



Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84
Glória - CEP 20021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel.: (21) 3513 5000
Disque ANS: 0800 701 9656
Home page: www.ans.gov.br

Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO
Fausto Pereira dos Santos

Secretário Executivo da ANS
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO
Alfredo José Monteiro Scaff

Gerente-Geral da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos - GGTAP/DIPRO
Martha Regina de Oliveira

Gerentes da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos - GGTAP/DIPRO
Andréia Ribeiro Abib e Karla Santa Cruz Coelho

Elaboração técnica:

Adriana Cavalcanti, Ana Paula Cavalcante, Bruna Delocco, Cláudia Zouain, Danielle Conte, Felipe Riani, Jacqueline Torres, Jorge Pinho, Kátia Audi, Luciana Massad, Michelle Mello, Renata Cachapuz, Rochele Santos.

Colaboração:

Aluisio Gomes da Silva Junior, Alzira de Oliveira Jorge.

Organização e revisão:

Danielle Conte Alves, Jacqueline Alves Torres

Projeto Editorial

Gerente de Comunicação Social
Rachel Crescenti

Projeto gráfico:

Eric Estevão (coordenação) e Bruno Peon – GCOMS/PRESI
Revisão ortográfica e gramatical: Ana Flores

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

A265 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
Panorama das Ações De Promoção da Saúde e Prevenção de
Riscos e Doenças na Saúde Suplementar / Agência Nacional de Saúde
Suplementar. – Rio de Janeiro : ANS, 2008.
88 p.

1. Saúde suplementar. 2. Promoção da saúde.
3. Prevenção de doenças. I. Título.

CDD – 614.4

Catalogação na fonte – Cedoc/ANS

Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde



Sumário

Introdução	7
I - Requerimento de informação sobre os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar	11
1 - Análise geral dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde	11
2 - Análise dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde por áreas de atenção à saúde	21
2.1 - Áreas de atenção à saúde da criança, adolescente, mulher e adulto/idoso	23
2.2 - Área de atenção à saúde mental	42
2.3 - Área de atenção à saúde bucal	47
2.4 - Atenção obstétrica	56
3 - Conclusão	59
II - Estratégias para o planejamento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças	61
III – Quatros anos de indução a ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde – análise de especialistas	71
1 - Promoção à saúde e mudanças na prática da saúde suplementar – Aluisio Gomes da Silva Junior	71
2 - Refletindo sobre a caminhada – Alzira de Oliveira Jorge	77

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o fumo está relacionado a 8% do total de mortes no mundo, a obesidade, a 4%, o colesterol elevado a 8% e a hipertensão, a 12%. O controle desses e de outros riscos poderia evitar pelo menos 80% de todas as doenças do coração, de derrames e de diabetes mellitus tipo 2. Só o controle da hipertensão arterial sistêmica reduziria em 35 a 40% a incidência de Acidente Vascular Cerebral, 20 a 25% de Infarto Agudo do Miocárdio e mais de 50% de Insuficiência Cardíaca Congestiva. Os cânceres também poderiam ser prevenidos em 40% ou mais.

Atenta a essa situação, a ANS adotou medidas de incentivo ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Os objetivos da ANS ao adotar diretrizes de incentivo à adoção, implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde foram: (1) contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar; (2) induzir a reorientação dos modelos assistenciais vigentes; (3) contribuir para a qualificação da gestão das operadoras, incentivando-as a conhecerem o perfil de saúde e morbidade da sua população de beneficiários; (4) estimular a multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado; (5) contribuir para a qualificação da assistência prestada; e (6) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde. Com isso, tinha-se como meta a mudança do modelo assistencial vigente no setor privado e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.

As ações e estratégias de indução foram implementadas a partir do ano de 2004. Em dezembro daquele ano, a ANS organizou o I Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.

Esse seminário introduziu a discussão do tema no setor. Nesse período, grande parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde estava voltada apenas para as questões econômico-financeiras dos planos e não realizava ações de promoção e prevenção.

Logo em seguida, foi publicado o primeiro normativo da ANS no sentido de estimular as operadoras de planos de saúde a implantarem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus beneficiários, em março de 2005. Trata-se da Resolução Normativa (RN) nº 94.

Esta RN faz referência à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 17 de julho de 2001, que dispõe sobre a obrigatoriedade de constituição de garantias financeiras pelas operadoras de planos de saúde. Dessa forma, a RN nº 94 estabeleceu critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização dessas garantias financeiras para as operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Entre outros requisitos, cada operadora deveria apresentar no mínimo dois programas voltados para, pelo menos, duas áreas de atenção à saúde ou temas distintos, conforme se segue: materno-infantil, saúde bucal, cardiovascular, neoplasias e outras.

Os programas de promoção e prevenção, enviados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, foram recebidos e avaliados pela ANS no período de junho a novembro de 2005. Inicialmente, 215 operadoras enviaram seus programas a fim de se candidatarem ao diferimento dos ativos garantidores, dentre as quais 133 foram aprovadas e cadastradas, totalizando 420 programas. Para o início das análises, a Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos (GGTAP) da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), pela Nota Técnica (NT) nº 21 estabeleceu a metodologia a ser utilizada e os critérios para a avaliação dos programas e padronização das análises em cada área de atenção.

Entre os programas avaliados, os principais problemas encontrados foram: (1) a baixa abrangência e cobertura, com pequeno número de usuários aderidos; (2) baixa consistência técnica dos programas, baseados em ações sem evidência de eficácia; (3) ausência de monitoramento e avaliação das ações implementadas; e (4) ausência de medidas que garantissem a sustentabilidade das ações. Esses resultados foram discutidos com as operadoras de planos privados de assistência à saúde durante o II Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar, realizado em dezembro de 2005.

Outra estratégia foi a elaboração do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. A primeira edição do Manual, publicada em dezembro de 2006, abordou

as principais ações relativas à promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças direcionadas por áreas de atenção à saúde (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e do idoso, saúde da mulher, saúde bucal e saúde mental). Esse manual foi lançado no III Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, em dezembro de 2006.

A publicação da 2ª edição do manual, revisada e atualizada, enfocou 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 disso, foi acrescentada a área de atenção à saúde do trabalhador. A avaliação dos programas também recebeu destaque nessa edição, tendo em vista que a avaliação é uma ferramenta de planejamento que viabiliza a tomada de decisões e a definição das estratégias de intervenção.

A 2ª edição do Manual foi lançada no IV Seminário Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, em dezembro de 2007. O IV Seminário incorporou debates a respeito da Gestão de Tecnologias e Incentivo ao Parto Normal. Além disso, foram realizadas mesas redondas sobre Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Mulher e Saúde Bucal, contando com a participação de membros do Ministério da Saúde, da academia e de operadoras de planos de saúde que apresentaram suas experiências em prol da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Esse primeiro conjunto de estratégias visava estimular a mudança do modelo de atenção à saúde vigente na saúde suplementar por meio de um suporte teórico e técnico, com base em evidências científicas, para que as operadoras de planos de saúde orientassem a organização e o planejamento dos programas.

Além dessas estratégias, outras estão em andamento, cujos objetivos são: consolidar as ações de promoção e prevenção no setor suplementar, contribuir para a qualificação dos programas desenvolvidos e ampliar a cobertura de tais programas.

É importante salientar que a ANS participa do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, facilitando a integração das ações entre os setores público e privado. Uma das estratégias definidas no comitê 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”, realizada pelo Ministério da Saúde.

A pesquisa Vigitel informa os percentuais de excesso de peso, obe-

sidade, consumo regular de frutas e hortaliças, tabagismo, consumo de álcool, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na população brasileira adulta. Na coleta de dados de 2008, foi pactuado que o questionário incluirá duas perguntas relacionadas à assistência privada à saúde, a fim de saber se o indivíduo possui plano de saúde e qual é a operadora contratada. Essa estratégia, além de significar maior interação entre as ações do Ministério da Saúde e da ANS, permitirá o conhecimento dos percentuais de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população beneficiária de planos de saúde.

Observa-se que a temática da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças está sendo incorporada às ações das operadoras. O atual número de operadoras que desenvolvem programas representa um resultado bastante significativo, tendo em vista que a introdução do tema é recente em um setor que se preocupava apenas com os aspectos econômico-financeiros e com o pagamento dos procedimentos realizados.

Atualmente, observou-se a necessidade de se estimular o aprimoramento das informações e a qualificação dos programas existentes. Com isso, a fim de traçar o perfil dos programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar e elaborar um diagnóstico do setor, a ANS enviou, em maio de 2008, um Requerimento de Informações (RI) solicitando a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, com cadastro ativo na ANS, que respondessem a um questionário sobre a realização de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

As estratégias realizadas pela ANS têm levado as operadoras à discussão do tema, à organização de seminários, à capacitação de sua equipe e à apropriação dos conceitos epidemiológicos e de protocolos clínicos referentes aos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Todo esse esforço tem a finalidade de aumentar a quantidade de beneficiários que participam dessas ações, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde no setor suplementar e para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Esta publicação faz parte do conjunto de estratégias e destina-se a apresentar os resultados desse inquérito, bem como a opinião de acadêmicos e especialistas nesse assunto sobre o cenário das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças das operadoras de planos privados de assistência à saúde, fornecendo aos atores do setor suplementar um panorama atual. A partir disso, espera-se contribuir com reflexões que suscitem novos estudos nessa área e subsidiem a tomada de decisão e a adoção de novas estratégias.

1. Análise geral dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde

Introdução

A fim de traçar o perfil dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) enviou, em 05 de maio de 2008, o Requerimento de Informações GGTAP/DIPRO/ANS solicitando a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, com cadastro ativo na ANS, que respondessem a um questionário sobre o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças .

Objetivos

A realização desse inquérito teve como objetivos:

- Conhecer o número de operadoras que desenvolvem Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças;
- Identificar as estratégias de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças implementadas pelas operadoras, considerando a singularidade e a diversidade das regiões do país e os mecanismos de planejamento e gestão utilizados pelas operadoras;
- Coletar informações relacionadas à atenção obstétrica no setor de saúde suplementar;

- Subsidiar a elaboração da proposta de monitoramento e avaliação dos programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças; e
- Subsidiar o planejamento de mecanismos de indução à adoção de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Metodologia

O questionário foi dividido em blocos, sendo:

Bloco 1 - Informações Gerais

Bloco 2 - Atenção Obstétrica

Bloco 3 - Programas de Promoção e Prevenção

Bloco 4 - Área de Atenção à Saúde da Criança

Bloco 5 - Área de Atenção à Saúde do Adolescente

Bloco 6 - Área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso

Bloco 7 - Área de Atenção à Saúde da Mulher

Bloco 8 - Área de Atenção à Saúde Mental

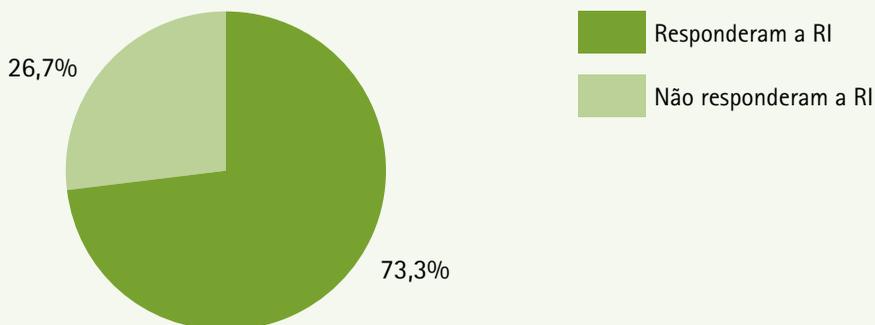
Bloco 9 - Área de Atenção à Saúde Bucal

Os blocos 1 e 2 deveriam ser respondidos por todas as operadoras de planos de saúde, mesmo aquelas que não desenvolvessem programas de promoção e prevenção. As operadoras que declarassem a realização de programas de promoção e prevenção preencheriam os demais blocos, de acordo com as Áreas de Atenção à Saúde abordadas pelo(s) programa(s). A ANS viabilizou um aplicativo on-line para preenchimento e envio do questionário por parte das operadoras. O prazo para envio das informações foi encerrado em 20 de junho de 2008.

Resultados

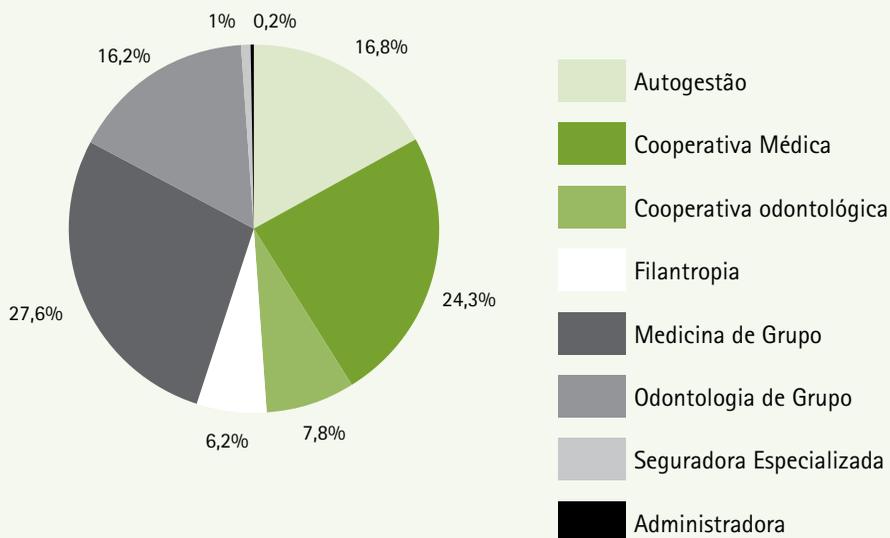
O Requerimento de Informações foi enviado para 1.842 operadoras e respondido por 1.351 (73%) (Gráfico 1). Destaca-se que, de acordo com dados de março de 2008 do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS, as operadoras que responderam ao questionário concentram 96,5% dos beneficiários do setor de saúde suplementar.

Gráfico 1 - Percentual de operadoras de acordo com o envio das informações solicitadas na Requisição de Informações



No que se refere à modalidade assistencial das operadoras que responderam ao RI, verificou-se que 27,6% eram medicinas de grupo, 24,3% cooperativas médicas e 16,8% empresas de autogestão. Dentre as operadoras exclusivamente odontológicas, 16,2% eram odontologias de grupo e 7,8% cooperativas odontológicas (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Percentual de operadoras que responderam ao RI, de acordo com a modalidade



Pode-se observar que a maior parte das operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas que responderam ao RI possuem, respectivamente, até 100.000 beneficiários e até 20.000 beneficiários (Gráficos 3 e 4).

