seja, o percentual da receita – contraprestação – gasto com eventos (SUSEP).
- 14. SINISTRO** – Ocorrência do evento médico-assistencial previsto no contrato.
- 15. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA** – Mudança nos padrões de mortalidade e morbidade de uma comunidade, concomitantemente à transição demográfica. De uma forma mais abrangente, ela incorpora as mudanças dos padrões de saúde e doença, mortalidade, fecundidade e estrutura por idades, além dos determinantes socioeconômicos, ecológicos, de estilo de vida e de suas conseqüências para os grupos populacionais. À medida que os países atingem níveis de desenvolvimento mais elevados, as melhorias das condições sociais, econômicas e de saúde causam a transição de um padrão de expectativa ou esperança de vida baixa, com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em faixas de idade precoces, para um aumento das mortes por doenças não transmissíveis (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome do entrevistado:

Cargo:

Operadora:

Segmento:

1. A empresa mantém algum programa de promoção à saúde e prevenção de doenças?
2. Quantos?
3. Para quais patologias?
4. Plano empresarial ou individual?
5. Existe alguma faixa etária específica?
6. Quando começou?
7. A empresa tomou como referência algum programa existente? Qual?
8. Qual o investimento inicial?
9. Após quanto tempo a empresa começou a perceber resultados financeiros positivos?
10. A adoção desse programas interferiu no tempo de permanência dos clientes no plano de saúde?
11. A empresa faz algum tipo de pesquisa de satisfação com os clientes que participam desses programas? Com que periodicidade?
12. Quais as dificuldades encontradas?
13. De que forma a ANS poderia contribuir para o fortalecimento dessas ações?

**ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola
Nacional de Saúde Pública (cópia)**