

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA-UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS -  
CESNORS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU  
EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO  
PÚBLICA EM SAÚDE-EAD**

**A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE  
COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO  
NA SAÚDE SUPLEMENTAR:  
uma revisão documental da  
Legislação vigente no Brasil.**

**MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Márcia Maria Hengemühle**

**Santa Maria, RS, Brasil.  
2015**

**A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE COMO  
ESTRATÉGIA DE GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR:  
uma revisão documental da Legislação vigente no Brasil.**

**Marcia Maria Hengemühle**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Senso em  
Gestão de Organização Pública em Saúde - EaD, da Universidade  
Federal de Santa Maria (UFSM/CESNORS, RS), como requisito parcial  
para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa Ramos Kirsten**

**Santa Maria, RS, Brasil.  
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSO EM  
GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE - EAD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Monografia de Conclusão de Curso

**A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE COMO  
ESTRATÉGIA DE GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR:  
uma revisão documental da Legislação vigente no Brasil.**

elaborada por  
**Márcia Maria Hengemühle**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Vanessa Ramos Kirsten, Dr.<sup>a</sup>**  
(Orientadora)

---

**Francisco Ritter, Dr.(UFSM)**

---

**Suzinara Lima, Dr.<sup>a</sup>(UFSM)**

Santa Maria, RS, 04 de dezembro de 2015.

## **RESUMO**

Monografia de Especialização  
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em  
Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS  
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS

### **A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: uma revisão documental da Legislação vigente no Brasil.**

AUTORA: MÁRCIA MARIA HENGEMÜHLE

ORIENTADORA: VANESSA RAMOS KIRSTEN

Data e local da defesa: Santa Maria, RS, 04 de dezembro de 2015.

O artigo a seguir propõe-se a analisar informações e conhecimentos sobre o contexto da Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos, Agravos e Doenças como uma estratégia de gestão na saúde suplementar. A abordagem metodológica é uma pesquisa documental, exploratória, de cunho qualitativa, a fim de obter informações importantes no avanço histórico na Legislação vigente no Brasil e relevante diante dos desafios contemporâneos no setor privado. Nesse contexto, a Agência Nacional da Saúde Suplementar – ANS, em seu papel de normatização do setor, tem um importante e grande desafio para regular o mercado privado de forma a garantir a sustentabilidade e a consolidação dessa relevante atividade econômica do setor da saúde. Assim, busca através da Promoção e Prevenção em Saúde nortear novas práticas assistenciais cujo objetivo é padronizar a forma de tratar a saúde numa nova perspectiva, vislumbrando maiores resultados em saúde. Os resultados do presente estudo sinalizam para uma era de mudança no modelo assistencial vigente, tanto público quanto privado, rumo a uma transformação em oposição ao atual modelo, porém, sem anulá-lo, como forma de inovação e estratégia de sustentabilidade do setor. O foco do novo modelo assistencial está na promoção e prevenção da saúde como estratégia de gestão, e contribuirá para novas formas de construção de serviços em saúde e modelagens diferenciadas que permitirão, também, novas formas de relacionamento entre os diversos atores do segmento, e assim, impactar positivamente frente ao cenário do setor.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde, Promoção e Prevenção em Saúde, Saúde Suplementar, Agência Nacional de Saúde Suplementar.

## **ABSTRACT**

Specialization Monograph  
Graduate Course Lato Sense in Public Health Management Organization  
Federal University of Santa Maria – UFSM/RS  
Centre for Higher Education North RS - CESNORS

### **THE PROMOTION AND PREVENTION AS HEALTH MANAGEMENT STRATEGY IN SUPPLEMENTAL HEALTH: a desk review of current legislation in Brazil.**

**AUTHOR: MÁRCIA MARIA HENGEMÜHLE**

**ADVISOR: VANESSA RAMOS KIRSTEN**

Date and place of defense: Santa Maria, RS, December 04, 2015.

The following article proposes to analyze information and knowledge about the context of the Health Promotion and Risk Prevention, Injuries and Diseases as a management strategy in the health insurance. The methodological approach is a documentary research, exploratory and qualitative nature in order to obtain important information on historic breakthrough in the current legislation in Brazil and relevant in the face of contemporary challenges in the private sector. In this context, the National Health Agency - ANS, in its role of standardization in the industry, has an important and challenging to regulate the private market to ensure the sustainability and consolidation of this important economic activity in the health sector. So, search through the Health Promotion and Prevention in guiding new care practices aimed at standardizing the way to treat health in a new light, seeing greater health outcomes. The results of this study point towards an era of change in the current health care model, both public and private, towards a transformation as opposed to the current model, but without nullify it as a way of innovation and industry sustainability strategy. The focus of the new care model is the promotion and health prevention and management strategy, and contribute to new forms of construction services in health and differentiated modeling that will allow also new forms of relationships between the various actors in the sector, and so, positively impact across the industry scenario.

**Keywords:** Health Management, Promotion and Prevention in Health, Health Insurance, National Health Agency.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde Suplementar
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>ATS</b>	Avaliação de Tecnologia em Saúde
<b>CESNORS</b>	Centro de Educação Superior Norte do RS
<b>CID-10</b>	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
<b>DCNT</b>	Doenças crônicas não transmissíveis
<b>DIOPE</b>	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
<b>DIPRO</b>	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
<b>EAD</b>	Educação à Distância
<b>ECO-94</b>	Simpósio Internacional de Monitoramento Ambiental e Recursos Terrestres
<b>IDSS</b>	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
<b>IN</b>	Instrução Normativa
<b>M B E</b>	Medicina baseada em Evidências
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>Nº</b>	Número
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan Americana da Saúde
<b>PDCA</b>	Planejar-Executar-Verificar-Agir (Plan-Do-Check-Act)
<b>PNPS</b>	Política Nacional da Promoção da Saúde
<b>PNS</b>	Plano Nacional da Saúde
<b>RDC</b>	Resolução da Diretoria Colegiada
<b>RN</b>	Resolução Normativa

<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUSEP</b>	Superintendência de Seguros Privados
<b>UFSM</b>	Universidade Federal de Santa Maria
<b>VIGITEL</b>	Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Gráfico 1</b> - Fatores de risco e proteção na população masculina e feminina de beneficiários de planos de saúde e na população brasileira em geral, Vigitel,2008.....	<b>41</b>
--	-----------

## SUMÁRIO

Folha de Avaliação .....	03
RESUMO.....	04
ABSTRACT.....	05
1 INTRODUÇÃO .....	10
2 OBJETIVOS .....	12
2.1 Objetivo Geral .....	12
2.2 Objetivos Específicos .....	13
3 MÉTODO.....	13
4 RESULTADOS.....	14
4.1 Sistema de saúde .....	14
4.2 Saúde Suplementar .....	16
4.3 Gestão e planejamento em saúde.....	20
4.4 Promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças: contexto histórico .....	23
4.5 Promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças na Saúde Suplementar (ANS).....	35
5 DISCUSSÃO .....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
REFERÊNCIAS.....	52

# 1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, em qualquer das esferas, pública ou privada, as melhores práticas em gestão vão ao encontro da garantia do direito a cuidados efetivos, acesso integral e coordenado, em todas as fases da vida, com padrões de atendimento adequados, ao mesmo tempo em que oferece retorno às instituições e satisfação geral aos participantes do sistema (CAMPOS, 2008).

Uma gestão para ser eficiente deve contemplar arranjos que tem a sustentabilidade como pilar principal para assegurar a perenidade nas operações das organizações, gerar riqueza, gerar valor em seu negócio, prevenir ou minimizar riscos, colaborando, sobretudo, para o desenvolvimento da sociedade (CAMPOS, 2008).

Nesse contexto, utilizar-se das ferramentas do planejamento estratégico para conhecer o cenário de um sistema de saúde, compreender e contextualizar o negócio em saúde, explorar oportunidades e diferenciais competitivos, poderá contribuir para a melhoria de resultados organizacionais e também dos resultados assistenciais, em que é possível antecipar e tratar riscos inerentes e viabilizar oportunidades futuras com grande impacto nos resultados.

Segundo o Ministério da Saúde, entende-se por sistema da saúde “o conjunto de ações e programas implementados, tanto na administração pública quanto na iniciativa privada; cujo financiamento pode ser público, privado ou misto, de acordo com a estrutura planejada (BRASIL, 2002a).

Um sistema de saúde tem alto nível de complexidade, apresenta-se com uma série contínua de problemas conjunturais que necessitam de respostas de gestão estratégica, organizacional e estruturas criativas para a sua manutenção (CAMPOS, 2008).

No entanto, os sistemas de saúde são formados, em sua maioria, por três componentes (subsistemas) que atuam em conjunto, mas, com características próprias: Política, refere-se ao modelo de gestão; Econômico, aborda o modelo de financiamento e Médico, a quem concerne o modelo assistencial, que em geral, objetivam a promoção, prevenção e a recuperação da saúde (BRASIL/CONASS, 2011).

O sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o Público, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS) e o Privado, constituído pela Saúde Suplementar, composto pelos serviços financiados por planos e seguros de saúde privado, regulamentada pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

Ao Estado cabe o dever de garantir a saúde da população e, embora isso se dê por meio do sistema público, o SUS, onde se desenvolvem ações e serviços públicos de saúde, a Constituição Federal, 1988, reconhece à iniciativa privada a liberdade de desenvolver ações e serviços privados de saúde, que podem ser suplementares ou complementares ao SUS (BRASIL, 1988).

Saúde suplementar, no âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público. (ANS,2015).

A magnitude do setor privado, em particular a saúde suplementar, representa um importante e significativo segmento do sistema de saúde brasileiro, no qual, tem regulação específica e grande atuação na prestação assistencial, por intermédio de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, com ações integradas e atividades preventivas, comuns aos objetivos do SUS e prestados de forma suplementar (ANS,2015).

A nível de modelo de atenção à saúde, o que vem sendo fomentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no setor suplementar, tem suas origens no setor público, ou seja, ações focadas na promoção e prevenção da saúde.

O atual modelo assistencial no setor suplementar, é centrado em práticas de cuidados fragmentados, centrado em produção de atos (procedimentos médicos) desarticulados, o que gera grande insatisfação dos usuários e desperdícios dos recursos (MALTA, 2015).

Nesse sentido, a importância de abordar a assistência à saúde de forma integrada, leva a ANS a incentivar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na assistência privada à saúde. Através da Lei 9.961/2000, ela promove a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (ANS, 2015).

O cenário atual, do sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado, apresenta um panorama de discussão sobre o modelo de sistema de saúde vigente, destacando diversos fatores preocupantes: a evolução populacional/envelhecimento/expectativa de vida, a epidemiologia, em especial, o avanço das doenças crônicas não transmissíveis e os altos custos do setor, e aponta para uma urgência de mudanças e inovações na gestão e na estrutura de atendimento do setor, bem como uma mudança cultural tanto da população em geral quanto dos profissionais e das organizações de saúde diante da forma de prestar a assistência em saúde (MALTA et al., 2004).