Gráfico 3 - Número de operadoras médico-hospitalares que responderam ao RI, de acordo com o porte

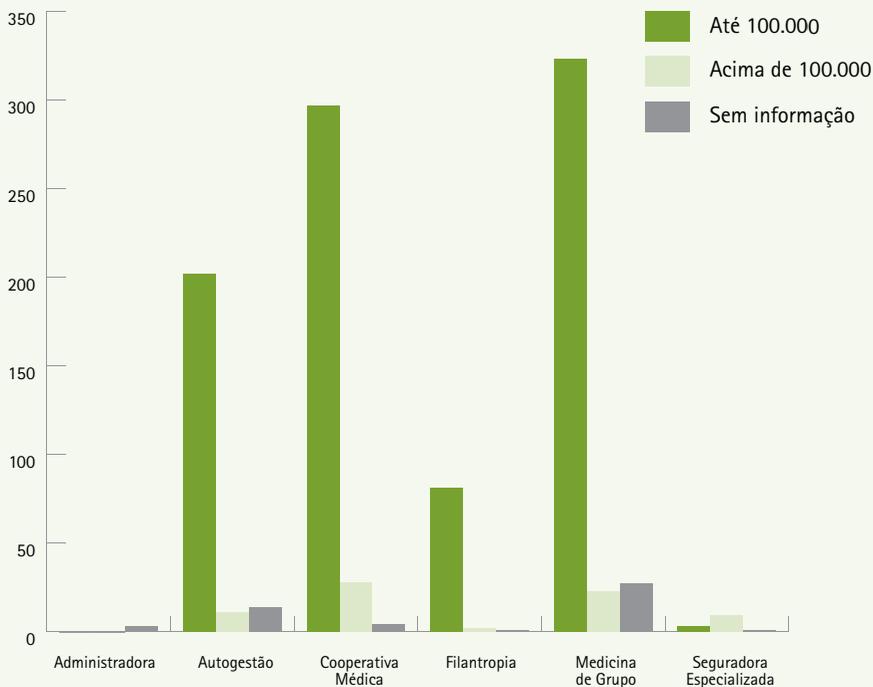
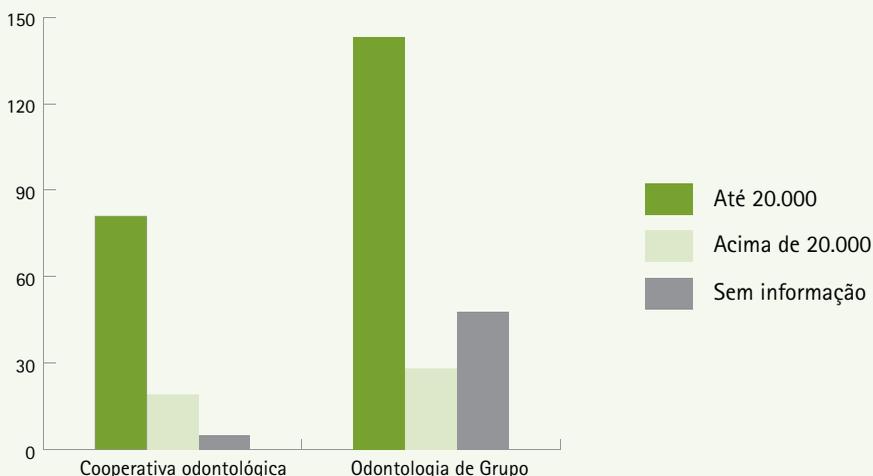


Gráfico 4 - Número de operadoras exclusivamente odontológicas que responderam ao RI, de acordo com o porte



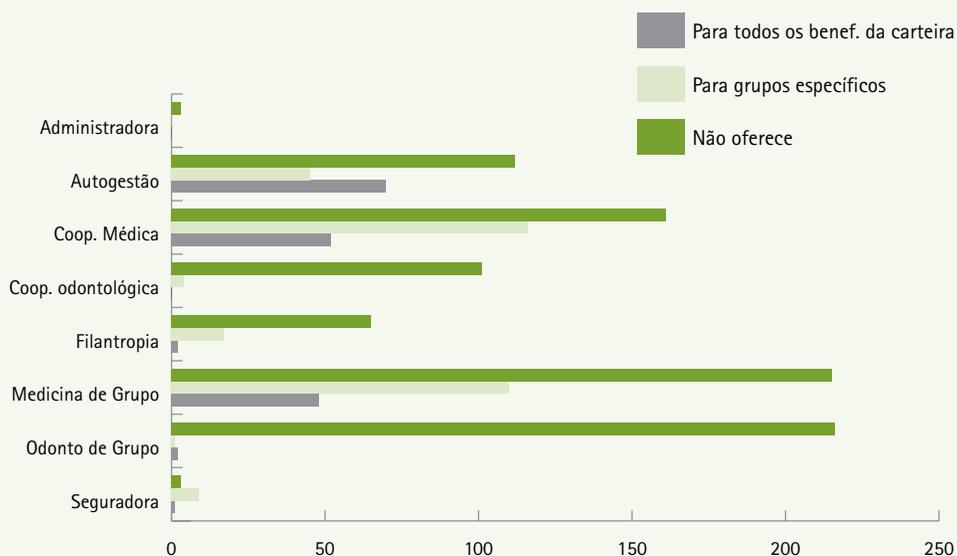
No que se refere à Assistência Domiciliar, 13,0% das operadoras oferecem esse serviço para todos os beneficiários da carteira, 22,3% oferecem somente para grupos específicos de beneficiários e 64,8% não oferecem (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Percentual de operadoras segundo o oferecimento de assistência domiciliar



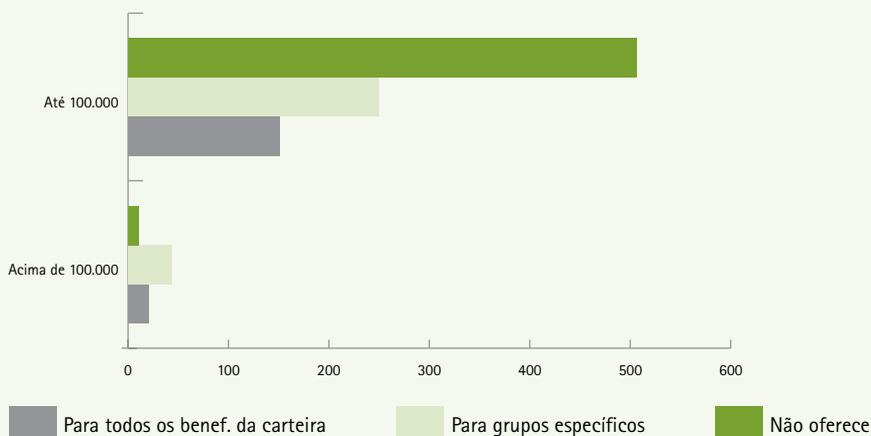
Dentre as operadoras que fornecem esse tipo de assistência, um maior número relatou que oferecem para grupos específicos, com exceção das autogestões, cujo número de operadoras que oferecem assistência domiciliar para todos os beneficiários da carteira foi maior do que aquelas que oferecem para grupos específicos (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Número de operadoras de planos de saúde que responderam ao RI, de acordo com a modalidade e o oferecimento de assistência domiciliar



Grande número de operadoras médico-hospitalares com até 100.000 beneficiários relatou que não oferece assistência domiciliar, fato não evidenciado entre as operadoras com mais de 100.000 beneficiários, pois a maior parte dessas fornece esse tipo de assistência para grupos específicos (Gráfico 7).

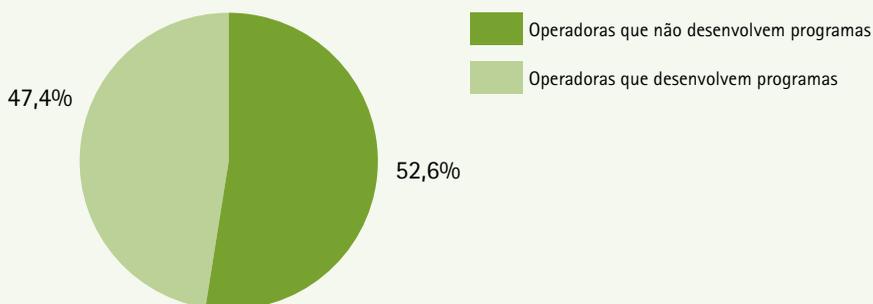
Gráfico 7 - Número de operadoras médico-hospitalares que responderam ao RI, de acordo com o oferecimento de Assistência Domiciliar e o porte



Resultados gerais das operadoras que desenvolvem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças

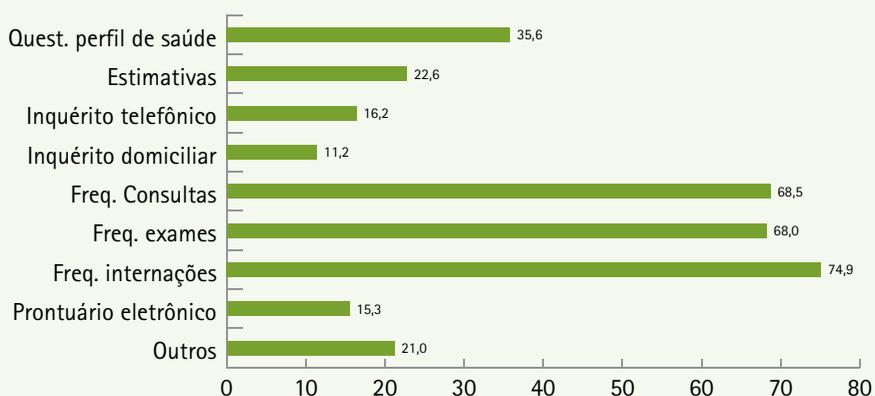
Dentre as operadoras que responderam ao RI, 641 (47,4%) declararam que realizam programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (Gráfico 8). As operadoras que desenvolvem programas concentram 80,0% do total de beneficiários, de acordo com os dados do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS de março de 2008. É importante ressaltar que esse percentual não diz respeito ao total de beneficiários atingidos pelos programas realizados.

Gráfico 8 - Percentual de operadoras de acordo com o desenvolvimento de programas de promoção e prevenção



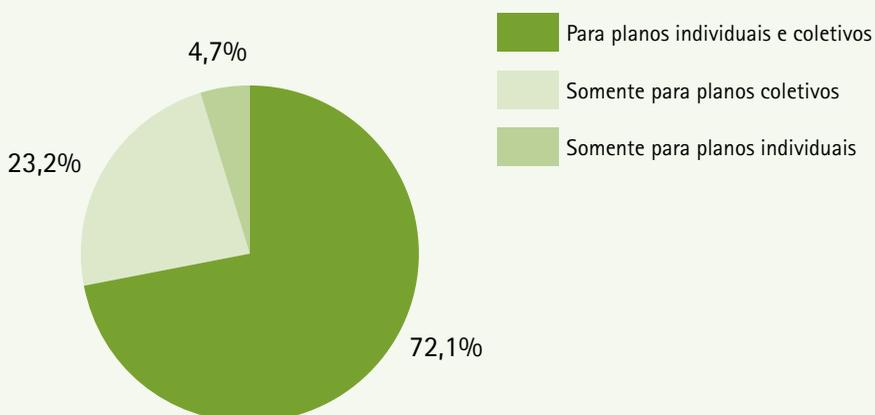
Considerando as operadoras que realizam programas, 438 (68,3%) declararam a realização de mapeamento periódico para a obtenção dos perfis de morbidade e mortalidade da carteira de beneficiários. Nesse quesito, as operadoras poderiam marcar mais de uma opção. Os meios mais comumente utilizados para a obtenção de tais perfis são as frequências de internação e de realização de exames e consultas, conforme se observa no Gráfico 9.

Gráfico 9 - Percentual de operadoras que realizam o mapeamento periódico da carteira de beneficiários, de acordo com a forma de obtenção dos perfis de morbidade e mortalidade



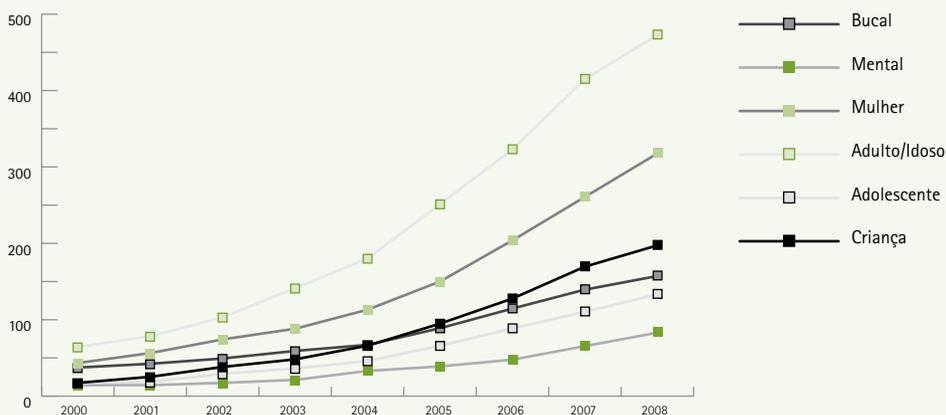
A maior parte dos programas realizados pelas operadoras são oferecidos tanto para os planos individuais quanto para os coletivos (72,1%) (Gráfico 10). Além disso, 85,9% das operadoras declararam possuir equipe própria para o planejamento dos programas, enquanto 33,9% referiram possuir equipe contratada para o mesmo fim.

Gráfico 10 - Percentual de operadoras de acordo com os tipos de contratação abordados pelos programas



Observou-se o aumento do número de operadoras que desenvolvem programas de promoção e prevenção a partir do ano de 2005 (Gráfico 11). É provável que esse aumento tenha ocorrido em resposta às estratégias de indução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para reorganização do modelo de atenção à saúde no setor. As informações apresentadas no Quadro 1 corroboram com essa hipótese, pois, em todas as áreas de atenção, verificou-se que o maior percentual dos programas foi iniciado entre 2005 e 2008.

Gráfico 11 - Número de operadoras com programas de promoção e prevenção no período de 2000 a 2008

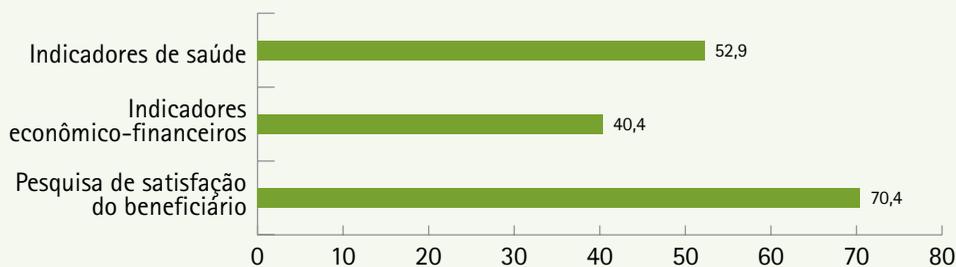


Quadro 1- Número de operadoras que realizam programas de promoção e prevenção e o percentual de operadoras que iniciaram seus programas no período de 2005 a 2008, segundo a Área de Atenção

Áreas de Atenção à Saúde	Número de operadoras	Operadoras que iniciaram os programas entre 2005 e 2008 (%)
Criança	200	66,7
Adolescente	134	65,7
Adulto/Idoso	473	61,9
Mulher	319	64,5
Mental	84	60,7
Bucal	159	57,6

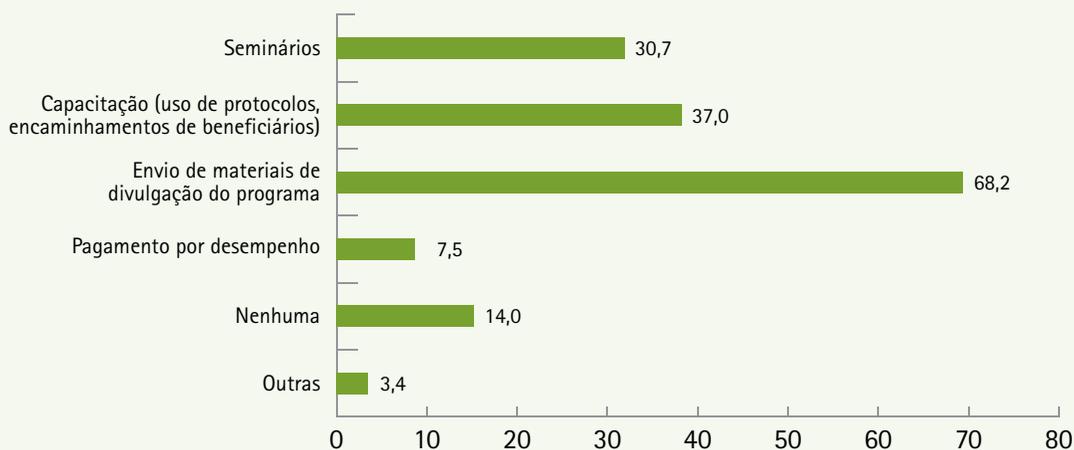
Quanto às formas de monitoramento e avaliação dos programas, 52,9% das operadoras relataram a utilização de indicadores de saúde, um total de 40,4%, a utilização de indicadores econômico-financeiros e 70,4% declararam a realização de pesquisa de satisfação com os beneficiários (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Percentual de operadoras segundo as formas de monitoramento e avaliação dos programas



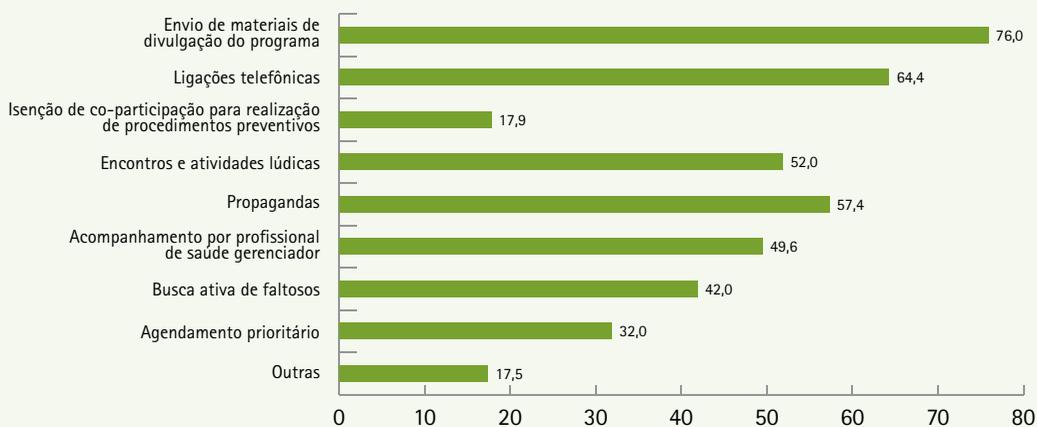
As estratégias desenvolvidas pelas operadoras para sensibilizar e incentivar os prestadores de saúde para a realização de ações de promoção e prevenção ou encaminhamento dos beneficiários para os programas encontram-se dispostas no Gráfico 13. O envio de materiais foi a estratégia mais citada pelas operadoras (68,2%), seguida de capacitação (37%) e realização de seminários (30,7%).

Gráfico 13 - Percentual de operadoras de acordo com as estratégias desenvolvidas para sensibilizar e incentivar os prestadores de saúde para a realização de ações de promoção e prevenção ou encaminhamento dos beneficiários



Dentre as estratégias para aumentar a adesão dos beneficiários aos programas, as mais citadas foram: envio de materiais de divulgação (76,0%), ligações telefônicas (64,4%), propaganda (57,4%), encontros e atividades lúdicas (52%) e acompanhamento por profissional de saúde gerenciador (49,6%) (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Percentual de operadoras de acordo com as estratégias desenvolvidas para aumentar a adesão dos beneficiários ao programa



2. Análise dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde por área de atenção à saúde

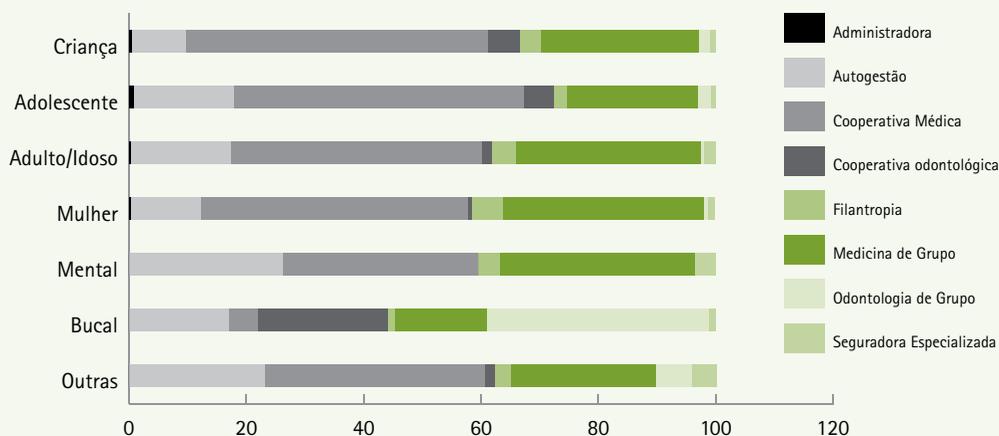
A análise dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por Áreas de Atenção à Saúde permite identificar as concepções de modelos de atenção à saúde praticadas pelo setor de assistência privada à saúde.

O conhecimento das características dos programas viabiliza, ainda, a avaliação das estratégias adotadas pela ANS no sentido de induzir a incorporação, pelas operadoras de planos de saúde, de ações de promoção e prevenção, assim como verificar o estágio de organização e operacionalização desses programas.

Nas Áreas de Atenção à Saúde da Criança, do Adolescente, do Adulto e Idoso, da Mulher e Mental, grande parte das operadoras que referiram a realização de programas pertence às modalidades de cooperativa médica e medicina de grupo (Gráfico 1).

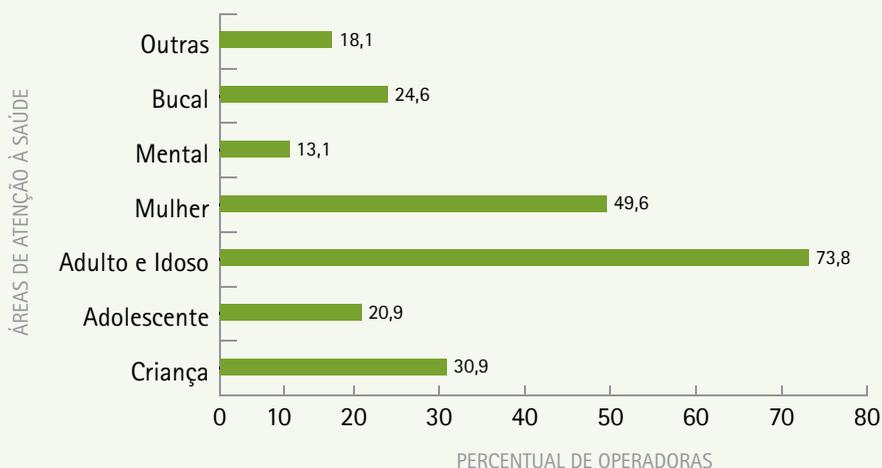
No que se refere à Saúde Bucal, mais da metade dos programas são realizados pelas odontologias de grupo, seguidos das cooperativas odontológicas. Observou-se, também, a importante realização de programas nessa área pelas autogestões e medicinas de grupo (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Percentual de operadoras de acordo com a modalidade assistencial e as Áreas de Atenção à Saúde



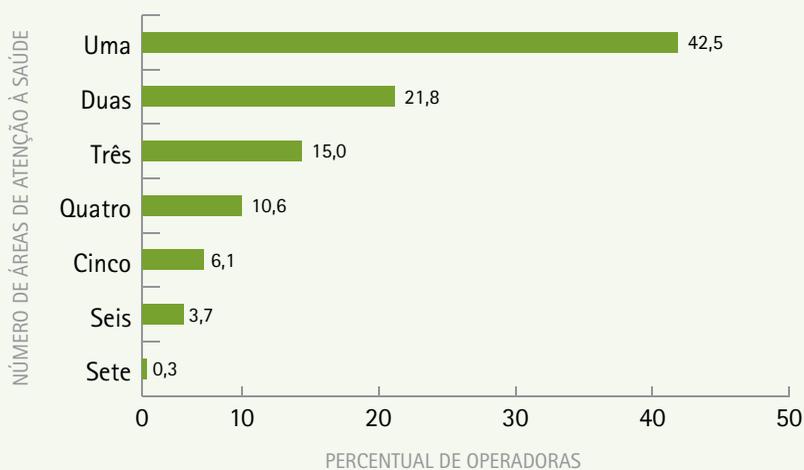
Observa-se, no Gráfico 2, que as Áreas de Atenção mais abordadas pelos programas realizados pelas operadoras foram: Saúde do Adulto e do Idoso (73,8%), Saúde da Mulher (49,6%) e Saúde da Criança (30,9%).

Gráfico 2 - Percentual de operadoras de acordo com as Áreas de Atenção abordadas pelos programas de promoção e prevenção



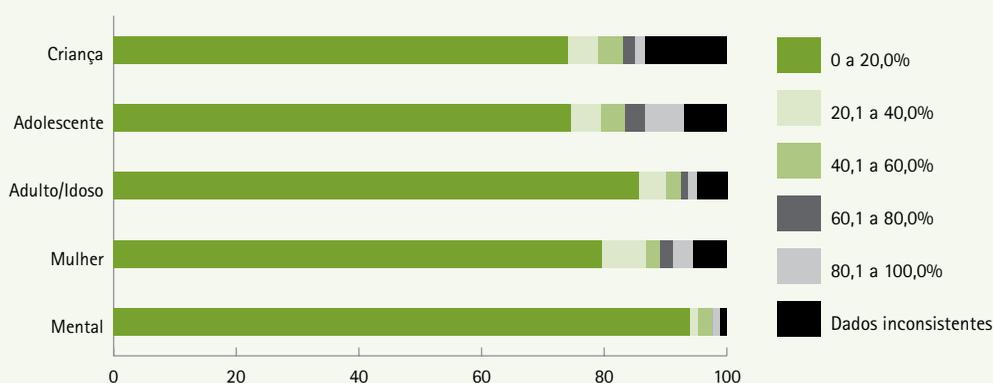
No que tange à quantidade de Áreas de Atenção à Saúde utilizadas pelas operadoras para a realização de programas, aproximadamente, 45% informaram que enfocam suas ações para somente uma área, enquanto 22% declararam a realização de programas em duas áreas de atenção. Um percentual menor de operadoras informou que desenvolve programas em 5 ou mais áreas (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Percentual de operadoras de acordo com a quantidade de Áreas de Atenção à Saúde abordadas pelos programas desenvolvidos



A partir do gráfico 4, pode-se visualizar o percentual de cobertura dos programas de promoção e prevenção desenvolvidos pelas operadoras de planos de saúde. Em todas as áreas de atenção, grande parte dos programas possui até 20% de cobertura. Por exemplo, dentre as 473 operadoras que realizam programas na área de atenção à saúde do adulto e do idoso, aproximadamente 400 possuem até 20% dos beneficiários com mais de 20 anos cobertos pelos programas.

Gráfico 4 - Percentual de cobertura dos programas de promoção e prevenção desenvolvidos no setor de saúde suplementar, de acordo com as Áreas de Atenção à Saúde



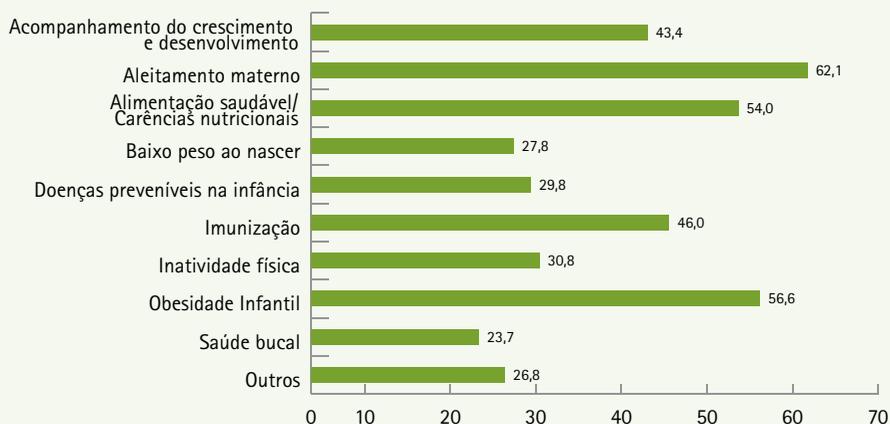
As variáveis levantadas nos blocos referentes às Áreas de Atenção à Saúde da Criança, do Adolescente, do Adulto e Idoso e da Mulher, foram muito semelhantes, de modo que os resultados dessas áreas serão apresentados em conjunto, a seguir.

2.1 Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Mulher e Adulto/Idoso

Os gráficos 5, 7, 8 e 10 demonstram as principais doenças, problemas ou situações de saúde abordados nos programas voltados para a Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto e Idoso e Saúde da Mulher, respectivamente.

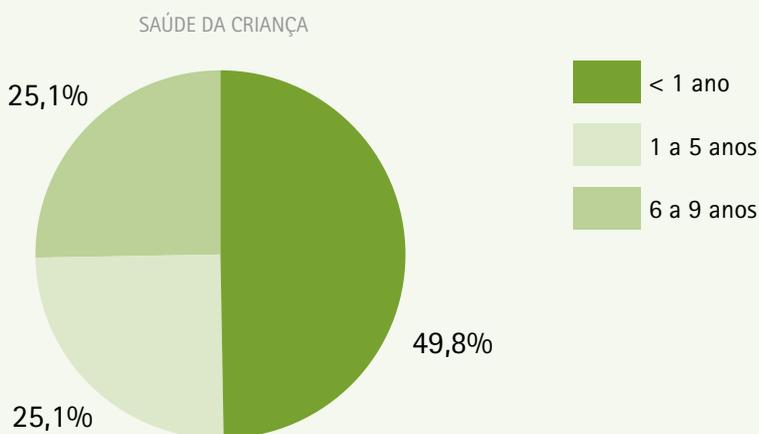
A partir da análise do Gráfico 5, observou-se que o aleitamento materno foi a situação de saúde mais abordada pelas operadoras com programas na Área de Atenção à Saúde da Criança (62,1% dos programas), seguida de obesidade infantil (56,6%) e alimentação saudável/carências nutricionais (54,0%). Imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento apareceram logo em seguida, tendo sido abordadas por 46,0% e 43,4% das operadoras, respectivamente.

Gráfico 5 – Percentual de operadoras conforme doenças, problemas ou situações de saúde abordados na Área de Atenção à Saúde da Criança



Nessa área de atenção, predominam os programas voltados para as faixas etárias de 0 a 1 ano, conforme se observa no Gráfico 6, o que é coerente com a informação de que a maior parte dos programas aborda a questão do aleitamento materno.