Nesse sentido, para uma mudança de cenário, sob o olhar estratégico de gestão, conhecer as ameaças e explorar os diferenciais competitivos podem fazer a grande diferença entre o sucesso e o fracasso do setor (KAPLAN E NORTON, 2008).

Sob este aspecto, por meio da regulamentação do setor privado e do aprofundamento do debate sobre a natureza do modelo de assistência prestada, faz-se necessário conhecer e elucidar, teoricamente, a Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos, Agravos e Doenças no âmbito da Saúde Suplementar, objetivando-se por este estudo uma pesquisa documental acerca do tema, a fim de analisar informações importantes e relevantes no avanço e dos desafios na regulação desse setor.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O principal objetivo desse artigo é analisar informações e conhecimentos sobre o contexto da Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos, Agravos e Doenças numa visão estratégica de gestão do setor privado da saúde, regulado pela Agência Nacional da Saúde Suplementar – ANS.

## 2.2 Objetivos Específicos

Realizar uma pesquisa documental da Legislação vigente no Brasil sobre a promoção e prevenção à saúde na saúde suplementar;

Identificar práticas de gestão estratégica em saúde, no âmbito da promoção e prevenção à saúde na saúde suplementar;

## 3 MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa documental, exploratória, de cunho qualitativa, através do método de análise de conteúdo do tipo temática e estrutural, não sistêmica, extraída em diversas fontes, como: Portais da ANS (<http://www.ans.gov.br/>), do Ministério da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/> e [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_4ed.pdf)), do Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (<http://apsredes.org/site2013/saudesuplementar/>), livros e artigos científicos, que permitisse abordar a trajetória da promoção e prevenção da saúde do sistema de saúde suplementar, desde o início de sua atividade, no final dos anos 60 até a os dias atuais, intensificado pelo marco regulatório, a partir do ano de 2000.

Segundo Minayo (2007), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não se pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Essa é a principal diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. No entanto, chama-

se a atenção para o fato de que: “na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador (a) requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico” (OLIVEIRA, 2007: 70).

A técnica de coleta de dados foi a análise documental e a delimitação do assunto ocorreu pela definição das seguintes categorias temáticas: Sistema de Saúde; Saúde Suplementar; Gestão e Planejamento em Saúde; Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos, Agravos e Doenças: Contexto histórico; e, Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos, Agravos e Doenças na Saúde Suplementar.

Segundo Gil (2002), categorias temáticas são estruturadas na leitura exploratória dos estudos, objetivando o contato com os textos em sua totalidade, seguida de classificação seletiva para a averiguação da finalidade pertinente a pesquisa.

Após, realizar leitura analítica e crítica, procedeu-se a sintetização das ideias e a ordenação do referencial selecionado, seguido da discussão de resultados e considerações finais de conclusão do estudo.

Dessa forma, considerando, a regulamentação do setor privado e o aprofundamento do debate sobre a natureza do modelo de assistência prestada, esse estudo exploratório, permitiu realizar uma análise documental longitudinal, transformando-a em artigo.

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Sistema de Saúde**

De acordo com a OMS - Organização Mundial da Saúde, os sistemas de saúde são definidos como um conjunto de atividades no qual o principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde da população (WHO, 2000).

Um sistema de saúde considerado como um setor de bem-estar-social atuando em diferentes modalidades de proteção social num arranjo coletivo inclui diferentes

formas de financiamento, gestão e organização dos serviços de saúde<sup>1</sup> e de cuidados em saúde (KUSCHNIR, 2012).

Os sistemas de saúde, da maior parte dos países desenvolvidos, garantem acesso às ações e aos serviços de saúde a todos ou praticamente a todos os seus cidadãos, seja por meio de sistemas exclusivamente públicos de saúde ou de seguro social, por sistema privado, ou ainda, por uma combinação entre público-privado com diferentes medidas de articulação institucional e/ou funcional e de financiamento (KUSCHNIR, 2012).

O sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o Público, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS) e o Privado, constituído pela Saúde Suplementar (KUSCHNIR, 2012).

Ao Estado cabe o dever de garantir a saúde da população e, embora isso se dê por meio do sistema público, o SUS, onde se desenvolvem ações e serviços públicos de saúde, a Constituição Federal, 1988, reconhece à iniciativa privada a liberdade de desenvolver ações e serviços privados de saúde, que podem ser suplementares ou complementares ao SUS (BRASIL/CF, 1988).

O sistema de saúde privado, no Brasil, é composto pelos serviços financiados por planos e seguros de saúde privado, que representa um importante e significativo segmento do setor, no qual, tem regulação específica, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e grande atuação na prestação assistencial, por intermédio de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, com ações integradas e atividades preventivas, comuns aos objetivos do SUS e prestados de forma suplementar (ANS, 2009).

Desde fins da década de 1980, observa-se um significativo processo de reorganização do sistema saúde, incluindo a constitucionalização dos princípios do SUS e suas relações com o setor privado e a sociedade, a até uma forte reestruturação da gestão dos serviços de saúde (CORDEIRO, 2001).

---

<sup>1</sup> Serviços de Saúde são um componente central do sistema de saúde, mas não único.

## 4.2 Saúde Suplementar

A Saúde Suplementar, no Brasil, que surge como proposta alternativa complementar ao SUS, é composta pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada. Pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil o governo representado pelo Ministério da Saúde (MS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 2015).

Os serviços privados de assistência à saúde no Brasil surgem no final da década de 1960, sob a forma de planos de assistência médica, e na década de 1970 surgem e consolidam os chamados “seguros” de saúde, regulados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) (ANS, 2009).

Com o crescimento acelerado a partir de então, surgem outras diversas modalidades de prestação assistencial, como as Medicinas de Grupo, Autogestão, Cooperativas Médicas, etc..., tornando-se uma relevante atividade econômica na área da saúde, atingindo, na época, mais de 30 milhões de brasileiros.

Porém, um crescimento sem regras, com total ausência de regulamentação, apresentava uma série de problemas relacionados a cobertura assistencial, condições de acesso, suporte, entre outros, gerando descontentamento entre os usuários com os serviços recebidos.

Com a identificação desses problemas, se fez necessário a regulação desse mercado, a fim de racionalizar e reordenar o setor, até que no final da década de 1990, é concluído o processo da regulamentação desse segmento (ANS, 2009).

A formalização do marco legal da regulação da atividade, ocorreu num conjunto de Leis, a partir de 1998, com a Lei Nº 9.656/98, com a Medida Provisória (MP) 2.177-44 (originalmente MP 1665, de 5/6/98), que dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998), e a Lei Nº 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro (RJ), como órgão

de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde (BRASIL/CONASS, 2011).

De acordo com o Art. 3º da Lei Nº 9.961/00, a finalidade institucional da ANS é de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País, cabendo, portanto, à ANS desenvolver mecanismos regulatórios capazes de promover garantias assistenciais no setor privado.

A regulação pública, praticada pela ANS, tem ocorrido, em geral, a partir da premissa da regulação da saúde financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde<sup>2</sup>, ou seja, da capacidade de uma operadora de se estabelecer no mercado, honrando compromissos na prestação da assistência à saúde de seus beneficiários, conforme o que foi contratado, sob a perspectiva do direito do consumidor, definindo, assim, relações entre operadoras, produtos e beneficiários. Da mesma forma, também, tem o entendimento que deverá intervir na regulação do cuidado à saúde praticado no setor (MALTA et al, 2004).

Pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 41, de 14 de dezembro de 2000, a ANS emite o Rol de Cobertura Assistencial, contemplando os procedimentos de diagnóstico e tratamento das doenças que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), para garantir e tornar público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde privados. O “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” vigente, é o anexo da Resolução Normativa (RN) nº 167, publicado em 9 de janeiro de 2008, e atualizações posteriores (ANS, 2009).

Com a publicação da RN nº 167/2008, surge a concepção da cobertura mínima, abrangendo praticamente tudo na saúde, todas as doenças e todos os tratamentos. Desse modo, a ANS fixou uma série de medidas e alterações na dimensão da cobertura e da qualidade assistencial, entre elas, a instituição de práticas e ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças (ANS, 2009).

---

<sup>2</sup> Operadora de plano privado de assistência à saúde é uma Pessoa Jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.

Assim, observa-se que o processo regulatório emergiu, também, para uma regulação do cuidado à saúde, com foco na reorganização da atenção à saúde e a remodelagem do modelo assistencial dominante, instituindo às operadoras de planos de saúde, políticas indutoras como o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, com diretrizes que adotem intervenções em todos os aspectos: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (ANS, 2009).

A ANS, em sua gestão, promove Consultas Públicas, publicadas no Diário Oficial da União (DOU), para dispor a Agenda Regulatória<sup>3</sup>, com o objetivo de estabelecer cronograma das atividades prioritárias, para o próximo período, garantindo transparência na atuação do órgão e possibilitando o acompanhamento pela sociedade. Entidades representativas ligadas à saúde e todos os cidadãos interessados em contribuir podem participar da consulta através do portal da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)) (BRASIL/ANS, 2015, a).

A última Consulta Pública lançada foi a de nº 57, em 30/04/2015, que dispôs sobre a Agenda Regulatória, triênio 2015-2017, composta por três eixos temáticos e sete macroprojetos, com foco na garantia de acesso e qualidade assistencial; sustentabilidade do setor; e integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), sistematizando os principais fatores que atuam sobre a oferta e a demanda por serviços de saúde suplementar (ANS, 2015, a).

De acordo com os atuais dados do setor suplementar, registrados pela ANS, encontram-se ativas 1.390 operadoras de planos de saúde, responsáveis por movimentar cerca de 120 bilhões de investimento no mercado privado, atendendo cerca de 50 milhões de usuários, o que representava uma cobertura de 26,3% da população brasileira na saúde suplementar (ANS, 2015, b)

Entre a segmentação assistencial, distribui-se na combinação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar (84%), com ou sem odontologia, referenciada (10%), ou só ambulatorial (4%), ou só hospitalar (2%), com a maior concentração em planos coletivos/empresariais (67%), seguido dos individuais/familiares (19%), e contratos por adesão (14%) (ANS, 2015, b).

---

<sup>3</sup> Agenda regulatória é um instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor, e que serão objeto de atuação da Agência nos próximos períodos.

Os gastos governamentais na saúde não correspondem a maioria dos investimentos na área, sendo os gastos privados em saúde os que possuem a maior representatividade no financiamento do setor. Dessa forma, a saúde suplementar se consolida como uma relevante atividade econômica do setor saúde, com a maior parcela de gastos em saúde, ultrapassando os investimentos públicos, posicionando-se como um grande alavancador no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro (BRASIL/CONASS, 2011).

No entanto, a saúde suplementar, em seu contingente promissor, enfrenta problemas que replicam em todos os seus participantes. Campos (2008) destaca que a Saúde Suplementar, que nasceu como uma alternativa aos serviços públicos, estruturou-se em torno de uma lógica inapropriada na qual os clientes de um plano de saúde compram o direito de uso, em uma rede própria ou credenciada, de livre escolha, remunerada por procedimento realizado e com um processo fragmentado e descoordenado de atenção à saúde.