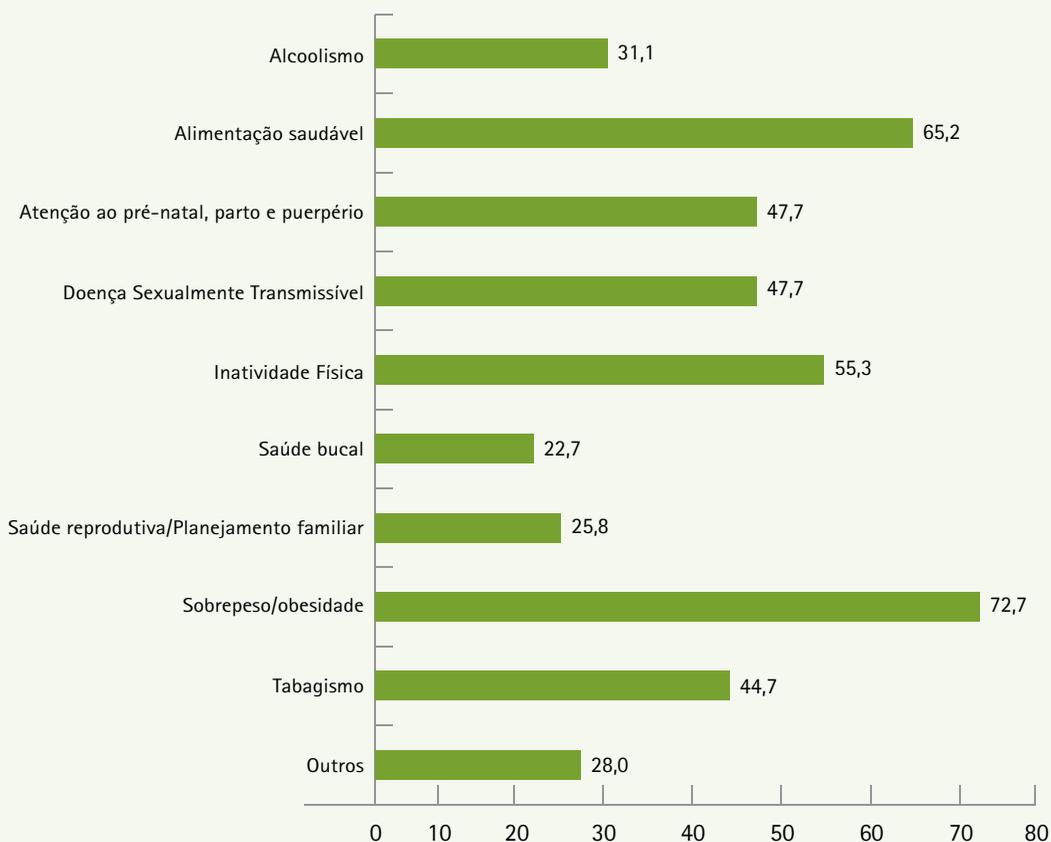
Gráfico 6 – Percentual dos beneficiários que participam dos programas voltados para a saúde da criança, de acordo com a faixa etária



Em relação aos programas na Área de Atenção à Saúde do Adolescente, a maioria dos programas abordou situações relacionadas aos hábitos de vida, como: sobrepeso e obesidade (72,7%), alimentação saudável (65,2%), inatividade física (55,3%) e tabagismo (44,7%).

Outros aspectos abordados se referiram à saúde reprodutiva, principalmente relacionados às ações voltadas à atenção ao pré-natal, parto e puerpério (47,7%) e às doenças sexualmente transmissíveis (47,7%) (Gráfico 7). Vale ressaltar que todos os beneficiários que participam de programas voltados para a saúde do adolescente concentram-se na faixa etária de 10 a 19 anos.

Gráfico 7 – Percentual de operadoras conforme doenças, problemas ou situações de saúde abordados na Área de Atenção à Saúde do Adolescente

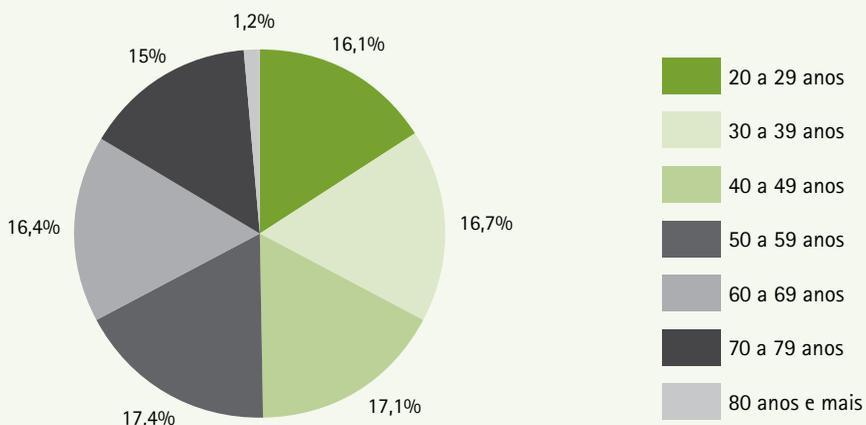


Na Saúde do Adulto e Idoso, as doenças, problemas ou situações mais abordados pelos programas foram: diabetes mellitus (82,7%), hipertensão arterial sistêmica (81,6%), sobrepeso e obesidade (67,0%). Além disso, observou-se que muitas operadoras relataram a abordagem sobre fatores de risco ou proteção nos seus programas, como se segue: alimentação saudável (66,0%), inatividade física (50,3%), tabagismo (48,6%) e alcoolismo (25,2%) (Gráfico 8). Nessa área de atenção predominam os programas voltados para os beneficiários nas faixas etárias de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos (Gráfico 9).

Gráfico 8 - Percentual de operadoras conforme doenças, problemas ou situações de saúde abordados na Área de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso



Gráfico 9 – Percentual dos beneficiários que participam dos programas voltados para a saúde do adulto e idoso, de acordo com a faixa etária



Quanto à Saúde da Mulher, a atenção ao parto e puerpério foi relatada por 75,6% das operadoras; contudo, pouco mais que a maioria (52,4%) aborda temas relacionados ao incentivo ao parto normal. Outros temas bastante abordados foram alimentação saudável (57,9%), câncer de mama (55,9%) e sobrepeso e obesidade (50,5%). Chama atenção o fato de poucas operadoras realizarem programas voltados para a atenção ao climatério (19,6%) (Gráfico 10). Na Área de atenção à Saúde da Mulher, a maior parte dos programas destinam-se às beneficiárias na faixa etária de 40 a 49 anos (Gráfico 11).

Gráfico 10 - Percentual de operadoras conforme doenças, problemas ou situações de saúde abordados na Área de Atenção à Saúde da Mulher

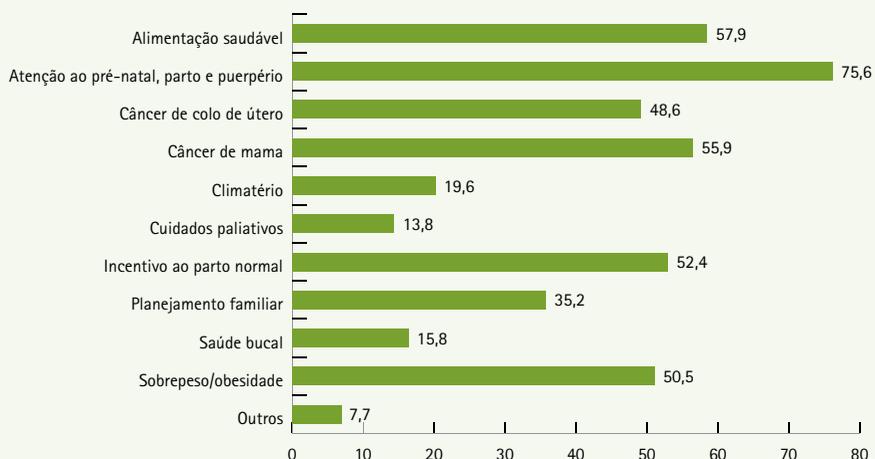
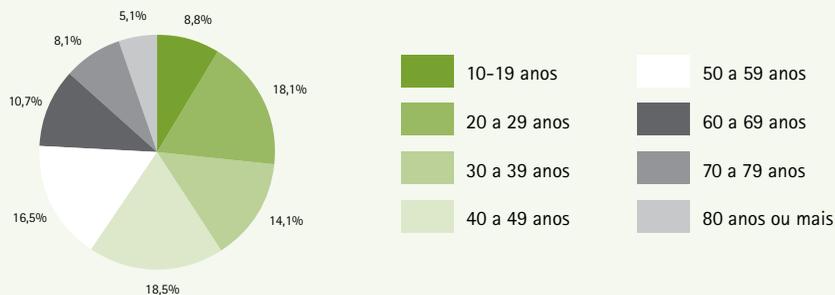


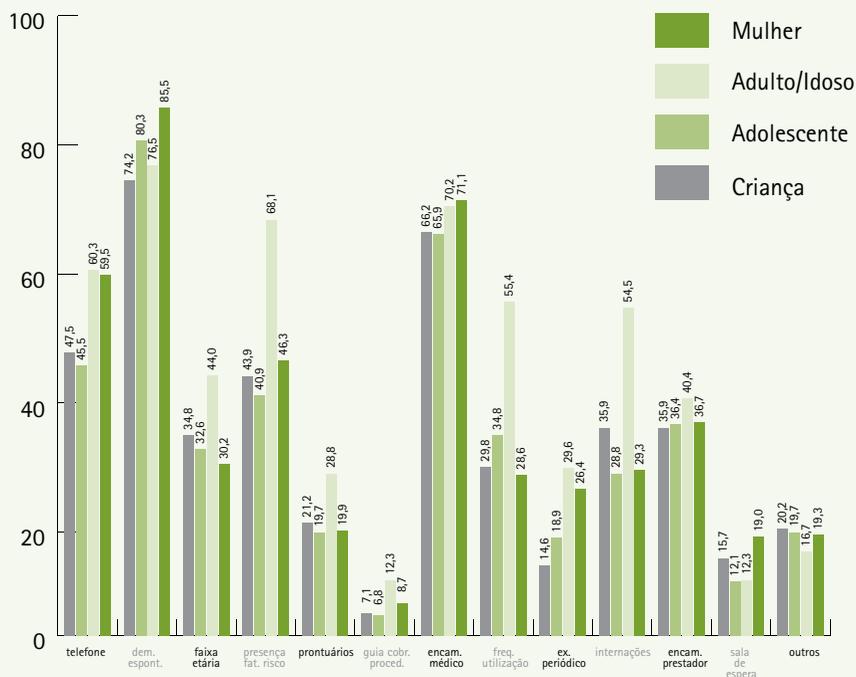
Gráfico 11 – Percentual dos beneficiários que participam dos programas voltados para a saúde da mulher, de acordo com a faixa etária



O Gráfico 12 revela as formas encontradas pelas operadoras para a busca dos beneficiários a serem inseridos nos programas. A demanda espontânea foi a principal via de captação citada, considerando as Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso e Mulher. O encaminhamento médico e a abordagem telefônica responderam pela maioria dos demais casos de captação de beneficiários para participação nos grupos.

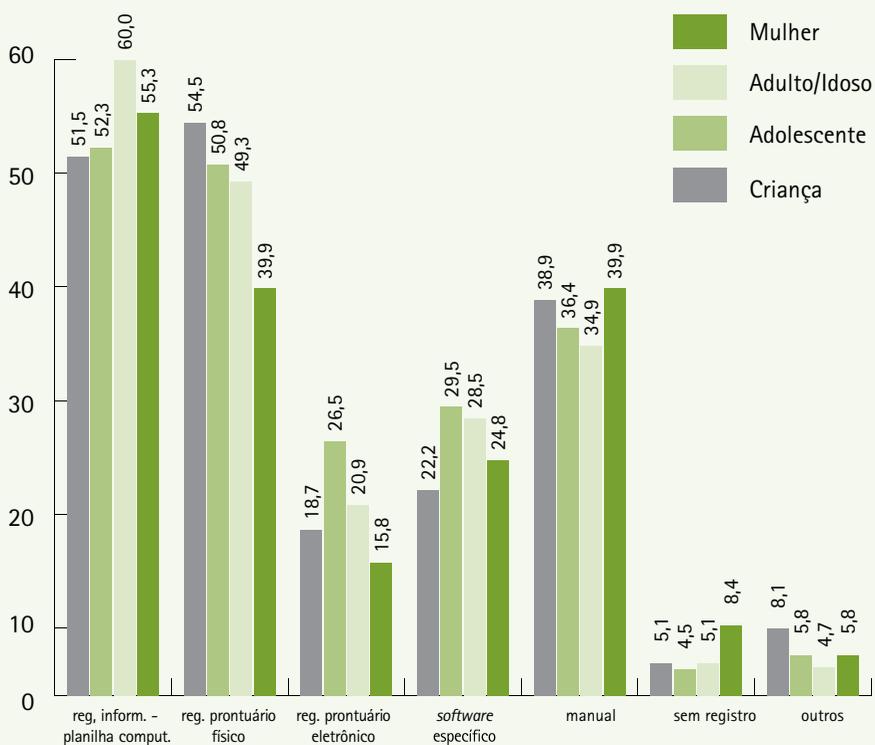
No que se refere à Área de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, além do encaminhamento médico, a presença de fatores de risco, a frequência de utilização e as internações também constituíram importantes formas de captação (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Percentual de operadoras conforme formas utilizadas para busca dos beneficiários a serem inseridos nos programas – Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso e Mulher



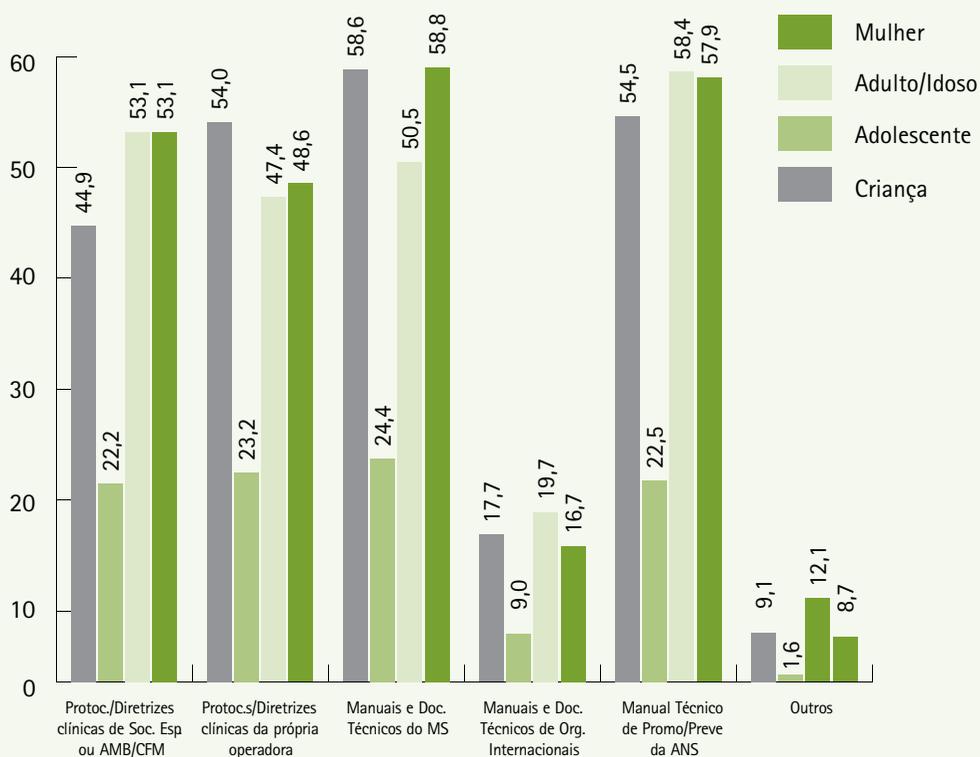
As formas de registro da participação dos beneficiários nos programas estão dispostas no Gráfico 13. Dentre as operadoras que realizam programas, a maioria referiu registrar as atividades em planilhas informatizadas e em prontuário físico, nas quatro áreas de atenção em questão. Chama a atenção o percentual de operadoras que ainda fazem o registro das atividades de forma manual ou, ainda, que não possuem nenhum tipo de registro.

Gráfico 13 - Percentual de operadoras conforme formas de registro dos beneficiários nos programas – Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso e Mulher



No Gráfico 14, podemos observar quais são os principais documentos e referências utilizados pelas operadoras para o planejamento das ações desenvolvidas nos programas. Entre os documentos mais referenciados encontram-se: o manual de promoção e prevenção elaborado pela ANS, manuais elaborados pelo Ministério da Saúde, diretrizes e protocolos clínicos de sociedades de especialistas e protocolos e diretrizes elaborados pela própria operadora, o que demonstra a preocupação destas em estabelecer critérios para o acompanhamento dos pacientes baseados em estudos prévios aprovados por especialistas.

Gráfico 14 - Percentual de operadoras conforme a utilização de documentos e referências para o planejamento das ações desenvolvidas – Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso e Mulher



Atividades Desenvolvidas e Resultados

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao induzir as operadoras de planos de saúde a ofertarem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, objetivava que as operadoras, a partir do conhecimento do perfil demográfico e epidemiológico de sua carteira de beneficiários e dos recursos disponíveis, organizassem atividades individuais e coletivas, para grupos prioritários, que pudessem causar impacto, melhorando os resultados de saúde desses beneficiários e contribuindo para o alcance de maior qualidade de vida, em um período de tempo específico.

Objetivava, ainda, que esses programas pudessem ser tanto propostas voltadas para o alcance de metas maiores, como a implantação de formas de atenção para populações específicas (como atenção domiciliar para idosos; vacinação e procedimentos de *screening* para grupos de risco; e propostas terapêuticas para doenças e doentes

priorizados) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como a realização de atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para grupos menores.

Contudo, identificamos que algumas operadoras de planos de saúde desenvolviam atividades diferentes das apresentadas acima, restringindo-as à distribuição de materiais educativos e à realização de palestras esporádicas. Embora a ANS reconheça que a informação em saúde é muito importante para o alcance de melhores condições de saúde na população, essas atividades, quando oferecidas fora de um contexto maior de promoção e prevenção, surtirão pouco efeito. Com isso, para classificarmos um conjunto de atividades como parte de um programa de Promoção e Prevenção, consideramos que essas ações deveriam:

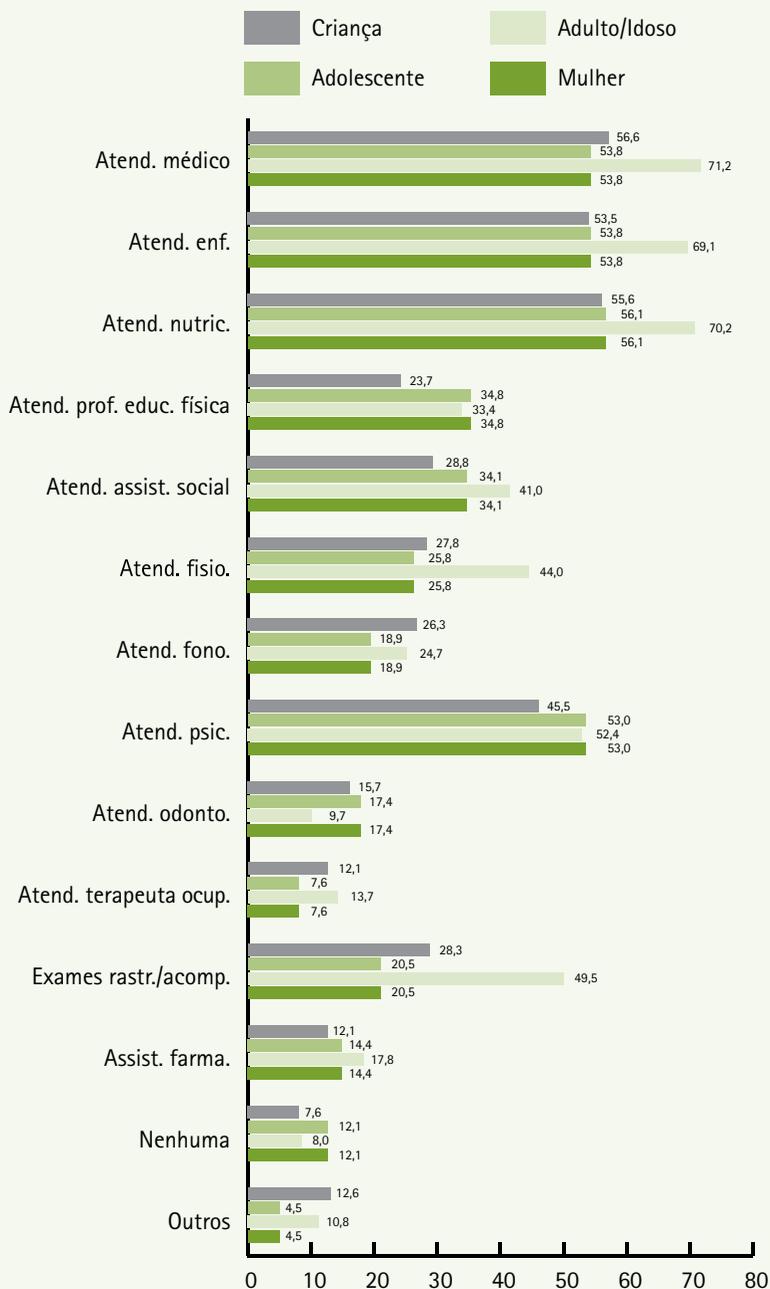
- Estar voltadas para um grupo populacional específico, organizadas por critérios como: fases da vida, agravos ou alguma outra especificidade;
- Agrupar um conjunto de atividades, que, idealmente, combinassem atividades individuais e coletivas;
- Considerar a multidisciplinaridade na organização dessas atividades, buscando uma abordagem integral do indivíduo.

A partir desses critérios, analisamos as informações prestadas pelas operadoras de planos de saúde no RI, em relação às atividades desenvolvidas nos programas de promoção e prevenção, a fim de verificar como esses programas estão se constituindo e de identificar a possibilidade de alcançar, através das ações preconizadas, algum impacto na saúde dos beneficiários.

A análise descrita a seguir baseou-se no número de atividades individuais ou coletivas desenvolvidas pelas operadoras, na adoção de equipe multidisciplinar e na comparação de algumas atividades realizadas com os resultados alcançados, por área de atenção à saúde.

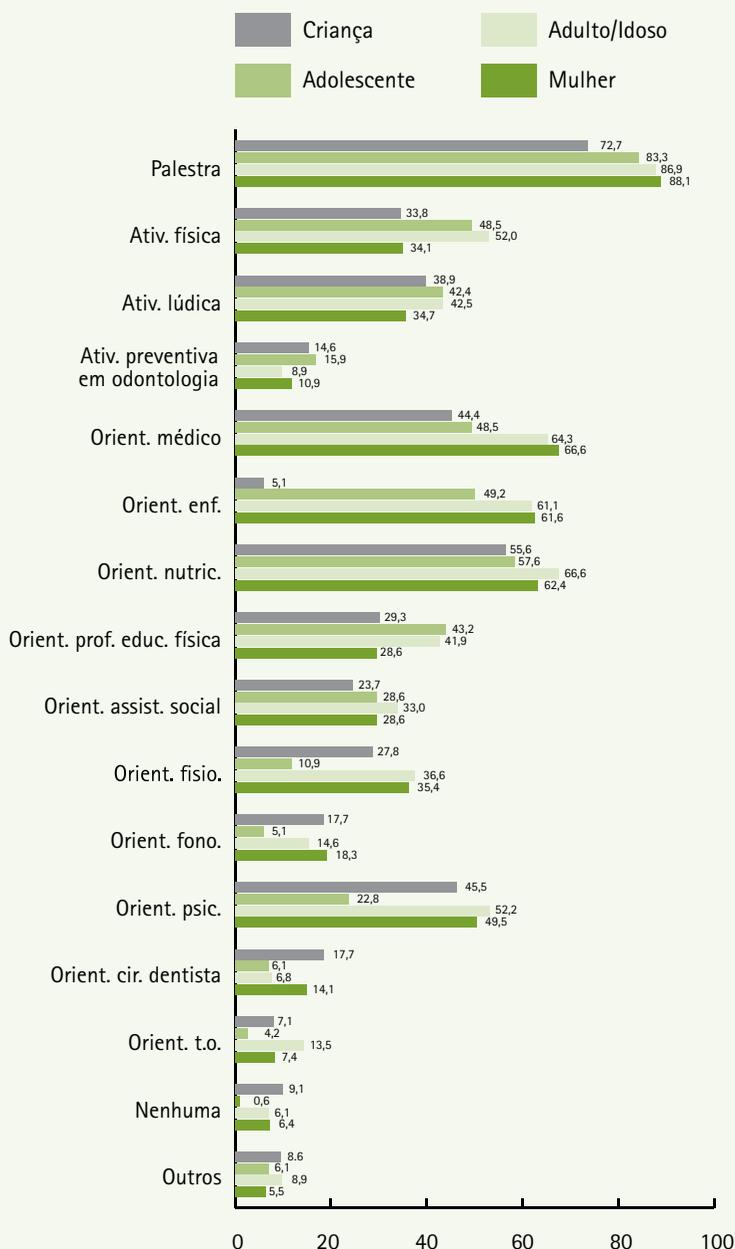
No Gráfico 15, é apresentada a distribuição das operadoras por oferta de atividades individuais nos programas. Verificou-se que os atendimentos com médico, nutricionista e enfermeiro são as atividades mais oferecidas nas Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso e Mulher. Na saúde do adulto e idoso, esses percentuais foram ainda maiores, sendo 71,2%, 70,2% e 69,1%, respectivamente. Vale ressaltar que cerca de 10% das operadoras não realizam atividades individuais.

Gráfico 15 - Percentual de operadoras conforme a oferta de atividades individuais nos programas – Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso e Mulher



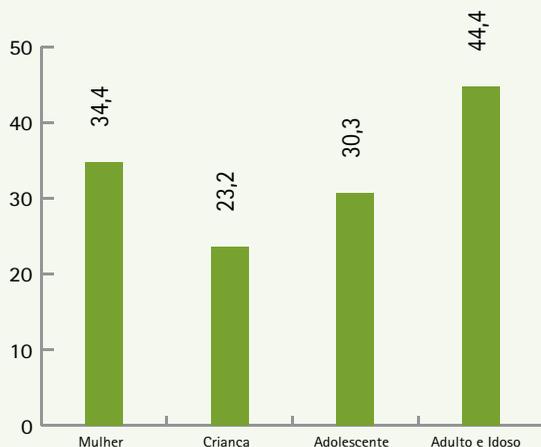
O Gráfico 16 apresenta a distribuição da oferta, pelas operadoras, de atividades coletivas nos programas. Neste item, observou-se que a maioria das operadoras realiza palestras. Destaca-se, ainda, a orientação com nutricionista, médico e enfermeiro entre as atividades mais oferecidas. Cerca de 6,4% das operadoras não realiza atividades coletivas.

Gráfico 16 - Percentual de operadoras conforme a oferta de atividades coletivas nos programas – Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso e Mulher



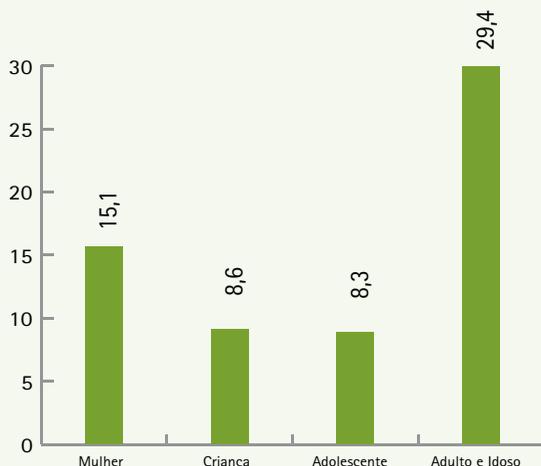
Observou-se que cerca de 44% das operadoras que desenvolvem programas na Área de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso oferecem, no mínimo, consultas com médicos, nutricionistas e enfermeiros, além de alguma atividade coletiva, como palestras e atividade física. O percentual de operadoras que oferecem tais atividades é menor nas Áreas de Atenção à Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Percentual de operadoras que realizam, ao menos, consultas médicas com nutricionistas e com enfermeiros, além de uma atividade coletiva, nos programas de promoção e prevenção por Área de Atenção



Os percentuais de operadoras que realizam exames para diagnóstico e acompanhamento nos seus programas, além das atividades supracitadas, foram menores em todas as áreas de atenção (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Percentual de operadoras que realizam, ao menos, consultas médicas com nutricionistas, enfermeiros, exames e, no mínimo, uma atividade coletiva, nos programas de promoção e prevenção por Área de Atenção



Embora esses percentuais ainda não representem a maior parte dos programas, observa-se que um maior número de operadoras oferecem atividades individuais e coletivas, bem como ações com equipe multidisciplinar, quando comparadas àquelas que oferecem apenas consulta médica, exames e palestras em seus programas.

O Gráfico 19 demonstra que um pequeno percentual de operadoras realiza apenas uma atividade individual e uma coletiva nas quatro

áreas de atenção, enquanto o Gráfico 20 demonstra os percentuais de operadoras que realizam apenas consulta médica e exames, e nenhuma atividade coletiva. Vale ressaltar a não realização de ações com equipe multidisciplinar nos programas dessas operadoras.