Sob essa lógica, o objetivo primordial do sistema de saúde, que deveria ser cuidar da saúde das pessoas, se perdeu em meio a uma competição acirrada em repassar custos de um participante para outro, distorcendo seu foco, derivando um processo de cuidado fragmentado, em que cada participante tenta aumentar a sua participação num ciclo vicioso capaz de desvirtuar a atividade e seus benefícios, numa disputa incoerente onde que, para um ganhar o outro necessariamente precisa perder (CAMPOS, 2008).

Nesse sentido, a ANS tem em seu planejamento estratégico o foco na melhoria dos resultados organizacionais e também assistenciais para a sustentabilidade do setor. Assim vem, por meio de condução do processo regulatório e indutora, incorporar propostas inovadoras no campo das práticas assistenciais e da gestão dos serviços de saúde suplementar, com especial ênfase para a promoção à saúde e a prevenção de riscos, agravos e doenças e o gerenciamento de riscos e doenças crônicas (MALTA, et al, 2004).

Desta forma, com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência privada à saúde, sendo pioneira na regulação do setor suplementar, a ANS, além de promover as garantias assistenciais, assume o compromisso de promover a reorientação da forma de prestar a atenção à saúde e de fazer a coordenação do setor (ANS, 2009).

Assim, desencadear uma nova etapa para a atividade de regulação assistencial no setor privado para uma assistência integral à saúde, requerendo, assim, uma visão mais estratégica, rumo a uma transformação substantiva de todos os atores envolvidos (ANS, 2015, c).

Nessa perspectiva, considerando a necessidade de inovação e de manter a sua perenidade, a ANS vem induzindo uma mudança no papel dos atores do setor, no qual as operadoras de planos privados de saúde tornem-se gestoras de saúde; os prestadores de serviços em produtores do cuidado, os clientes em usuários com consciência sanitária e autônoma; e a ANS, uma agência reguladora cada vez mais qualificada e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde (ANS, 2015, c).

### **4.3 Gestão e planejamento em saúde**

Fazer gestão significa, em essência, ter foco em resultados, considerando objetivos e metas pré-estabelecidas/planejadas, assim, podemos dizer que fazemos gestão com base em processos, em decorrência de problemas que demandam soluções, em visualizar e priorizar os problemas de maior impacto futuro, em expectativas de um futuro melhor em relação ao presente, em transformar a realidade, as condições gerais da vida e das organizações, num mundo em constante e acelerado movimento (KUSCHNIR, 2012).

Na saúde, prioriza-se a vida, vida mais longa, com mais qualidade, menos riscos e doenças, menos incapacidades, menos mortes, esses aspectos, pode-se dizer que são os desafios de gestão em saúde, no qual fazer gestão é unir necessidades e demandas em saúde como problemas a serem enfrentados, com tecnologia, com formulação e implementação de estratégias e políticas diferentes, com planejamento e organização de trabalho e com mobilização de recursos adequadamente disponibilizados e combinados entre si (KUSCHNIR, 2012).

Gestão em saúde, por sua vez, significa resolver problemas sanitários, identificados como doenças e riscos associados à saúde, sob uma perspectiva de prevenção e promoção, e de cuidados em forma de intervenção/atuação, bem como,

buscar a solução de problemas de ordem econômica, no que tange aos custos assistenciais e o adequado investimento dos recursos, permitindo que uma organização ou um sistema de saúde mantenha-se estável e sustentável economicamente (KUSCHNIR, 2012).

Na área da saúde, tanto na esfera pública como privada, as melhores práticas em gestão vão ao encontro da garantia do direito a cuidados de saúde efetivos, acesso integral e coordenado, em todas as fases da vida, com padrões de atendimento adequados, ao mesmo tempo em que oferece o devido retorno às instituições e satisfação geral aos participantes do sistema (KUSCHNIR, 2012).

Uma gestão para ser eficiente deve contemplar arranjos que tem a sustentabilidade como pilar principal para assegurar a perenidade nas operações das organizações, gerar riqueza, gerar valor em seu negócio, prevenir ou minimizar riscos, colaborando, sobretudo, para o desenvolvimento da sociedade (CAMPOS, 2008).

Essas práticas, no setor saúde, passam por uma reorganização constante de processos de atendimentos, de estruturas e por uma forte mudança cultural tanto da população quanto dos profissionais e das organizações de saúde. Nesse caso, oferecer e implementar serviços de valor aos usuários do setor, exige planejamento estratégico, investimento em tecnologia de informação e identificação das melhorias necessárias na execução do objetivo primordial do sistema: a produção de saúde (CAMPOS, 2008).

Nesse contexto, redesenhar processos para atender à demanda e promover melhorias, requer um planejamento estratégico. Com as ferramentas de planejamento estratégico é possível antecipar e tratar riscos inerentes e viabilizar oportunidades futuras com grande impacto nos resultados gerais, pois, elas permitem conhecer o cenário, visualizar suas ameaças e explorar oportunidades e diferenciais competitivos. Estes aspectos são considerados essenciais para que determinado programa, serviço ou organização funcione, como um ciclo em permanente renovação ou inovação: planejamento, execução, avaliação e correção (Ciclo PDCA)<sup>4</sup> (KAPLAN E NORTON, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), pela Portaria Nº 423, de 24 de junho de 2002, da Secretaria de Atenção à Saúde, a regulação da assistência

---

<sup>4</sup> DEMING, 1986, sugere o ciclo PDCA: Planejar-Executar-Verificar-Agir (Plan-Do-Check-Act), para processos orientados à qualidade, na construção de um produto (ou serviço).

pressupõe uma realização prévia do gestor. Dessa forma, considerar um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que inclua os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis, as condições de acesso às unidades de referência; a definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas unidades de rede assistencial e responsabilização dos vários municípios na rede hierarquizada e regionalizada; a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial como o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação (BRASIL, 2002b).

Considerando, ainda, a inovação na gestão, vários fatores podem contribuir para a inovação nas organizações: a estratégia e a estrutura organizacional, o marco regulatório legal, o ambiente de negócios, o suporte gerencial, a cultura e a disposição para inovar, os recursos destinados à inovação, o tempo de maturação dos processos, a disposição para assumir riscos e lidar com erros, os incentivos para inovar e, até mesmo, as experiências anteriores relacionadas à inovação e seus sucessos e frustrações, assim, as inovações podem ser de natureza mercadológicas (cujo foco é o usuário) ou de natureza produtiva (focadas nos processos, produtos e serviços) (BRESSAN, 2013).

Estratégia, para Porter (1989), refere-se à formulação da visão, missão, valores e dos objetivos de uma organização, bem como um plano de ação para alcançá-los, e análise de cenários, levando em conta as forças e fraquezas internas, as ameaças e oportunidades externas, do impacto destas no ambiente e no mercado.

Kaplan e Norton (2008), confirmam que a gestão estratégica é diferente da gestão das operações. Mas ambas, são vitais, e devem estar integradas. Michael Porter (1989), autoridade em estratégia, afirma que eficácia operacional e estratégia são ambas essenciais para o desempenho superior...mas funcionam de maneiras diferentes. Uma estratégia não vinculada a excelentes processos operacionais e de governança é impossível de se implementar. Por outro lado, a excelência operacional pode contribuir para a redução e otimização de custos, a melhoria da qualidade, a racionalização dos processos e a redução de prazos; mas, sem uma visão e orientação estratégica, dificilmente a organização desfrutará de sucesso sustentável apenas em consequência das suas melhorias operacionais.

No entanto, na área da saúde, é fundamental adotar uma gestão com planejamento estratégico. No caso da Saúde Suplementar, uma grande demanda não

assistida pela saúde pública acaba abrindo grandes oportunidades ao setor privado, mas também traz muitos riscos, o que requer atuação com excelência operacional e estratégica, com foco na melhoria dos resultados organizacionais e assistenciais (ANS, 2015, c).

Para a otimização da gestão em saúde as informações em saúde são essenciais, entretanto, elas precisam ser sistematizadas e analisadas para que possibilitem um adequado planejamento, implementação e avaliação dos resultados esperados subsidiando, quando necessário, o ajuste das estratégias programadas. (ANS, 2015, d).

Dessa forma, o desenvolvimento da gestão da saúde pode ser delineada na forma do seguinte plano de ação: reconhecer uma situação passível de intervenção (PARA QUEM?); classificar e priorizar as necessidades em saúde identificadas (O QUE?); saber os objetivos a serem alcançados (PARA QUE?); definir a meta e resultados esperados (QUANTO?) e, avaliar o melhor modelo a ser desenvolvido (ANS, 2015, d).

#### **4.4 Promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças: contexto histórico**

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow (1920), e Sigerist (1946), considerando as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark (1965), contribuíram com o modelo da história natural das doenças, com os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (ANS, 2011).

Para Melo e Figueiredo (2005), Leavell e Clark foram dois importantes pesquisadores que sistematizaram e construíram um modelo que buscava descrever tanto a história natural da doença quanto prevenção de doenças. Para os pesquisadores, a história natural da doença compreende as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global até e seu desenvolvimento, passando pelas primeiras forças que criam o estímulo patológico no

meio ambiente até as alterações que levam a sequelas, invalidez, recuperação ou morte.

Em abril de 1974, o Relatório ou Informativo Lalonde, produzido na gestão do Ministro da Saúde Canadense Marc Lalonde, destacou a importância do estilo de vida (comportamento) como foco principal, ao lado da biologia humana e fatores ambientais como as principais causas de morbimortalidade, e propondo cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação do sistema, eficiência da assistência médica, pesquisa científica e a fixação de diretrizes e objetivos, passando a ser um referencial importante nos debates e documentos que foram produzidos desde então (ANS, 2011).

As reflexões de Lalonde impuseram práticas de promoção da saúde focalizados à mudança de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais, como: o fumo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de substâncias psico-ativas. Esse informativo teve abordagem centrada na prevenção de doenças crônico-degenerativos, problema prioritário nos países desenvolvidos, e que serviu de base para a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em 1978, em Alma-Ata, a qual teve repercussão nos sistemas de saúde mundiais (ANS, 2011).

A partir disso, esses conceitos foram se disseminando e fortaleceram-se, principalmente a partir da década de 80, particularmente, em alguns países como Canadá, Estados Unidos e outros da Europa Ocidental, tendo nas principais Conferências Internacionais de Saúde, que ocorreram entre 1986 e 1991, as bases da construção teórica, em que a promoção de saúde passou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, tendo o conceito sido introduzido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1984).

A 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (em Ottawa, Canadá, novembro de 1986) aconteceu em decorrência dos progressos alcançados após a Declaração de Alma-Ata (1978) para a Atenção Primária à Saúde, e a partir do documento da OMS “As Metas da Saúde para Todos”. Como produto, foi elaborada a Carta de Ottawa que passou a ser uma referência permanente na reflexão sobre as determinantes sociais em saúde em todas as conferências que seguiram e na evolução conceitual da promoção da saúde (WHO, 1986).

Segundo definição da Carta de Ottawa, 1986, [...] “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo, assumindo a relação da saúde como uma política pública”. A Carta de Ottawa ampliou o conceito de promoção da saúde para além de cuidados em saúde e além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global, bem estar físico, mental e social, considerando que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor, indicando como pré-requisitos básicos para alcançar saúde nessa forma completa: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Assim, para Buss (2003), o termo promoção da saúde está associado a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, revelando que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e sim, de “responsabilidade múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. O autor, considera, ainda, que a promoção da saúde, na superação do modelo assistencial, passa a ter como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, e a qualidade de vida pode ser entendida como condições de vida.

A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide (Austrália), em 1988, enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis, caracterizadas “pelo interesse e 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” (BRASIL, 2001, p.26). Na Declaração é afirmado que o principal propósito das políticas públicas saudáveis é a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde.

A criação de tal entorno propício foi o foco da 3ª Conferência Internacional da Promoção da Saúde. Realizada em Sundsvall (Suíça), em 1991 - um ano antes do lançamento da ECO-94, o encontro firmou o compromisso das organizações do Sistema das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. A Declaração de Sundsvall preconiza que a criação de ambientes promotores de saúde deve sempre ser guiada pelo princípio da equidade.

A Declaração de Jacarta, fruto da 4ª Conferência Internacional da Promoção da Saúde, realizada na Indonésia, em 1997, reitera a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (BRASIL, 2001, p.43).

Finalmente, a 5ª Conferência Mundial, realizada no México, em 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembleia Mundial da Saúde de 1998: “promover a responsabilidade social em matéria de saúde; ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; aumentar a “inversão” no desenvolvimento da saúde; assegurar a infraestrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; reorientar os sistemas e serviços de saúde” (BRASIL, 2001, p.46).

No Brasil, a Atenção à Saúde, inicialmente, era tratada com um caráter sanitarista, com atividades desenvolvidas para o combate a diversas epidemias e sendo aplicada de forma muito repressora e restritiva, associada a uma prática de medicina previdenciária, com um modelo médico-assistencial curativista privatista, e evoluiu entre muitas lutas e manifestações sociais para seu acesso integral (AROUCA, 2003).

O termo promoção à saúde foi, de acordo com Czeresnia (2003), introduzida na fala da classe médica a partir de 1960, orientando o estabelecimento de níveis de atenção e serviços de saúde, que permanecem até os dias atuais em nosso país. Todavia, o desenvolvimento da medicina no Brasil, conservou-se predominantemente uma técnica individual, com finalidade curativa, não preventiva.

A promoção da saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do país no qual tem na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), também conhecida como a Reforma Sanitária, o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania, garantidos posteriormente pela Constituição Federal (BRASIL, 2015).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, preconiza que o Estado deve garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de

doenças e de outros agravos e o acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Dessa forma, assegura o acesso universal dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde, a integralidade da assistência com igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e com ampla participação social, capaz de responder pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades das pessoas (BRASIL, 2015).

A Lei nº 8.080/90, Lei do SUS, corrobora esta prerrogativa e acrescenta que a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. A mesma, incorporou conceitos ampliados de saúde, resultantes dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos (BRASIL, 1990).

Na sequência, em 2004, é aprovado o Plano Nacional da Saúde (PNS), pela Portaria 2.607, de 10 de dezembro de 2004 –do Um Pacto pela Saúde no Brasil, como um instrumento de referência da atuação e implementação SUS em eixos orientadores de prioridades nas três esferas, de modo a apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de 2004 a 2007 (BRASIL, 2015).

No entanto, muitos acontecimentos desenharam novos cenários, interferindo na discussão da promoção da saúde. Os maiores desafios apresentados referem-se à estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que, alicerçado nos conceitos e funções da saúde pública, subordine os programas da assistência médica individual àqueles de interesse coletivo, realizando as atividades de promoção e proteção da saúde e garantindo os direitos de cidadania (BRASIL, 2004).

Tais desafios relacionam-se à melhoria da qualidade da atenção à saúde, nos seus vários níveis, elevando-se a resolubilidade da rede de unidades básicas e fortalecendo seu papel como porta de entrada do SUS, bem como ampliando o acesso aos serviços de atenção ambulatorial especializada e de alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura a contingentes populacionais que, frequentemente, ultrapassam a esfera municipal ou microrregional (BRASIL, 2004).

Visando ao enfrentamento desses desafios diante a produção de saúde e à qualificação contínua das práticas de promoção a saúde e do sistema de saúde, é lançada a Portaria Nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga

as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes, quais sejam: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que reforça aspectos institucionais vigentes em prol da inovação dos processos e instrumentos assistenciais e de gestão, visando maior efetividade e eficiência na saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida contempla na promoção da saúde ações que enfatizam mudança de comportamento da população brasileira, corresponsabilizando os indivíduos no compromisso de atitudes saudáveis, bem como articular e promover programas e serviços voltados para a promoção da saúde, e ainda, elaborar e pactuar a Política Nacional da Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a).

No mesmo ano, a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada, através da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006b).

Dessa forma, ratifica-se o compromisso do Estado Brasileiro com a ampliação e a qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes para os demais setores envolvidos no sistema. (BRASIL, 2015).

Além disso, em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, definindo que a vigilância em saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde. Abrange assim, a promoção da saúde, a vigilância epidemiológica, ambiental, da saúde do trabalhador e da vigilância sanitária (BRASIL, 2015).

Nesse intuito, o Ministério da Saúde (MS) no compromisso de coordenar e estabelecer políticas públicas para garantir a integralidade da atenção à saúde, vem assumindo novas demandas e novos compromissos, que apontam para outros desafios. Com a emissão da Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, aprimorou as ações de promoção da saúde e atualizou a PNPS, trazendo um referencial teórico de promoção da saúde com conceitos ampliados de saúde. Assim, a atual PNPS estabelece relação com as demais políticas conquistadas pela

população e vem provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2015).

Nessa concepção, o termo promoção da saúde, na ótica do SUS, é considerada um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, concebido como um novo modelo técnico-assistencial, baseado numa concepção ampliada do processo saúde-doença, distinguindo-se do modelo anterior por associar inteiramente as ações de prevenção às ações curativas e a saúde coletiva à atenção individual (CARVALHO, 2010).

Quanto a atenção, o modelo de cuidado em saúde tem na integralidade da promoção o fator preponderante para a produção de saúde, respeitando a potencialidade dos projetos terapêuticos, de vida e de organização do trabalho em saúde, de modo a prestar uma atenção em saúde sob perspectiva de acolhimento por meio de escuta qualificada, e direcionar essas histórias e condições de saúde num atendimento eficaz, bem como, articular, de forma complementar, ações com as demais redes assistenciais, setores e instituições, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2015).

No documento produzido em 1984, a OMS (WHO, 1984, p.20) declara que [...] “a promoção de saúde envolve a população como um todo, no contexto do seu dia-a-dia, em vez de focar em grupos de risco para doenças específicas”.

Neste contexto, a OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: Concepção holística; Intersetorialidade; Empoderamento; Participação social; Equidade; Ações multi-estratégicas e Sustentabilidade, assim, a saúde vista como produção social, extrapolando o campo específico da assistência médica-curativa. Assim, é de extrema importância ressaltar termos como *empowerment* (empoderamento) e autocuidado que vêm sendo introduzidos e utilizados, uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, buscando a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde (WHO, 1998).

A promoção da saúde, para BUSS [...] “o que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonizante das determinantes gerais sobre as condições de saúde, onde a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida” [...], assim, surge

como uma estratégia próspera para confrontar os vários problemas de saúde que acometem a sociedade neste século XXI (BUSS, 2003, p.190).

Ainda na visão de BUSS, 2003, a promoção da saúde é avaliada de forma distinta da prevenção de riscos e doenças, porém, o que difere ambas, é o olhar sobre os diferentes conceitos sobre a saúde. Enquanto na prevenção, o enfoque está na esfera de fatores de risco à saúde que causam as doenças, individualmente, considerando a saúde simplesmente como ausência de doenças, a promoção a saúde é encarada como um conceito positivo, multifatorial e multidimensional, originando, um modelo participativo de saúde, cuidador, em oposição ao modelo médico intervencionista curativista. Pois, são campos complementares no esforço integrado de melhorar a saúde da população, ambas com ações estratégicas diferentes para intervir no processo saúde-doença, completando-se no gerenciamento em saúde, onde por iniciativas de natureza complexas e longitudinais envolvem processos de transformação coletiva, com impactos de médio a longo prazo (BUSS, 2003).

No entanto, a prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

O termo prevenir por sua vez, pode ser definido como “dispor de maneira que evite (dano, mal)”, “chegar antes”, “impedir que se realize”. Desta forma, prevenção em saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (CZERESNIA, 2003). Assim, segundo o autor, ações preventivas definem-se como “intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”.

Muitas intervenções não evitam o progresso da doença, mas em vez disso retardam sua progressão de modo que a doença não chegue a ocorrer durante o tempo de vida do paciente ou ocorre em um período de vida mais tardio do que ocorreria se não tivesse havido intervenção (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

É possível estabelecer medidas de prevenção voltadas tanto para a fase anterior ao adoecimento (período pré-patológico) como para a fase posterior (período patológico). Para Melo e Figueiredo (2005) o período pré- patológico ou pré-doença é a fase em que há apenas condições favoráveis ao aparecimento da doença, existindo

apenas a suscetibilidade, ou seja, é na fase inicial que encontramos os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Ao longo do tempo, a soma de fatores como carga genética, exposições ambientais, história nutricional, meio social, capacidade imunológica e padrões comportamentais, podem causar o início do processo patológico. Se o processo que produz a doença já se acha em seu curso, define-se que ela está em seu período latente ou de incubação, diferente se ela estiver suficientemente avançada para produzir manifestações clínicas, sendo denominada então de período sintomático ou patológico (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

Assim como Leavell e Clark (1965), os autores Jekel; Katz e Elmore, 2005, também, abordam os três níveis de prevenção, salientando, ainda que, o que será prevenido depende do estágio de saúde ou de doença em que se encontra o indivíduo que recebe o cuidado preventivo. De acordo com a situação, os níveis de prevenção podem ser divididos em primário, secundário e terciário.

A prevenção primária (período pré-doença), é definida como o conjunto de ações voltadas para a prevenção da ocorrência, englobando medidas que têm como objetivo atuar sobre o período que antecede a ocorrência da doença, destinadas a evitar o desencadeamento de fatores que podem causá-la. O objetivo de uma intervenção de saúde neste momento é modificar os fatores de risco em uma direção favorável, buscando atividades que modificam o estilo de vida para evitar a ocorrência do progresso patológico e a ocorrência da doença. (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005). Buss (2003), considera que as medidas de promoção da saúde, em nível de prevenção primária, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar geral.