Gráfico 19 - Percentual de operadoras que realizam apenas consultas médicas e palestras nos programas de promoção e prevenção – Áreas de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e do Adulto e Idoso

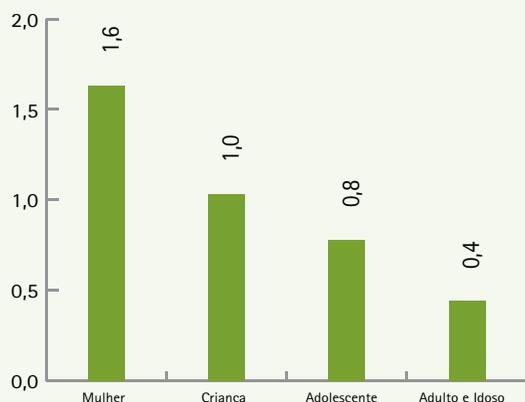
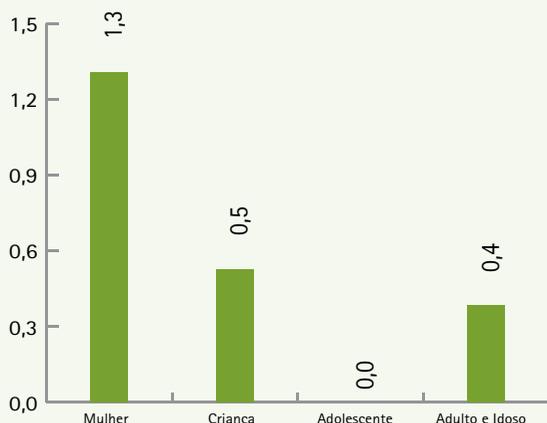
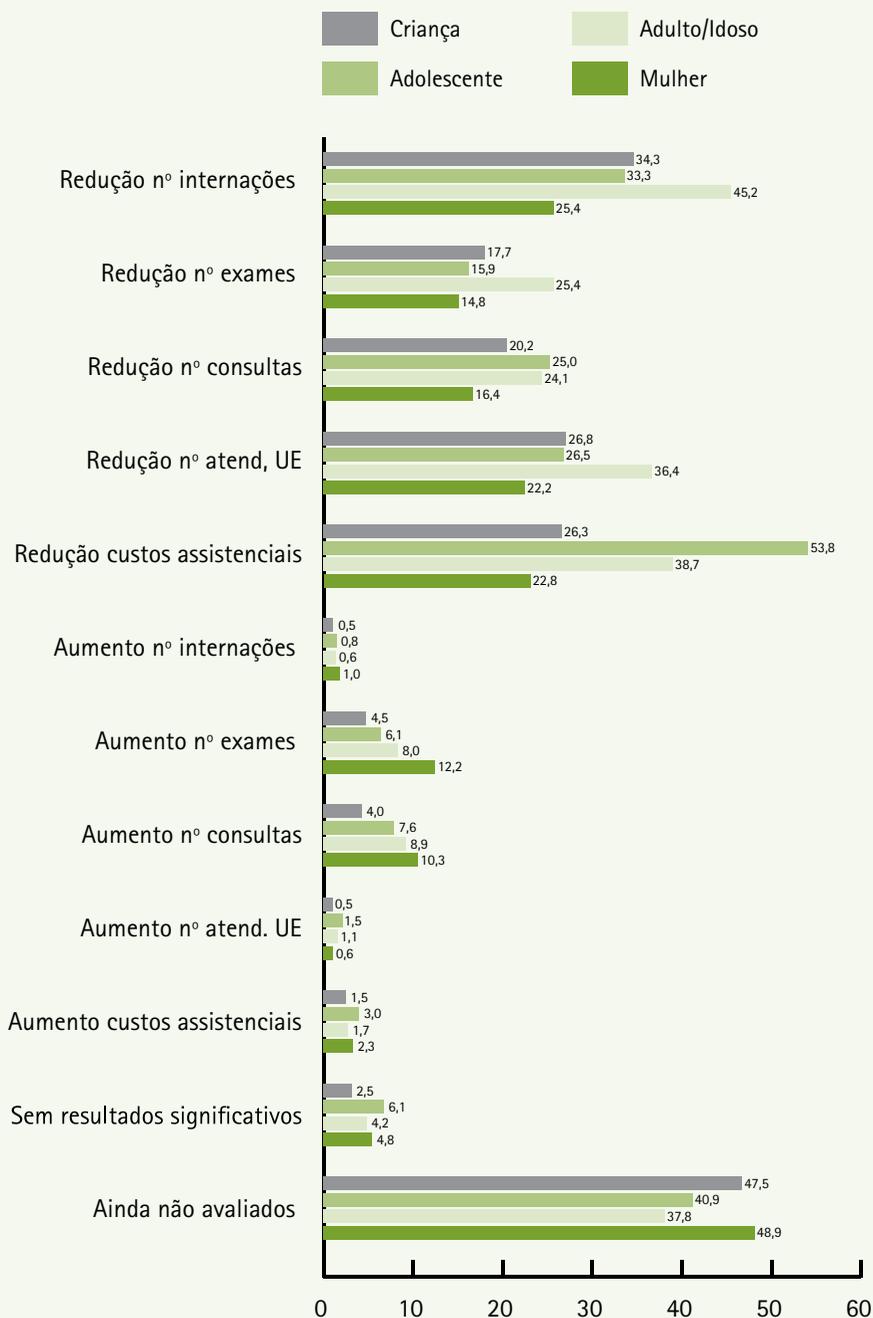


Gráfico 20 - Percentual de operadoras que realizam apenas consultas médicas e exames nos programas de promoção e prevenção – Áreas de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e do Adulto e Idoso



O Gráfico 21 apresenta os principais resultados obtidos pelas operadoras após a implementação de programas de promoção e prevenção. Apesar de muitas operadoras ainda não terem realizado este tipo de avaliação, dentre as que já o fizeram, o maior percentual referiu ter mais resultados positivos, como redução dos custos assistenciais e/ou redução do número de internações. Um número menor de operadoras mensurou resultados, como aumento do número de exames, internações, consultas e atendimentos de urgência e emergência.

Gráfico 21 - Percentual de operadoras conforme os principais resultados obtidos com a implementação dos programas – Áreas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso e Mulher



Os resultados obtidos por meio da realização de programas nas Áreas de Saúde da Criança, Adulto e Idoso e Mulher foram relacionados ao ano de início e à cobertura dos programas.

Foi possível verificar, nas três áreas de atenção supracitadas, que a maior parte das operadoras que relataram como resultados a redução de internações, exames, consultas, urgência/emergência e custos iniciaram seus programas entre 2004 e 2008; além disso, informaram o percentual de cobertura de até 20% dos beneficiários (Gráficos 22 a 27).

Gráfico 22 - Percentual de operadoras conforme resultados obtidos em relação ao ano de início do programa - Área de Atenção à Saúde da Criança

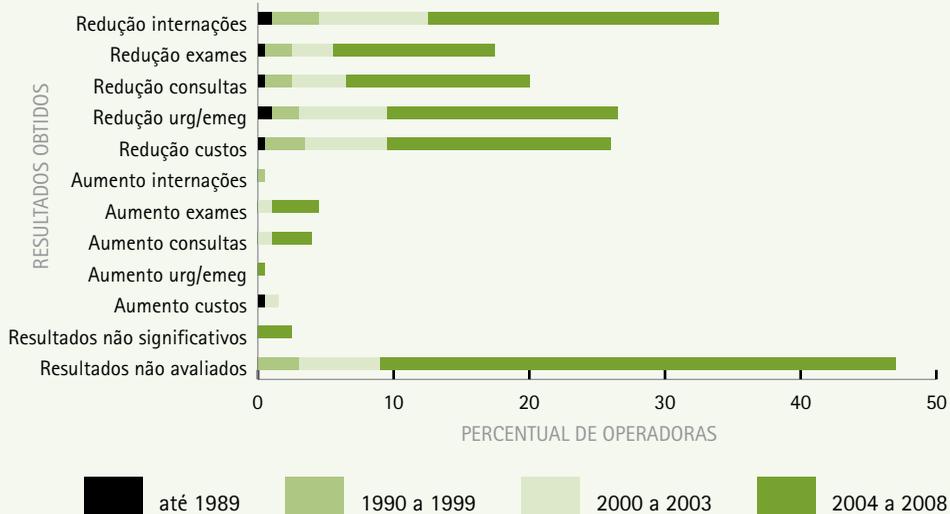


Gráfico 23 - Percentual de operadoras conforme resultados obtidos em relação à cobertura do programa - Área de Atenção à Saúde da Criança

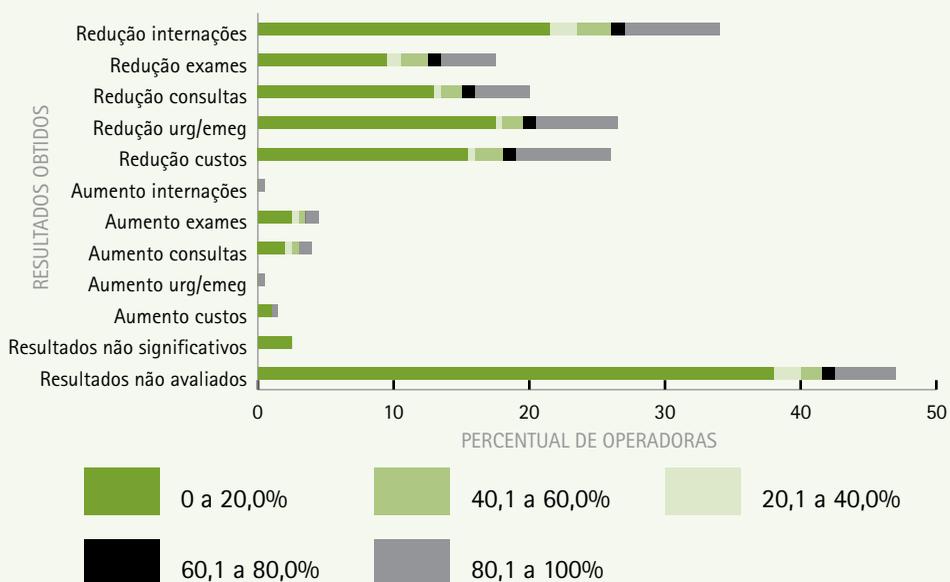


Gráfico 24 - Percentual de operadoras conforme resultados obtidos em relação ao ano de início do programa - Área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso

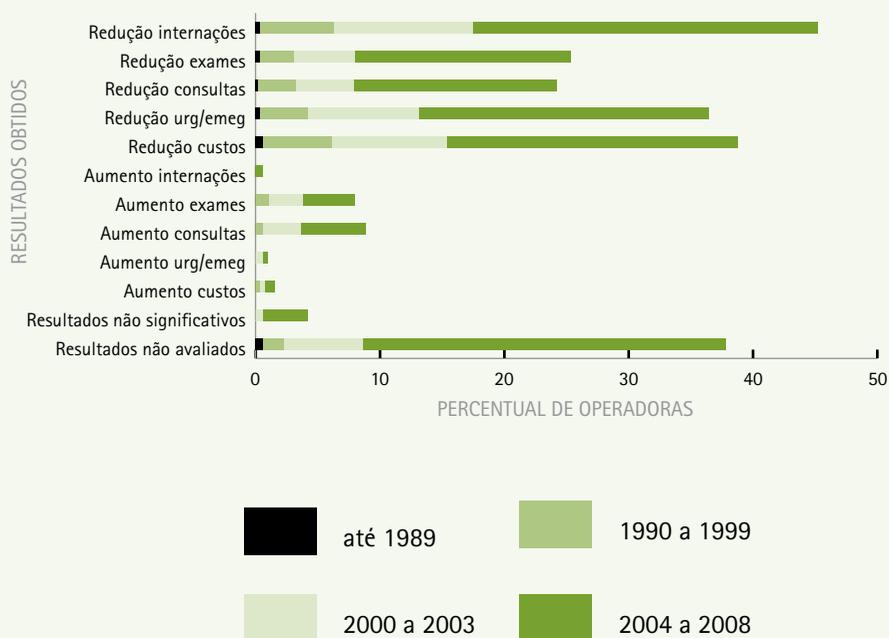


Gráfico 25 - Percentual de operadoras conforme resultados obtidos em relação à cobertura do programa - Área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso

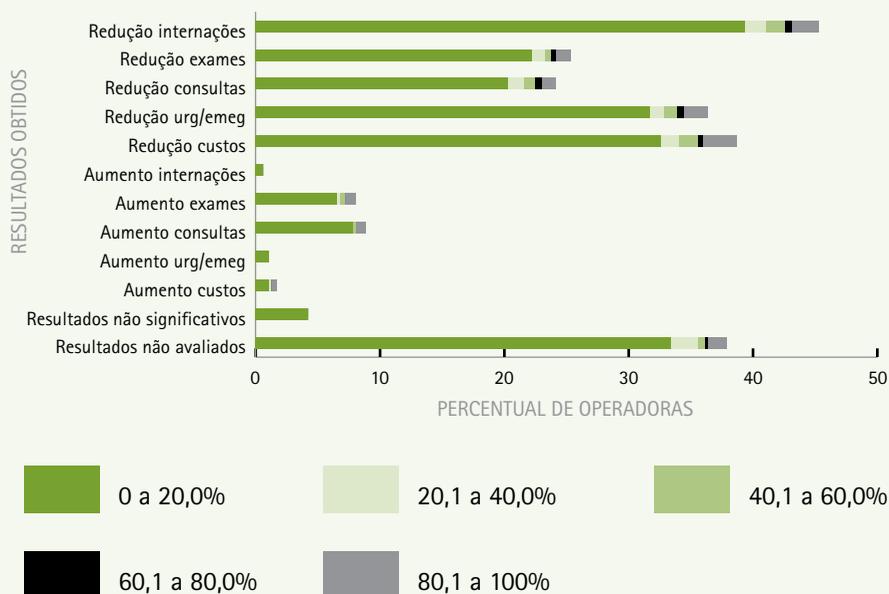


Gráfico 26 - Percentual de operadoras conforme resultados obtidos em relação ao ano de início do programa - Área de Atenção à Saúde da Mulher

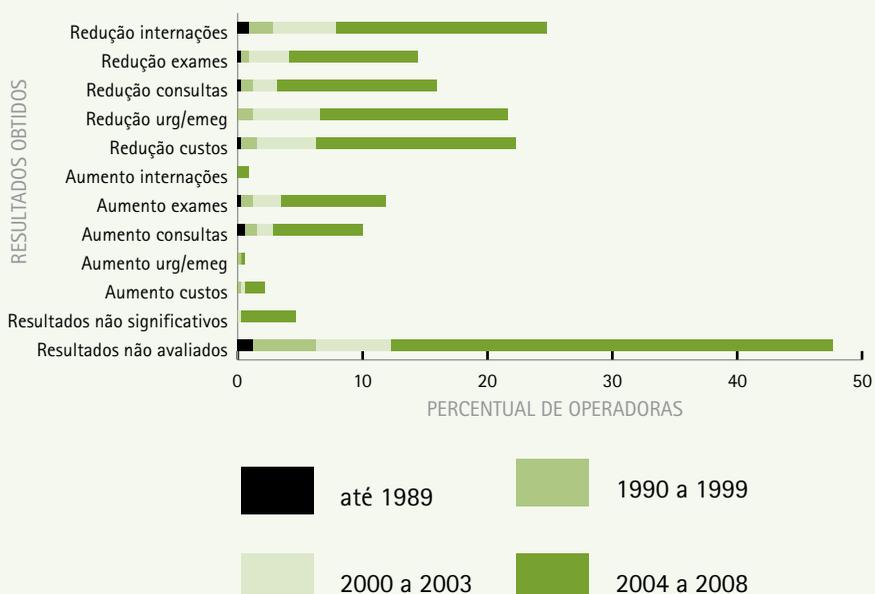
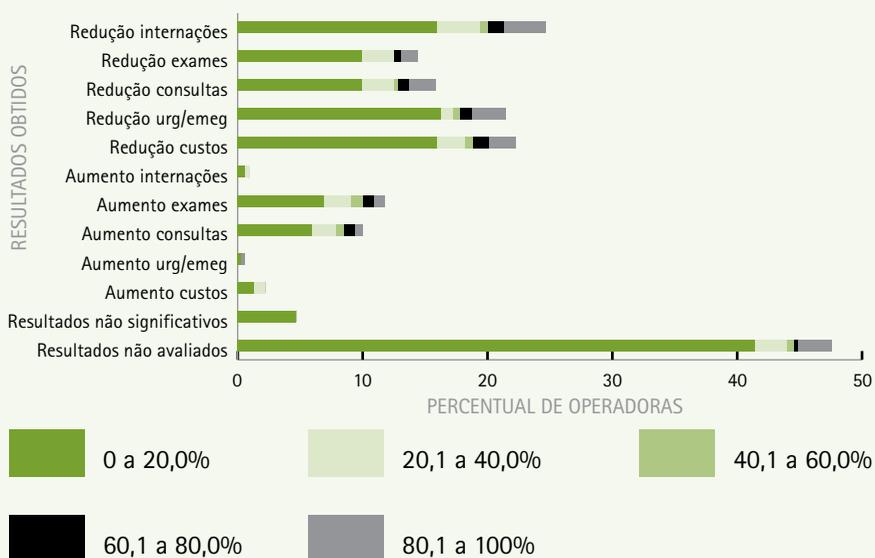


Gráfico 27 - Percentual de operadoras conforme resultados obtidos em relação à cobertura do programa - Área de Atenção à Saúde da Mulher



Além da análise dos resultados em relação ao ano de início e à cobertura, foram analisados os resultados das operadoras que oferecem, em seus programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, no

mínimo, consultas com médico, nutricionista e enfermeiro, além de exames para diagnóstico e acompanhamento. Os gráficos 28 a 31 demonstram essas análises em relação às Áreas de Atenção à Saúde da Criança, do Adolescente, do Adulto e Idoso e da Mulher, respectivamente.