Na prevenção secundária (doença latente), as medidas são voltadas para o período em que a doença já existe, visando impedir sua evolução e suas complicações. Neste caso as ações são voltadas para o diagnóstico e tratamento precoce, englobando medidas que têm por objetivo identificar o processo patológico antes mesmo do aparecimento dos sintomas. (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005). Já, quando a doença se torna sintomática e a assistência médica é procurada, o objetivo do clínico é fornecer uma prevenção terciária de modo a limitar incapacidade em pacientes com sintomas precoces, ou a reabilitar os pacientes com doença sintomática tardia. (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

Assim, as práticas preventivas têm evoluído sucessivamente e representa hoje em dia um crescido avanço na área da medicina, por sua eficiência e objetividade crescentes. Conforme Arouca (2003), a Medicina Preventiva surgiu entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá, em um argumento de crítica à Medicina Curativa. Este movimento propôs uma modificação do exercício médico por meio de reforma no ensino médico, procurando a concepção de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde e focando sobre o indivíduo, a família e a comunidade. Ressaltou a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças como prática diária, qualquer que seja sua especialidade.

Arouca (2003), conceitua Medicina Preventiva como “o conjunto de noções e técnicas visando o conhecimento e manipulação dos processos sociais e psicossociais do comportamento humano que dizem respeito à implantação de padrões racionais de saúde”, aliado a epidemiologia e estatística em campo específico. Também, define Medicina Promotora como apenas uma versão cientificamente mais desenvolvida da higiene, que hábitos de vida saudáveis resultam da responsabilização do indivíduo, faz valer a normalização do processo educativo e considera a totalidade da existência humana em nome de um valor social único, que é a saúde.

Sobretudo, o termo preventivo agregado sintetizava uma intenção, um esforço para indicar uma possibilidade de transformação que interessaria a ciência médica e à prática profissional, que, posteriormente, fora equiparado a expressão: Medicina Baseada em Evidência - MBE (AROUCA, 2003).

A introdução desse novo discurso, significaria uma reforma radical do saber e da prática médica. O desafio geral era lançar esses conhecimentos científicos em sua aplicação na prática. Contudo, essa área concentrou esforços na implementação e modificação dos protocolos de prática profissional, através de poderosos movimentos internacionais de desenvolvimento da base científica das intervenções médicas, como a *Cochrane Collaboration*, para a construção de diretrizes e protocolos (NICE, no Reino Unido, Socialstyrelsen-SBU, na Suécia). (AROUCA, 2003).

Dessa forma, a Medicina Baseada em Evidência, apoiada fortemente na estatística e na epidemiologia clínica, garantiria a incorporação potente da tecnologia no setor com propósito de evitar a iatrogenia, procedimentos desnecessários e a má

prática geral. Dentro dessa lógica, a Medicina Preventiva serviu de base para a construção da reforma sanitária brasileira e o SUS (AROUCA, 2003).

Durante muitos anos, a Medicina Preventiva foi avaliada uma área que cuidava apenas da prevenção de doenças, quase como um sinônimo de vacinação. Esse conceito, porém, vai muito mais além, pois, engloba um crescente interesse pela melhoria da qualidade de vida das pessoas, levando em conta “como” e “porque” as doenças e sofrimentos ocorrem nas populações em determinado local e época, utilizando diversas ciências: medicina, demografia, ciências sociais, humanas, matemática, estatística e epidemiologia. No entanto, as práticas preventivas têm evoluído muito com o passar do tempo, representando hoje em dia um grande avanço na área da medicina, por sua eficiência e objetividade crescentes. A educação, visando à prevenção, é a melhor forma de alcançar e manter uma vida saudável (PIRES, 2008).

Atualmente, para enfocar o diagnóstico e o tratamento de patologias, a classe médica, vem entendendo a importância de promover a saúde global dos sujeitos envolvidos neste processo. O diagnóstico e tratamento de patologias serão sempre aspectos importantes no processo saúde-doença, porém, ultimamente, está sendo cada vez mais dada à importância a prevenção e a educação a saúde. A prevenção vem sendo incorporada na prática de outros profissionais da saúde, não sendo limitada apenas para especialistas em Medicina Preventiva (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

No decorrer das últimas três décadas, diversos estudos comprovam que a maior parte dos problemas de saúde pública que afetam a população, tanto as doenças transmissíveis quanto as não transmissíveis, são na maioria preveníveis. Dessa maneira, uma grande carga produzida por doenças pode ser evitada, tanto em termos sociais como econômicos (CZERESNIA, 2003).

O mesmo autor afirma, ainda, que as transformações no perfil etário e epidemiológico da população e o uso de tecnologias cada vez mais caras têm causado grandes impactos no financiamento da saúde, tanto pública quanto suplementar, e vislumbra no investimento em Medicina Preventiva como um benefício de consumo, tornando-a uma tecnologia de ponta do campo de saúde.

Neste sentido, avalia que ações de medicina preventiva multidimensionadas, interdisciplinares, aplicadas de forma eficaz promove não apenas o impedimento em

relação ao surgimento da doença, mas atua também evitando, ou até mesmo minimizando ou atrasando, o progresso de determinada doença, norteando as ações de saúde com o objetivo principal de promover a qualidade de vida dos indivíduos e a produção de saúde (CZERESNIA, 2003).

Pires (2008), considera que as ações de promoção, prevenção e proteção da saúde se apresentam como estratégias fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, que tem como principal finalidade a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde. O trabalho de promoção e prevenção é capaz de identificar as necessidades de saúde dos clientes, organizar e dimensionar os serviços de saúde, realinhar modelos de atenção à saúde contemplando a gestão de fatores ou comportamentos de risco, a fim de evitar ou minimizar os agravos que suas condições de saúde possam causar.

Segundo Paim (2003), [...] “Modelo de Atenção é, um dado modo de combinar técnicas e tecnologias (metodologias) para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender necessidade de saúde individual e coletiva; é uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho, nas relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) das organizações de saúde” (PAIM, 2003, p. 165).

Além dessa concepção, pode-se conceber uma concepção ampliada, sistêmica, sobre modelo de atenção, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2002).

Nessa forma, modelos de atenção extrapolam a assistência médico-curativa, abrindo espaço para modelos baseados na produção do cuidado com promoção da saúde em atenção integral, desde os cuidados primários até aos cuidados paliativos, sendo que os cuidados primários em saúde sempre estiveram presentes nas

concepções sobre o tema, enfatizando aqui o documento da OMS (WOH,1984), que estabeleceu as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde na importância da Atenção Primária em Saúde como a chave para uma promoção da saúde de caráter universal.

Acredita-se, assim, que o referencial aqui apresentado, permite esclarecer as definições e correlações entre a promoção da saúde e as práticas preventivas, ambas com relação direta com a vigilância à saúde.

#### **4.5 Promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças na Saúde Suplementar (ANS)**

Em consonância com a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), inclui em sua agenda a adoção de programas de promoção e prevenção, especificamente para as operadoras de planos privados. No artigo 4º da Lei que cria a ANS (Lei 9.961/00), estabelece que uma das suas competências é [...]“fixar as normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de saúde, incluindo os modelos assistenciais” (BRASIL, 2000).

Ações de promoção, prevenção e proteção da saúde são, nessa concepção, fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, numa estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver e pensar a saúde de forma integral significa, também, articular as diretrizes da ANS em consonância às políticas públicas estruturadas pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando as peculiaridades do setor suplementar, como forma de fortalecimento de parcerias e de discussão a respeito das necessidades de saúde apresentadas pela população brasileira (ANS, 2011).

Malta (2008), define que o modo de operar a assistência na saúde suplementar passa a se tornar centrado na produção de atos desconexos, não articulados, trabalhando não com a produção da saúde mas sim, com a ideia de “evento-

sinistralidade”<sup>5</sup>. Nessa concepção a saúde, no setor privado, torna-se para o mercado um produto e não um bem, com mais valor, investindo atividades de promoção e prevenção sob o aspecto mercadológico como estratégia de marketing em vez de diretriz de um modelo assistencial integral de atenção visando de fato o cuidado à saúde.

Malta (2008), ainda, considera que a grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor privado, a fragmentação e descontinuidade da atenção, comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo, atingindo também, as redes de cuidados básicos, especializados e hospitalares, que atendem a clientela de planos de saúde.

Esse modelo tradicional, com ações desintegradas, de pouca prática em promoção e prevenção, com o cuidado fragmentado, hegemonicamente curativista, centrado no procedimento, hospitalocêntrico, medicalizado, com custos extremamente elevados e foco na atenção centrada na doença do indivíduo (cura), entre uma prática de medicina altamente especializada, esquecendo do cuidado contínuo, manifesta uma crítica quanto a urgência de repensar o modelo de atenção à saúde e, fundamentalmente, também na maneira de prestar assistência, para que seja possível obter uma maior resolutividade, integralidade e aliar eficiência nos cuidados efetivos a custos adequados, dentro de um padrão desejado de eficácia, com mensuração de resultado em saúde (CAMPOS, 2008).

O atual modelo de atenção à saúde, fomentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem suas origens no setor público, ou seja, nas experiências e modelagens de ações focadas na promoção e prevenção da saúde e encontra-se centrado em práticas de cuidados fragmentados, em produção de atos (procedimentos médico/hospitalar) desarticulados, o que gera insatisfação dos usuários e desperdícios dos recursos (MALTA, 2008).

Considerando a Promoção da Saúde, de acordo com a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1986, em seu caráter universal, que vai além dos cuidados de saúde, do enfoque biológico e social do processo saúde-doença em que contempla a importância do estilo de vida (comportamentos e hábitos saudáveis)

---

<sup>5</sup> A sinistralidade significa a relação entre sinistros realizados e prêmio, ou seja, expressa em porcentagem, a relação entre despesa assistencial e a receita de contraprestação das operadoras (ANS, 2015).

e os fatores ambientais (WHO, 1986), a ANS torna importante abordar a assistência à saúde de forma integrada (ANS,2015c).

Nesse cenário, a ANS vem incentivar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na assistência privada à saúde, promovendo assim, de acordo com a sua criação, pela Lei 9.961/2000, a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (ANS,2015c).

Dessa forma, a promoção da saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças, na Saúde Suplementar, vem assumindo um papel importante para a produção de saúde e não apenas tratar a doença em si (curar), mas também, incorporar a concepção do cuidar (ANS,2015c).

Para a ANS a definição de modelo assistencial consiste [...] “na organização das ações para intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar os problemas de saúde existentes na coletividade” (ANS, 2007).

O esforço que a ANS vem realizando no sentido de as operadoras de planos privados implantarem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, busca criar um modelo de atenção baseado na produção do cuidado, tornando o setor suplementar um ambiente de produção de valor em saúde, fomentando o vínculo entre profissional de saúde e usuário tornando a operadora gestora do cuidado em relação aos seus usuários. O modelo que envolve a adoção de práticas cuidadoras e integrais, podendo ser desenvolvido por diferentes intervenções, mantendo-se a natureza médico-curativa, desde que tenham como premissa ações de promoção e prevenção, que simplesmente atendem as demandas ou as que atuem ativamente sobre os usuários (ANS, 2007).

Em linhas gerais, os objetivos da ANS ao propor diretrizes para o incentivo à adoção, implementação e qualificação dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde foram: contribuir para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar; induzir a reorientação dos modelos assistenciais vigentes; contribuir para a qualificação da gestão em saúde no setor de saúde suplementar, incentivando as operadoras a atuar conforme o perfil de saúde e

doença da sua população de beneficiários; estimular a integração das ações da atenção primária com a atenção de maior complexidade e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde (RANGEL, 2010).

Inicialmente, o foco das operadoras de planos privados estava voltado apenas para resultados de questões econômicas-financeiras dos planos, não realizava ações de promoção e prevenção, nessa concepção, as discussões iniciais na ANS, sobre a indução do desenvolvimento das ações e estratégias de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar foram implementadas a partir de dezembro de 2004, com a realização do I Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, evoluindo para sua normatização (ANS/OPAS/OMS, 2013).

A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos de assistência à saúde implantassem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários teve um foco em incentivos financeiros. Foi com a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 94 em 23 de março de 2005, numa ação conjunta entre a DIOPE (Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras) e DIPRO (Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos) que estabeleceu os critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores<sup>6</sup> das provisões de risco, definidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 17 de julho de 2001, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que realizassem programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários (ANS/OPAS/OMS, 2013).

No mesmo ano, em decorrência do II Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, realizado em dezembro de 2005, foi levado para discussão a construção e preparação de suporte técnico (constituição de um grupo técnico específico), sustentado em evidências científicas e que objetivaram auxiliar as operadoras na estruturação e desenho dos programas (ANS/OPAS/OMS, 2013).

---

<sup>6</sup> O ativo garantidor é a efetivação financeira real da garantia escritural refletida pela provisão técnica. O registro das provisões técnicas no passivo (balanço patrimonial) representa o cálculo dos riscos inerentes às operações de assistência à saúde. E os ativos garantidores são recursos financeiros destinados a cobrir esses riscos, caso eles se traduzam em despesas. Os recursos aplicados nesses ativos devem obedecer a determinados limites percentuais, de aceitação e diversificação, de acordo com a sua natureza e riscos inerentes, além do porte da operadora, conforme estabelece a Resolução Normativa RN nº 159 de 04 de julho de 2007.

A ANS, desde 2004, vêm estimulando as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a gestão com vistas a contribuir para mudanças do tradicional modelo de atenção para um modelo de atenção integral a saúde, no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (ANS, 2015). O resultado desse estímulo pode ser verificado pelos inúmeros incentivos para a implementação de programas de promoção e prevenção a saúde, desde então, e que estão na sequência desse referencial (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Assim, em dezembro de 2006, no III Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar é lançado a primeira edição do Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, que abordou as principais ações organizadas por áreas de atenção à saúde (saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, da mulher, do homem, bucal e mental) (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Já, a segunda edição do Manual, lançada no IV Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar realizado, em dezembro de 2007, deu ênfase a prevenção e o controle dos fatores de risco como uma abordagem relevante, independentemente da área de atenção à saúde na qual a operadora estrutura seus programas, além de acrescentar a saúde do trabalhador na área de atenção. Nesse evento, a avaliação dos programas recebeu um destaque especial, reconhecida como ótima ferramenta de planejamento que viabiliza a tomada de decisões e a definição de estratégias de intervenções com a indicação de incorporação da inovação tecnológica. Nessa oportunidade, a dinâmica do evento, permitiu a realização de oficinas dirigidas nas áreas de atenção, com apresentação de práticas exitosas (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Nessa perspectiva, a ANS, observando a necessidade de um maior aprimoramento das informações e a qualificação dos programas existentes elaborou, por meio de uma pesquisa, enviada a 1.842 operadoras, um diagnóstico do setor a fim de traçar o perfil dos programas e ações realizadas pelas operadoras.

Dentre as respostas da pesquisa, as principais considerações foram que 47,4% das entrevistadas, referiram realizar algum tipo de programa de promoção à saúde; as áreas de atenção mais abordadas foram: Saúde do Adulto e Idoso (73,8%) e Saúde da Mulher (49,6%); 85,9% das operadoras declararam possuir equipes próprias para

o planejamento dos programas e 68,3% das entrevistadas informaram realização de mapeamento periódico para obtenção de perfis de morbidade e mortalidade da carteira de beneficiários. Esses e demais resultados sobre os programas de promoção da saúde desenvolvidos pelas operadoras foi publicado no Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde, em 2008 (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Em dezembro de 2008, a ANS publicou a Instrução Normativa (IN) conjunta no 01 DIPRO/DIOPE, que lança outra estratégia de estímulo, econômico-financeiro, ao desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças, definindo que os valores aplicados nestes passariam a ser tratados como ativos intangíveis no Plano de Contas Padrão da ANS (ANS, 2015f).

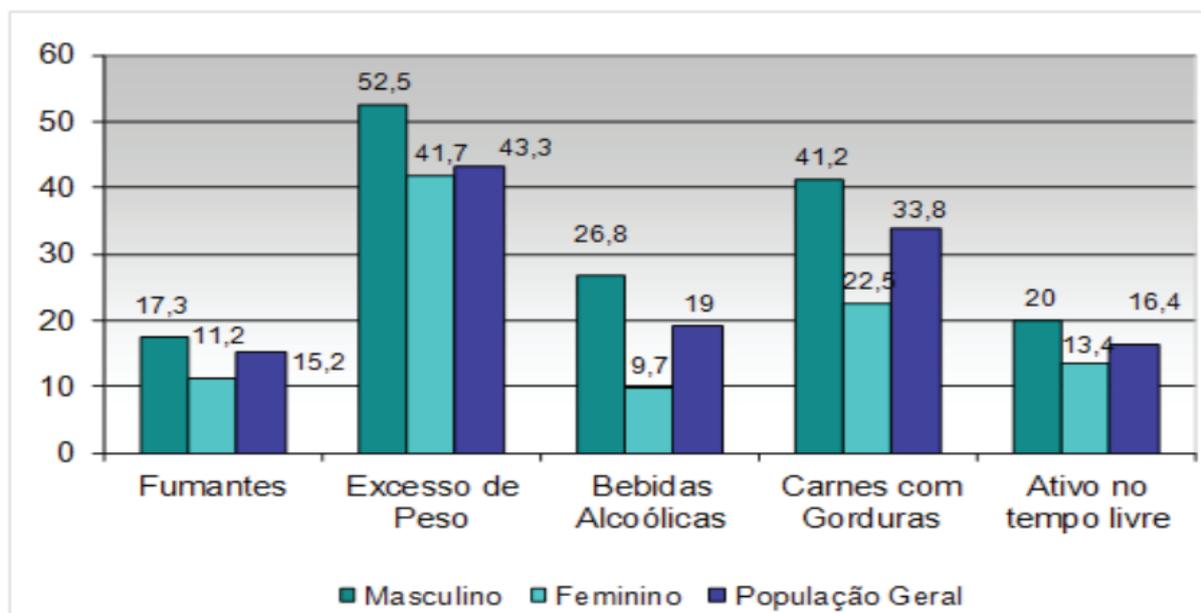
As operadoras interessadas devem realizar cadastro do programa, preenchendo as exigências mínimas, no sitio da ANS ([www.ans.gov.br/portal/site/perfil\\_operadoras/promocao\\_prevencao.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/promocao_prevencao.asp)) e aguardar a aprovação da agência, que após avaliar as propostas, os aprova mediante o cumprimento de pré-requisitos básicos para a realização de programas com qualidade (ANS, 2015f).

Ainda em 2008, outra iniciativa que merece destaque é a participação da ANS no Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, facilitando a integração das ações entre os setores público e privado. Atualmente, a ANS é membro do grupo técnico referente ao Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil para o período compreendido entre 2011-2022 (ANS/OPAS/OMS, 2013).

O “Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022” (BRASIL, 2011, MALTA et al., 2013) aborda quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define três diretrizes estratégicas ou eixos de atuação: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde, e Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não transmissíveis (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Cabe aqui ressaltar que uma das estratégias definidas pelo comitê gestor da PNPS/MS foi a inclusão de perguntas sobre planos de saúde na pesquisa denominada

Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - “Vigitel”<sup>7</sup>, realizada pelo Ministério da Saúde. (ANS/OPAS/OMS, 2013). Essa permitiu o conhecimento dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas, conforme segue no gráfico 1, abaixo, alguns resultados do Vigitel 2008.



**Gráfico 1** - Fatores de risco e proteção na população masculina e feminina de beneficiários de planos de saúde e na população brasileira em geral, Vigitel, 2008 (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Nessa perspectiva, e com a adesão das operadoras na implantação de programas de promoção e prevenção à saúde, a ANS sinaliza para uma nova abordagem do modelo de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que deve apresentar características tais como: Fatores de Risco e Doenças já instaladas como Diabetes e Hipertensão; Detecção precoce e tratamento; Ações educativas; Estímulo a mudanças no estilo de vida; Adesão ao tratamento medicamentoso; Equipe multiprofissional; Capacitação do indivíduo para o autogerenciamento das doenças e

<sup>7</sup> Vigitel é uma pesquisa telefônica realizada pelo Ministério da Saúde que visa avaliar a prevalência de fatores de risco e proteção para diversas doenças crônicas no Brasil. Aborda questões relacionadas ao excesso de peso, obesidade, inatividade física, consumo regular de frutas e hortaliças, tabagismo, consumo de álcool, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na população brasileira adulta. Serve para subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

dos riscos; Utilização de protocolos e diretrizes; Monitoramento e avaliação como ferramenta de gestão (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Com um olhar voltado para a qualificação dos programas cadastrados, sob critérios da qualidade, a ANS lançou, em dezembro de 2009, a Instrução Normativa nº 24, que dispõe sobre o cadastramento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar certificados por Instituições Acreditoras<sup>8</sup>, com o objetivo de simplificar o processo de aprovação dos formulários de cadastramento de programas e estimular as operadoras a utilizarem o "Manual de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar". (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Assim, a 3ª edição do manual, publicado em 2009, focou sua revisão para prover informações e estabelecer indicadores em saúde voltados para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, baseada na utilização de ferramentas da qualidade, metodológicas reconhecidamente eficazes, conferindo a este método credibilidade e transparência (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Em dezembro de 2010, a ANS publicou a Instrução Normativa nº10, somado a Instrução Normativa nº11, de dezembro de 2011, que abordam o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar<sup>9</sup> - IDSS, atribuiu uma pontuação bônus à Dimensão de Atenção à Saúde do Programa de Qualificação das Operadoras, pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde – IDAS, para as operadoras com programas aprovados junto à ANS, destacando-se, uma nova etapa de regulação assumindo compromisso com o eixo da Atenção ao Idoso (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Na continuidade à política de regulação por incentivos, a ANS publicou, em 2011, as Resoluções Normativas nº264 e a nº265, ambas de 19 de agosto de 2011, que definiram conceitos e estabelece as modelagens de programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar nos quais as

---

<sup>8</sup> Instituição Acreditoras é uma organização de direito privado, com ou sem fins econômicos, credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com a responsabilidade de proceder à avaliação e certificação da qualidade das organizações, serviços e programas de saúde, dentro do processo de acreditação, em nível nacional.