Gráfico 28 – Percentual de operadoras que realizam ao menos consultas médicas com nutricionistas, enfermeiros, e exames nos programas de promoção e prevenção, em relação aos resultados obtidos – Área de Atenção à Saúde da Criança

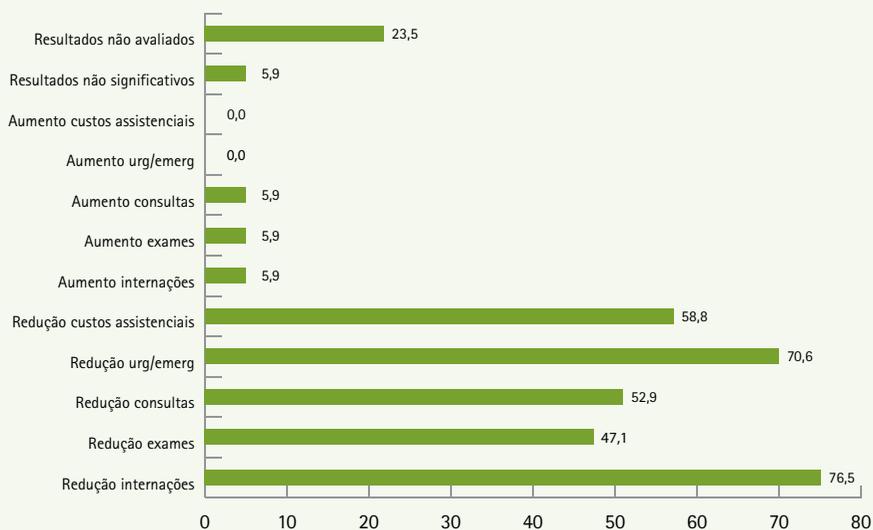


Gráfico 29 – Percentual de operadoras que realizam ao menos consultas médicas com nutricionistas, enfermeiros, e exames nos programas de promoção e prevenção, em relação aos resultados obtidos – Área de Atenção à Saúde do Adolescente

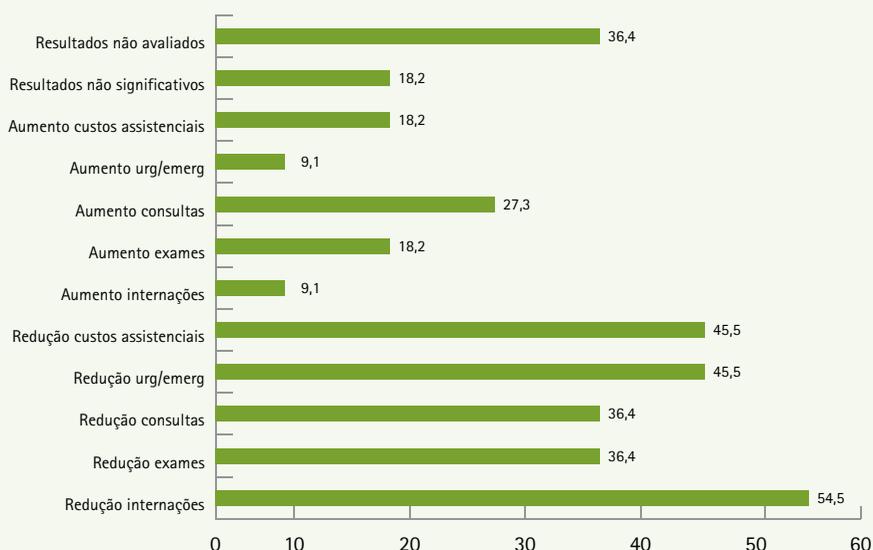


Gráfico 30 – Percentual de operadoras que realizam ao menos consultas médicas com nutricionistas, enfermeiros, e exames nos programas de promoção e prevenção, em relação aos resultados obtidos – Área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso

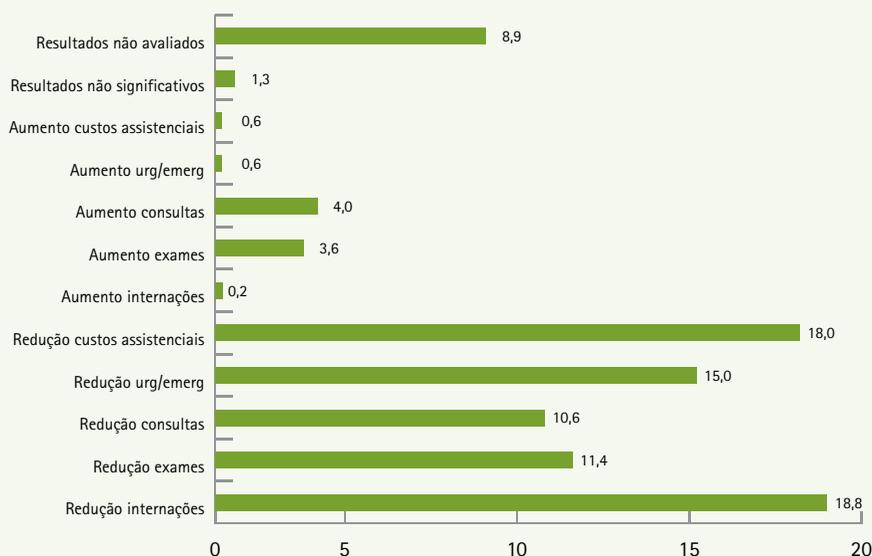
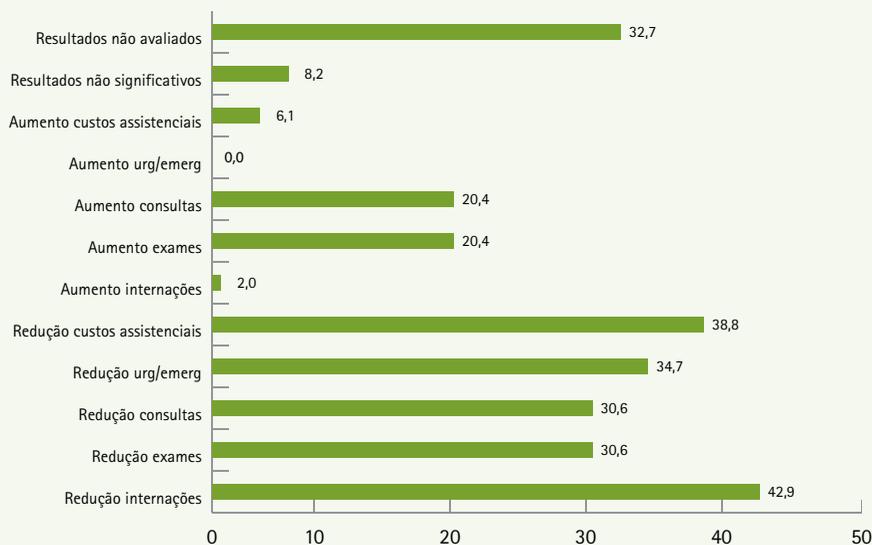


Gráfico 31 – Percentual de operadoras que realizam ao menos consultas médicas com nutricionistas, enfermeiros, e exames nos programas de promoção e prevenção, em relação aos resultados obtidos – Área de Atenção à Saúde da Mulher



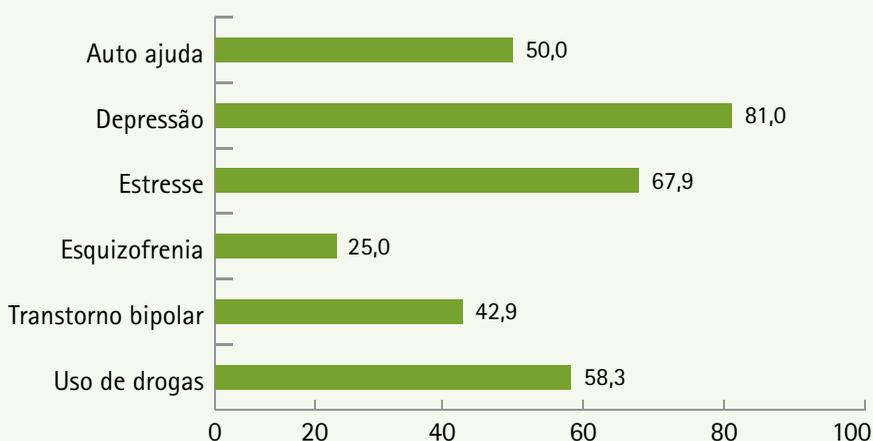
Interessante destacar que em todas as Áreas de Atenção analisadas acima, com programas que oferecem, no mínimo, consultas com médico, nutricionista e enfermeiro, além de exames para diagnóstico

e acompanhamento, predominaram resultados que denotam uma utilização mais eficiente de procedimentos, com redução dos custos assistenciais. Além disso, essas operadoras quando comparadas a todas as operadoras que desenvolvem programas, por área de atenção, apresentam um percentual menor de resultados ainda não avaliados, demonstrando possuir uma melhor estrutura para organização e avaliação desses programas.

2.2 Área de Atenção à Saúde Mental

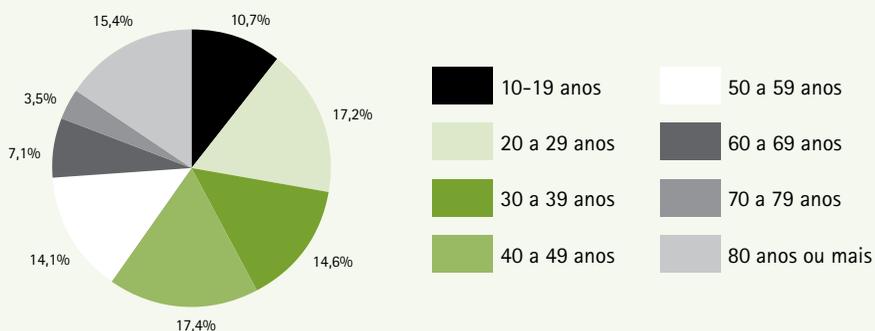
Das 641 operadoras que desenvolvem programas de promoção e prevenção em saúde, 84 (13,1%) ofertam programas na Área de Atenção à Saúde Mental. No Gráfico 32, observamos quais as principais doenças, problemas ou situações de saúde abordados nesses programas. Foi observado ainda que, das 84 operadoras que informaram realizar programas nessa área, 73 (86,9%) abordam duas ou mais doenças, problemas ou situação de saúde.

Gráfico 32 - Percentual de operadoras de acordo com a doenças, problemas ou situações de saúde abordados na Área de Atenção à Saúde Mental



Pode-se perceber que a depressão foi o problema de saúde mais abordado por essas operadoras, com 81,0% de programas, seguida de uso de drogas (58,3%) e estresse (67,9%), coincidindo com as estatísticas nacionais e internacionais que indicam maior prevalência dessas patologias dentre os transtornos mentais (Gráfico 32). Destaca-se que a maior parte dos participantes desses programas concentram-se nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos (Gráfico 33).

Gráfico 33 – Percentual dos beneficiários que participam dos programas voltados para a saúde mental, de acordo com a faixa etária



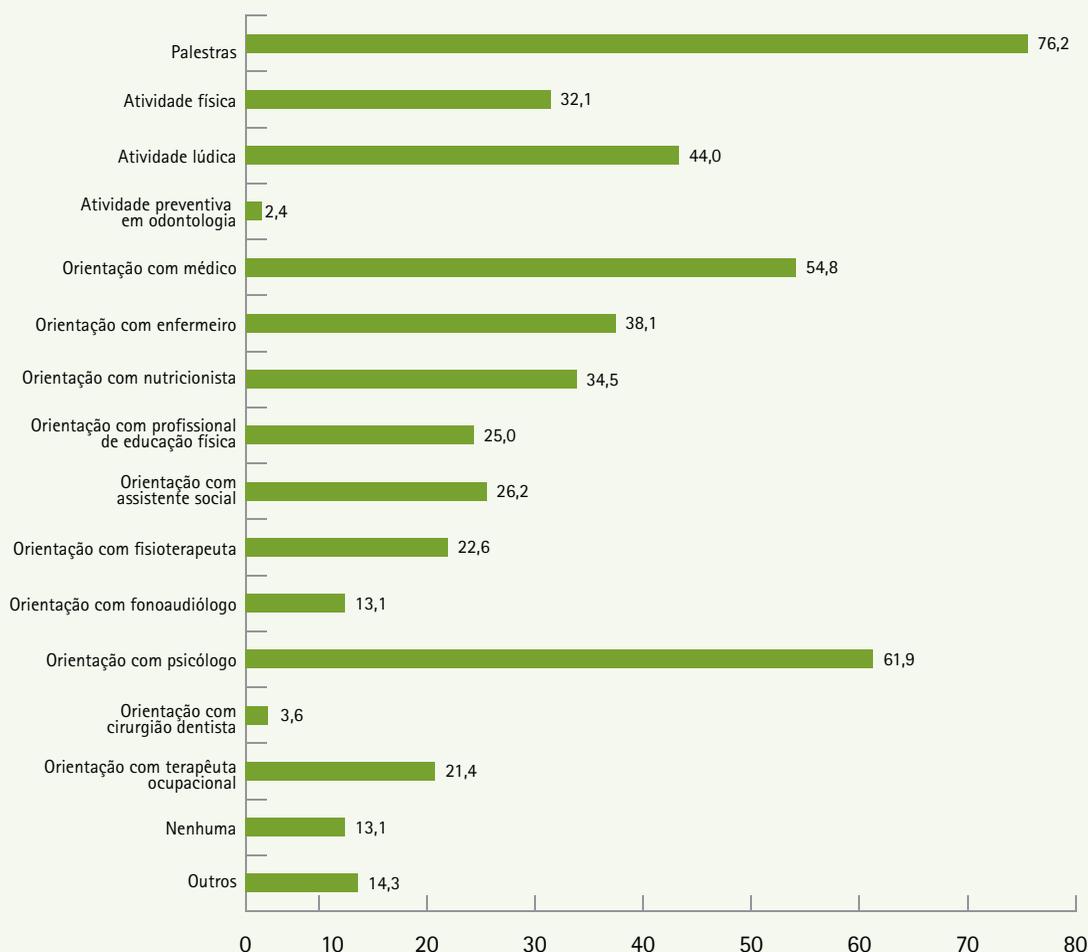
O Gráfico 34 apresenta a distribuição das operadoras por oferta de atividades individuais nos programas. O atendimento com psicólogo e o atendimento com médico são as modalidades de tratamento mais oferecidas. Das 84 operadoras que desenvolvem programas na área de saúde mental, 60 (71,4%) contam com pelo menos 3 profissionais diferentes desenvolvendo atividades individuais com os beneficiários.