<sup>9</sup> A avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, calculado a partir de indicadores definidos pela própria ANS, agregados em quatro dimensões, sendo que cada uma possui um peso diferente na formação do IDSS: 40% para a dimensão Atenção à Saúde, 20% para a dimensão Econômico-financeira, 20% para a dimensão Estrutura e Operação e 20% para a dimensão Satisfação do Beneficiário.

operadoras poderão guiar-se, e dispõe sobre formas facultativas de incentivos à participação de operadoras e beneficiários, bem como, introduziram a possibilidade de bonificação<sup>10</sup> e premiações aos beneficiários na adesão aos programas validados pela ANS (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Pela Resolução Normativa nº 264, é facultado às operadoras oferecerem programas definidos pelas seguintes modelagens de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças: (ANS/OPAS/OMS, 2013).

- Programa para Gerenciamento de Crônicos - Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

- Programa para População-Alvo Específica - Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas, incorporando ações para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças em determinada faixa etária, ciclo de vida ou condição de risco determinada.

- Programa para a Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida - conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, incorporando ações para a promoção da saúde em todas as faixas etárias, desde o pré-natal até as idades mais avançadas.

As Instruções Normativas nº 35 e nº 36, de 19 de agosto de 2011, respectivamente, vem regulamentar a RN nº 264 dispondo sobre o acompanhamento de programas pela ANS, em que as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão informar à ANS todos os programas desenvolvidos, independente da obtenção de bonificações e a RN nº 265 dispondo sobre a concessão (não obrigatória) de bonificações aos beneficiários participantes dos programas, e ainda, para os procedimentos de cumprimento dessa, é lançada a Instrução Normativa nº 36 (19 de agosto de 2011) (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Paralelamente à padronização das modelagens de programas, a ANS lançou a Resolução Normativa nº277, de 4 de novembro de 2011, que institui o Programa de

---

<sup>10</sup> **Bonificação:** vantagem pecuniária, representadas pela aplicação de desconto no pagamento da contraprestação pecuniária, concedida pela operadora ao beneficiário do plano de saúde, como incentivo à sua participação em programa de Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida. / **Premiação:** vantagem, representada pela oferta de prêmio, concedido pela operadora ao beneficiário do plano de saúde, como incentivo à sua participação em programa de População-Alvo Específico e Programa de Gerenciamento de Crônicos.

Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, com objetivo de aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade (ANS, 2015g).

Aos programas de Promoção e Prevenção, o processo de acreditação vai identificar e definir parâmetros de qualidade, a fim de estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras, que poderão, voluntariamente, se submeter ao processo de acreditação, total ou parcial (apenas serviços próprios ou programas de promoção e prevenção específicos), executado por uma entidade acreditadora de sua escolha (ANS, 2015g).

O programa de acreditação, por sua vez, consiste em uma série de itens, distribuídos em sete dimensões, no qual, a 5ª dimensão trata especificamente sobre 51 itens de avaliação de Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde desenvolvidos pelas operadora, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora. Para tanto, a operadora será avaliada, in loco, pelo comitê de uma entidade acreditadora homologada pela ANS que fará a análise e a avaliação de indicadores, emitindo um parecer sobre o grau de conformidade encontrado (ANS, 2015g).

Ainda, em novembro de 2011, é lançada a 4ª edição do Manual de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar durante o 1º Seminário para Construção de Modelos Assistenciais, que abordou Oficinas sobre os temas Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, Envelhecimento Ativo e Diretrizes Clínicas (ANS, 2011).

A última edição do Manual de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (2011) objetivou trazer para a Agenda Regulatória, a reflexão sobre o envelhecimento populacional e o aumento na prevalência das doenças crônicas e seus impactos na sustentabilidade futura do setor. Dessa forma, estima que o manual seja um instrumento importante de consulta de orientação na formulação dos programas para promoção de saúde e prevenção de doenças e contribua para a construção desta nova forma de se organizar a saúde no sistema suplementar brasileiro (ANS, 2011).

De acordo com os dados, a ANS registra um aumento importante do número de beneficiários participantes de programas de promoção da saúde e prevenção de

doenças e agravos. Antes da vigência das RNs nº 264 e 265, de 2011, 127 programas foram informados à ANS, com estimativa de participação de 198 mil beneficiários. Após 12 meses, já eram 760 programas, com a participação de 1,2 milhão de beneficiários. Os números demonstraram o sucesso da iniciativa, a adesão das operadoras e o grande interesse que os beneficiários têm por estes programas. (ANS, 2011).

Em 2012, houve uma alteração na forma do estímulo econômico-financeiro oferecido às operadoras para o desenvolvimento de programas. A Instrução Normativa Conjunta (INC) DIOPE e DIPRO nº07, de novembro de 2012, revogou a norma anterior, que permitia o lançamento dos gastos com programas como ativo intangível, e dispôs sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. A operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvem programas de promoção e prevenção e desejam a aprovação da ANS, poderão cadastrá-las, de acordo com as exigências da regulamentação desta normativa, e aquelas que tiverem programas aprovados pela ANS deverão registrar contabilmente as despesas com programas para promoção a saúde e prevenção de riscos e doenças em conta específica, do Plano de Contas Padrão da ANS (conforme RN nº 290/2012). O total de despesas com esses programas reduzirá a exigência mensal de margem de solvência do exercício corrente, desde que observados os requisitos da referida norma (ANS, 2015c).

No final do mesmo ano, surgiu o Laboratório de Inovações<sup>11</sup> Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, que tem como objetivo identificar e valorizar experiências exitosas e inovadoras, desenvolvida numa parceria entre a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde)/OMS Brasil (Organização Mundial da Saúde) e a ANS para tratar de assuntos relevantes no campo assistencial da saúde suplementar âmbito da cooperação técnica (ANS/OPAS/OMS, 2013).

O foco central do Laboratório de Inovações foi o monitoramento e avaliação dos programas para promoção, prevenção e qualidade do cuidado aos portadores de

---

<sup>11</sup> O conceito utilizado nos Laboratórios de Inovação (LI) para inovação em saúde é o de introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas ou políticas criadas para atender um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades ou organizações.

condições crônicas; a coordenação e integração da rede assistencial, visando mais qualidade; a sustentabilidade econômico-financeira e a introdução de ferramenta do modelo de cuidados de crônicos, contribuindo com o lançamento das seguintes publicações: Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar; Cartão Plano de Melhoria da Saúde; Plano de Melhoria da Saúde: Um Guia para pacientes e público em geral; Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar 2012 e Vigitel Brasil 2011 Saúde Suplementar (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Um outro produto do Laboratório de Inovação que merece ser mencionado é portal eletrônico denominado “Você Saudável” (<http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/>) que tem como objetivo de facilitar o acesso a informações pelo público em geral. O Espaço Você Saudável traz informações em linguagem acessível sobre fatores de risco, alimentação saudável, envelhecimento ativo, atividades físicas, autocuidado e ações de promoção e prevenção (ANS/OPAS/OMS, 2013).

O Laboratório de Inovações obteve importante desenvolvimento a partir da construção de uma metodologia de avaliação e monitoramento dos programas de promoção e prevenção da saúde suplementar no Brasil; da avaliação dos programas ativos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, aprovados pela ANS; da integração e divulgação de informações importantes de várias fontes de dados que sirvam como base para o desenvolvimento e aprimoramento de programas existentes; e do incentivo à elaboração de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (inclusive as ações de envelhecimento ativo) baseados em evidências (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Dessa forma, contribuir para fomentar a ANS, no sentido de apoiar a disseminação dessas práticas no âmbito da saúde suplementar, orientando para a mudança no modelo de atenção e, conseqüentemente, trazer mais saúde e benefícios para a população (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Portanto, a política de regulação indutora da ANS para a mudança no modelo assistencial está no desenvolvimento de programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. “Esse marco regulatório acrescenta novos parâmetros para o modelo de saúde no setor privado, introduzindo ações para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que são fundamentais para a reorientação da forma de atenção à saúde, sendo uma estratégia que objetiva a

melhoria na qualidade de vida, a redução dos riscos à saúde e as melhorias no modo de viver”, explica Katia Audi, gerente da Gerência de Monitoramento Assistencial da ANS (ANS, 2015h).

Sob este prisma, a implementação de um programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças crônicas é considerado uma tarefa complexa que passa por diferentes etapas de um processo gradual e contínuo, que exige metodologia adequada, gerenciada por equipe profissional capacitada e devidamente treinada para a execução efetiva das ações propostas (ANS/OPAS/OMS, 2013).

Nesse sentido, a ANS define um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações sob sua abrangência (ANS, 2015e).

No entanto, a proposta metodológica para a Promoção à Saúde, feita pela ANS, para que possa ser continuamente aprimorada, buscar práticas inovadoras e efetivas e, que as operadoras de saúde sejam habilitadas a receberem os incentivos da ANS para os programas aprovados, encontra-se detalhada no “Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar” e na “Cartilha para Modelagem de Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças” publicados em 2011(ANS, 2011).

Uma avaliação criteriosa sobre as metodologias utilizadas na Promoção e Prevenção, assumem um papel cada vez mais importante, visto que o sistema de saúde tem demandas crescentes, recursos financeiros e humanos limitados e gestores precisam tomar decisões e planejar ações para obter os melhores resultados e que impactam positivamente para as pessoas e as organizações (ANS, 2011).

## **5 DISCUSSÃO**

As iniciativas referentes a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, desenvolvidas pela ANS, em consonância às

políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde, têm levado as operadoras de planos de saúde à discussão do tema em diversos níveis organizacionais, à realização de seminários, à capacitação de equipe multidisciplinar, à apropriação de conceitos epidemiológicos, à adoção de protocolos clínicos e ao planejamento dos programas.

Embora, ainda, existam limitações nesse setor, muitos avanços já podem ser observados, em especial o crescimento de programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças pelo país, em diferentes estágios de implementação, em busca de um plano de cuidado integrado ao paciente. (ANS,2015h).

Visto que as ações de promoção e prevenção em saúde prestadas na assistência suplementar, pela iniciativa privada, não perdem a sua natureza pública.

Diante da regulamentação do setor, o setor privado acompanha os mesmos desafios e necessidades de reestruturação organizacional e assistencial, sem restrição legal, desde que, sejam observados os aspectos regulatórios que tratam sobre os limites legais e contratuais.

Estes limites, estabelecidos previamente entre as operadoras de planos privados e seus beneficiários sinalizam até, para uma nova forma de regulação, apontando produtos diferenciados e novas entregas (coberturas) à população, abordando uma saúde gerenciada-coordenada, com integralidade e preservando o livre arbítrio.

O modelo assistencial na saúde suplementar, atualmente, é tema central de debates nacionais.

Com o objetivo de trocar informações e experiências sobre a temática e divulgar as ações e estratégias desenvolvidas, a ANS, vêm realizando seminários e workshops regionais, para discussão do desenvolvimento e avaliação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na Saúde Suplementar (ANS, 2015h).

Ao longo desse último ano, apresentou os avanços e desafios na regulação do setor, bem como o lançamento do novo inquérito Vigitel da Saúde Suplementar (2014 - fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a ANS e dá seguimento às duas edições anteriores publicadas em 2008 e 2011), o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2016 e a introdução da Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) como ferramenta para tomada de decisões (ANS, 2015h).

Sobretudo, o grande desafio da Saúde Suplementar consiste em reestabelecer uma nova prática assistencial, promover a saúde e não apenas tratar doenças, seja

pelo estímulo à promoção e prevenção, sem o prisma de marketing, ou seja através de uma clínica referenciada no vínculo e na responsabilidade, num modelo de Atenção Integral à Saúde e novas redes assistenciais.

Contemplando na saúde, assim: Acesso humanizado – Acolhimento; Vínculo / Responsabilização (nova relação profissional de saúde-usuário); Equipe multidisciplinar; Prática clínica cuidadora; Gestão de linha de cuidado; Aumento da qualidade da atenção (ações coordenadas e continuadas); e, Visando a satisfação e autonomia do usuário (ANS, 2015h).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o objetivo de abordar a promoção e prevenção em saúde como estratégia de gestão na saúde suplementar, o presente estudo revela informações e conhecimentos de que o sistema saúde implica uma necessidade na redefinição da abordagem assistencial, a fim de rever seus objetos e vislumbrar a perenidade do sistema como um todo.

A evolução histórica da Promoção e Prevenção da Saúde, evidenciado neste estudo, denota uma constante crítica ao modelo assistencial da saúde baseado no tratamento da doença – médico centrado / hospitalar / curativista como forma de resolver os problemas de saúde.

Já, a saúde, com o foco na promoção da saúde, passa a ser compreendida como resultado multidimensional relacionados à qualidade de vida, ultrapassando o enfoque na “doença”, incluindo questões sociais e ambientais, como habitação, alimentação, educação, trabalho e lazer, necessitando de ações com abordagem holística e integral.

Nesse sentido, pela Legislação vigente no país, observa-se que a Agência Nacional de Saúde - ANS, em seu papel regulador do setor privado, induz a promoção e prevenção, mais do que uma política, e sim como uma estratégia de articulação transversal que permeia entre as diversas perspectivas do sistema para o alcance do objetivo final que é a produção de saúde para a população, num sistema sustentável

ao longo do tempo, contemplando assim, novas formas de gestão da saúde, especialmente, na prestação assistencial.

Os diversos referenciais acerca do tema, possibilitaram alinhar o assunto às diretrizes da saúde suplementar, regulamentada há 15 anos no país.

Observa-se que a ANS vem abordando o tema e adotando novas práticas assistenciais, inovando e interferindo na produção do cuidado e na qualidade dos serviços prestados, fazendo com que as operadoras de planos de saúde privado se adequem às diretrizes por ela preconizadas, incentivando, assim, a criação de serviços ou programas específicos voltados para a Promoção e Prevenção da Saúde.

Os referenciais, ainda, apontam para um novo modelo assistencial, sem eliminar a atual, por meio da promoção à saúde e prevenção de riscos, agravos e doenças, baseado numa forma padronizada de tratar a saúde e uma nova forma de relacionar-se entre os diversos atores do sistema, num grande impacto cultural.

Assim, a abordagem da promoção e prevenção utilizada como estratégia de gestão contribui para trabalhar a saúde em termos de atenção integral que transcende a mera disponibilização de rede de prestadores e serviços de saúde.

Esta, vai além, na abrangência de conhecimento epidemiológico da população para definição de solução de problemas com novas formas de atenção à saúde e serviços criativos, num compromisso com o desenvolvimento e a sustentabilidade do sistema, com uma visão integrada da saúde alcançar resultados de mais saúde – maior bem-estar e com menos custos.

Nesse sentido, as iniciativas das ações de promoção e prevenção da saúde mostram sua natureza bastante complexa, visto que envolvem processos de transformação coletiva com impacto a médio e longo prazo, por isso, considera-se que devam ser alicerçados sob princípios de desenvolvimento sustentáveis para garantir processos duradouros e fortes ao longo do tempo.

Dessa forma, o presente estudo evidencia que a promoção e prevenção em saúde, num contexto de atenção integral, introduz no sistema brasileiro de saúde, tanto público quanto privado, uma era de mudança no modelo assistencial vigente.

Uma transformação em oposição ao atual modelo, e que, já, encontra-se aberta a debates e ao aperfeiçoamento, traduzindo-se em fundamentos e diretrizes que nortearão a tomada de decisões futuras, em direção ao novo modelo, como forma de inovação e estratégia de sustentabilidade do setor.

Para finalizar, dessa forma, a abordagem da promoção da saúde e a prevenção de riscos, agravos e doenças como estratégia de gestão na saúde suplementar vêm contemplar um rumo novo para o sistema mediante as contribuições na mudança do modelo assistencial e o forte impacto positivo frente ao cenário do setor.

Porém, o tema não se esgota nessa abordagem teórica, visto que o sistema saúde, em sua alta complexidade, não é muito suscetível a grandes mudanças, e suas transformações ocorrem lentamente, mas, tem muito a ser desenvolvido.

Assim sendo, esse trabalho visou alcançar contribuições fundamentais na seara da promoção e prevenção em saúde do setor suplementar, considerando-se este uma etapa preliminar que, posteriormente, a sua aprovação, será de extrema importância conceitual, tratando de elementos de compreensão da abordagem contemporânea do tema, das relações entre os diversos atores do segmento, e da forma de abordagem da saúde na construção de serviços e modelagens diferenciadas, contribuindo na inovação do sistema de saúde brasileiro.

Outrossim, esse estudo foi de inteira aplicabilidade aos conteúdos trabalhados nas disciplinas do Curso de Pós-Graduação de Gestão em Saúde.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (Brasil). **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**, 2ª edição. Rio de Janeiro, 2007.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório**; Rio de Janeiro: ANS, 2009a. 80p.

\_\_\_\_\_. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4ª. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011, 244p.

\_\_\_\_\_. **Consulta Pública**. ANS, 2015a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/participacao-da-sociedade/2897-ans-inicia-consulta-publica-para-revisao-do-rol-de-procedimentos>. Acesso em 19 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015**. ANS, 2015b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em 19 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Histórico**. ANS, 2015c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/298-promoprev-historico>. Acesso em 19 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Informação em saúde**. ANS, 2015d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/programas-ans/promoprev-programa-de-promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas/como-criar-um-programa/informacao-em-saude>. Acesso em 26 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Promoprev-programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. ANS, 2015e. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/programas-ans/promoprev-programa-de-promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>. Acesso em 26 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Programas de promoção e prevenção à saúde.** ANS, 2015f. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil\\_operadoras/promocao\\_prevencao.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/promocao_prevencao.asp). Acesso em 26 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Programa da Acreditação.** ANS, 2015g. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/acreditacao-de-operadoras>. Acesso em 26 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Notícias e publicações.** ANS, 2015h. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2982->. Acesso em 26 de out. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (Brasil)/OPAS/OMS. Livro: promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira (organizador: Alberto José N. Ogata),- **ANS/Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2013** - <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2014/03/20/laboratorioinovacao/>

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva** / Sergio Arouca. - São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BOOTH, W. C.; COLOMB, G. G.; WILLIAMS, J. M. **A arte da pesquisa.** São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.74-5.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS/Saúde Suplementar. **Coleção: Para entender a gestão do SUS/12 (2011) - Brasília: CONASS, 2011.** 148p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Capítulo da Saúde, Brasília, 1988. p.45.

BRASIL. **Lei 8080. Lei Orgânica da Saúde. Lei do SUS.** Diário Oficial União. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei 9656. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde.** Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei 9961. Dispõe sobre a criação da ANS.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata(WHO, 1978), Carta de Otawa(WHO, 1986), Declaração de Adelaide(WHO, 1988), Declaração de Sundsvall(WHO, 1991), Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta(WHO, 1997), Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Atenção à Saúde**. Portaria N° 423, de 24 de junho de 2002. Brasília: MS, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional da Saúde (PNS)**, PORTARIA N° 2.607/GM, em 10 de dezembro de 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.** – Brasília: 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS)**, Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Vigitel Brasil 2008: Saúde Suplementar: Vigilância de Fatores de Risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Série G Estatística e Informação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRESSAN, F. Propuesta de una Ecuación para el Fomento de la Innovación en las Organizaciones. Journal of Management and Economics for Iberoamerica, ed.29, nº126, Enero-Marzo: 26-36, 2013.

BUSS, P.M. **Uma introdução ao conceito de promoção de saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. de (org.s). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, Emerson, F. (Org.). **Desenvolver a saúde: O modelo cuidador da federação das Unimeds de Minas Gerais**. In: CAMPOS, E.F.; et al (org.s). *Desenvolver a saúde: Modelo Cuidador das Unimeds Minas Gerais*. Belo Horizonte: Editora Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.

**CARTA DE OTTAWA** – <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/ottawa.pdf>

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010. 82p.

CORDEIRO, H. Descentralização, Universalidade e Equidade das Reformas da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 6(2): 319-328, 2001.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. de (org.s). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

DEMING, W. Edwards. **Out of the Crisis**. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Studies, Boston, 1986.

**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS**. Disponível em: <http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>. Acesso em: 11 set. 2015.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social** (5a ed.). São Paulo: Atlas, 2002.

JEKEL, James. F; KATZ, David L; ELMORE. Joann G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Tradução Jair Ferreira.-2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KAPLAN, Robert S. **A Execução Premium**. Robert S Kaplan e david P. Norton; [tradução Afonso Celso da Cunha Serra]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2008 – 5ª reimpressão.

KUSCHNIR, R. C. et al. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde** – 2ª Ed. Reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC;[Brasília] : Capes: UAB, 2012. 178 p.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill.1965.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, jun. 2004.

MALTA, Deborah Carvalho; JORGE, Alzira de Oliveira. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.5, out. 2008.

MELO, E. C. P. ; FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Níveis de atenção à saúde: cuidado preventivo para o corpo sadio**. In: FIGUEIREDO, N. M. A. de (org.). Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul – SP: Yendis Editora, 2005.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo, HUCITEC, 2007.

OLIVEIRA, M. M. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis, Vozes, 2007.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567-586, 2003.

PIRES, Francisco M. S. **Estudo do impacto da medicina preventiva na diminuição da sinistralidade dos planos de saúde e sua aplicação ao sistema sammed/fusex**. 2008. Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial. Para aprovação no Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Disponível em: [http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC\\_2008\\_CFO\\_PDF/CD41%201%BA%20Ten%20Al%20FRANCISCO%20MARCOS%20DE%20SOUSA%20PIRES.pdf](http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD41%201%BA%20Ten%20Al%20FRANCISCO%20MARCOS%20DE%20SOUSA%20PIRES.pdf). Acesso em: 18. Mai. 2009.

PORTER, Michael. **Vantagem Competitiva**: Criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Elsevier, 1989.

RANGEL, M.M.S. **Programas para promoção da saúde e prevenção de doenças bucais no setor suplementar: uma avaliação sob a perspectiva da integralidade.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense (RJ); 2010.

TEIXEIRA, C. F. **Epidemiologia e Planejamento de Saúde.** In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002, p. 515-531.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Discussion document on the concept and principles.** In: \_\_\_\_\_. *Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles.* Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. p.20-3.

\_\_\_\_\_. **Carta de Ottawa**, 1986, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers.** Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

\_\_\_\_\_. **The World Health Report: Health Systems – Improving Performance.** Geneva: World Health Organization, 2000.