Gráfico 34 – Percentual de operadoras de acordo com a oferta de atividades individuais nos programas de promoção e prevenção na Área de Saúde Mental



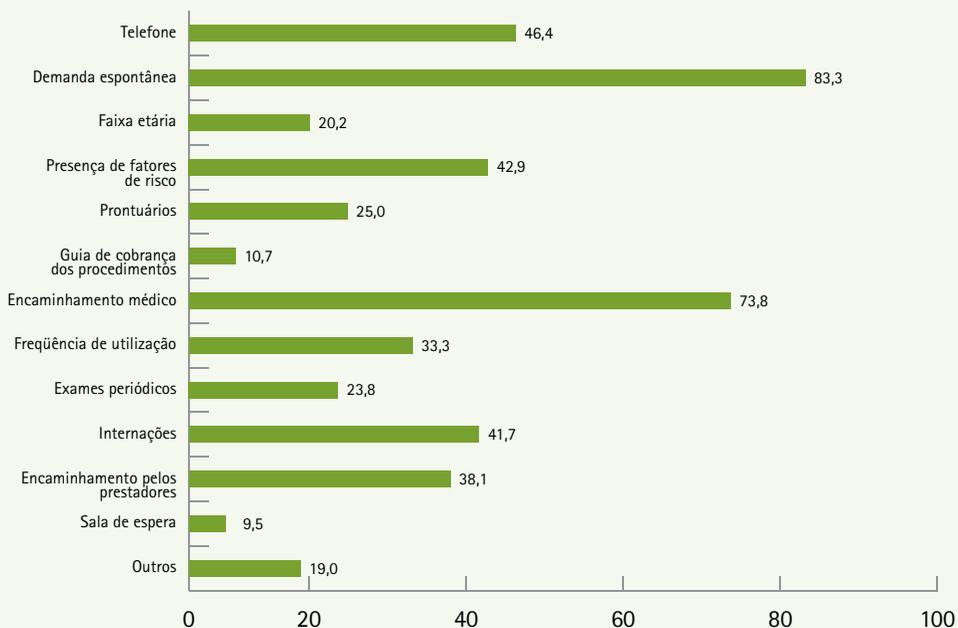
O Gráfico 35 apresenta a distribuição da oferta, pelas operadoras, de atividades coletivas nos programas. Nesse item podemos destacar as palestras, assim como a orientação com médico e com psicólogo entre as modalidades de atividade mais oferecidas, com menor participação de outras categorias profissionais. Destaca-se, ainda, que 38 operadoras (43,2%) oferecem cinco ou mais atividades coletivas em seus programas.

Gráfico 35 - Percentual de operadoras de acordo com a oferta de atividades coletivas nos programas de promoção e prevenção na Área de Saúde Mental



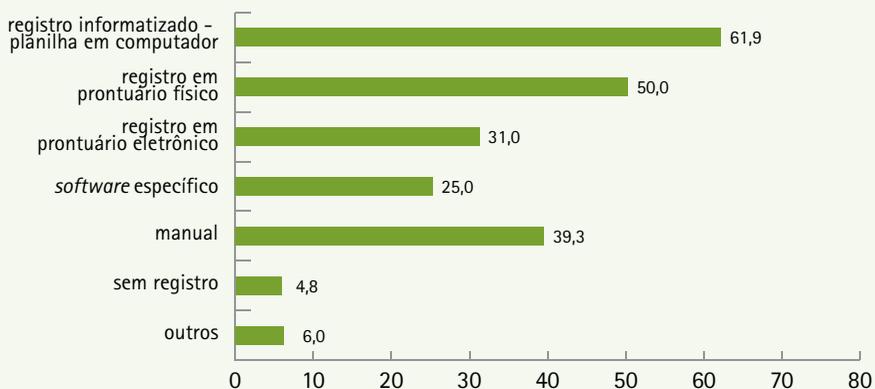
O Gráfico 36 revela as formas encontradas pelas operadoras para o rastreamento dos beneficiários a serem inseridos nos programas, destacando-se a demanda espontânea, seguida pelo encaminhamento médico, captação por telefone e encaminhamento após internação.

Gráfico 36 - Percentual de operadoras de acordo com as formas utilizadas para busca dos beneficiários a serem inseridos nos programas na Área de Saúde Mental



O Gráfico 37 apresenta as formas de registro da participação dos beneficiários nos programas. Das operadoras que realizam programas em saúde mental, 61,9% referem registrar as atividades em planilhas informatizadas, 50,0% informam registro em prontuário físico, 25,0% possuem *software* específico e cerca de 4,8% referem não possuir qualquer tipo de registro. Além disso, 55 operadoras (65,5%) relataram dispor de 2 ou mais formas de registro das atividades.

Gráfico 37 - Percentual de operadoras de acordo com as formas de registro dos beneficiários nos programas na Área de Saúde Mental



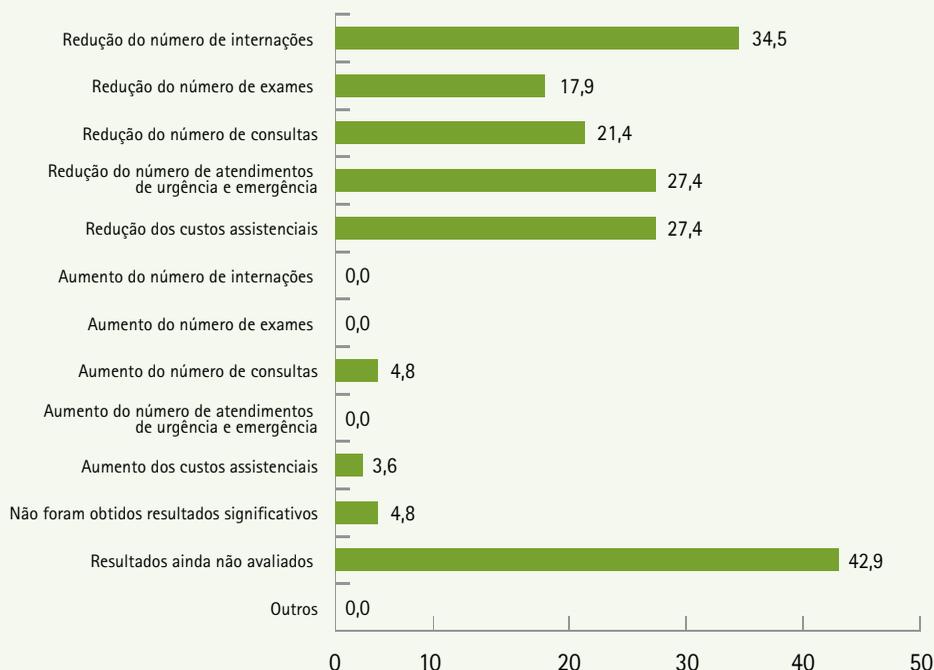
O Gráfico 38 apresenta os principais documentos e referências utilizados pelas operadoras para o planejamento das ações desenvolvidas nos programas. Mais da metade das operadoras utiliza publicações referendadas por especialistas ou instituições implicadas com o setor saúde. Dentre essas se destacam: o manual de promoção e prevenção elaborado pela ANS e os manuais elaborados pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 38 - Percentual de operadoras de acordo com a utilização de documentos e referências para o planejamento das ações desenvolvidas nos programas na Área de Saúde Mental



Por fim, o Gráfico 39 apresenta os principais resultados obtidos pelas operadoras após a implementação de programas de promoção e prevenção em saúde mental. Apesar de, aproximadamente, 42,9% das operadoras referirem ainda não ter realizado esse tipo de avaliação, dentre as que já o fizeram, 30 operadoras informaram ter alcançado dois ou mais resultados relacionados à redução de custos e/ou redução de utilização de serviços, e apenas uma operadora obteve dois ou mais resultados relacionados ao aumento de custos ou à utilização de serviços.

Gráfico 39 - Percentual de operadoras de acordo com os principais resultados obtidos com a implementação dos programas de Saúde Mental

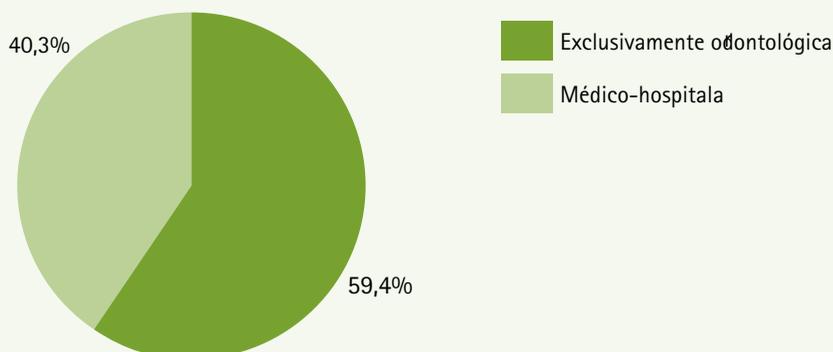


2.3 Área de Atenção à Saúde Bucal

No final do ano de 2007, o setor de planos privados de assistência à saúde contava com um total de 46,2 milhões de beneficiários, dos quais 11,6 milhões possuíam cobertura odontológica, representando 25% do mercado de saúde suplementar e 6% da população brasileira. As peculiaridades na atenção à saúde bucal e o crescimento dos planos odontológicos no mercado de planos privados de saúde suscitam desafios próprios para o setor. Dessa forma, a ANS, atenta a essa nova conformação do mercado, resolveu incluir um bloco de questões referentes à área de atenção à saúde bucal, na RI de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, objetivando realizar um levantamento de informações.

Das 641 (47,4%) operadoras que informaram desenvolver programas de promoção e prevenção em saúde, 158 realizam programas na área de saúde bucal. No gráfico 40, observa-se que 59,7% das operadoras que desenvolvem programas na área de saúde bucal são operadoras médico-hospitalares, enquanto 40,3% são exclusivamente odontológicas.

Gráfico 40 - Percentual de operadoras que realizam programas de promoção e prevenção na área de saúde bucal, de acordo com a modalidade assistencial



Com relação à existência de um coordenador específico para esses programas, verifica-se que 97,8% das operadoras informaram apresentar esse profissional, evidenciando o cuidado na estruturação e condução dos programas.

O Gráfico 41 mostra as doenças, problemas e situações de saúde mais abordados pelos programas desenvolvidos nessa área. Observa-se que os temas mais abordados são higiene bucal (92,4%), cárie (84,8%), doença periodontal (74,7%) e câncer bucal (60,1%). Além desses, foram apontados alimentação saudável (58,2%), fluorose (50,6%), orientação para gestantes (46,2%), maloclusão (44,9%) e traumatismo dentário (36,1%). Nesses programas, predominam os beneficiários na faixa etária de 20 a 29 anos (Gráfico 42).

Gráfico 41 – Percentual de operadoras de acordo com as doenças, problemas ou situações de saúde abordadas pelos programas de promoção e prevenção

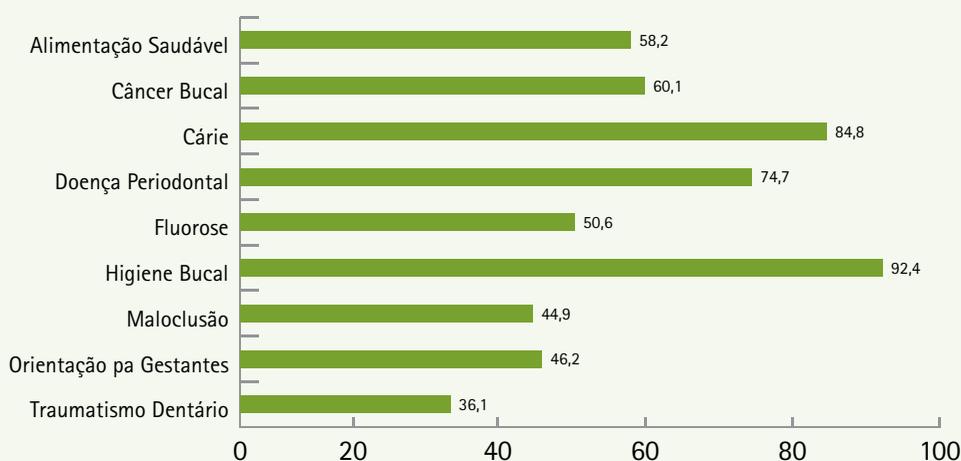
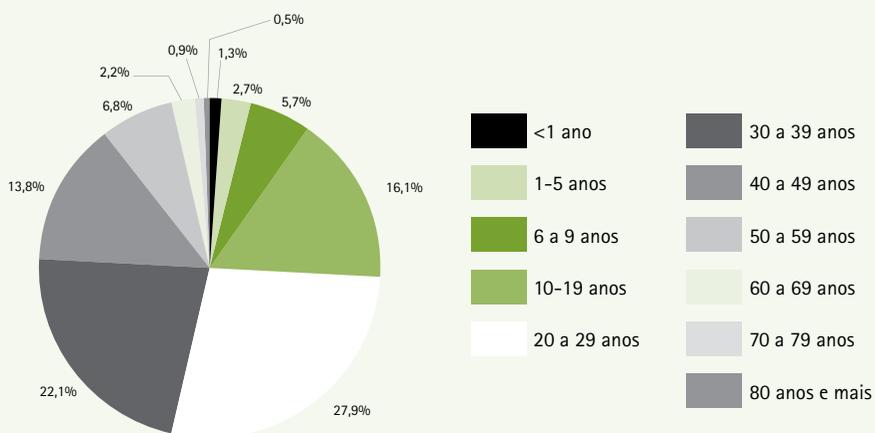
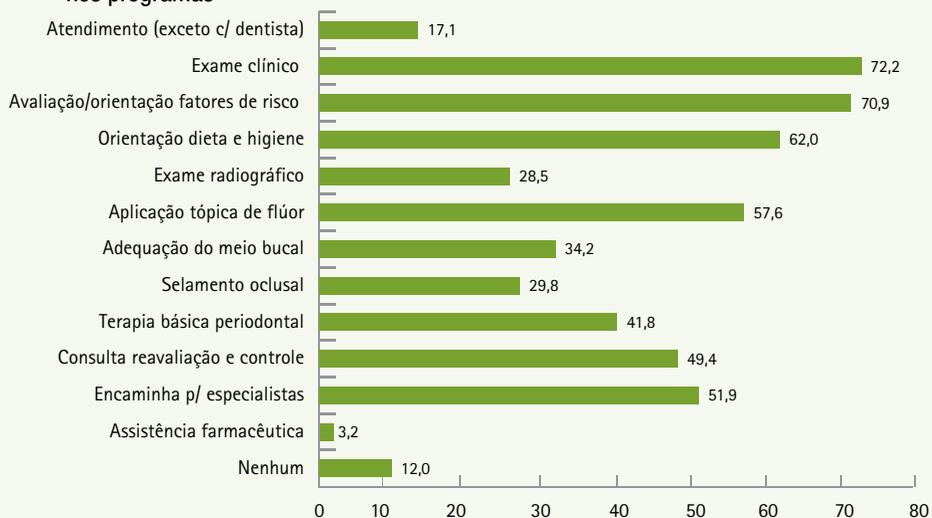


Gráfico 42 – Percentual de beneficiários que participam dos programas voltados para a saúde bucal, de acordo com a faixa etária



A oferta de atividades individuais nos programas apresenta a seguinte distribuição, conforme revela o Gráfico 43: exame clínico (72,2%), avaliação/orientação quanto aos fatores de risco (70,9%), orientação acerca da dieta e da higiene (62,0%), aplicação tópica de flúor (57,6%), encaminhamento para especialistas (51,9%), consulta para reavaliação e controle (49,4%), terapia periodontal básica (41,8%), adequação do meio bucal (34,2%), selamento oclusal (29,7%), exame radiográfico (28,5%), atendimento - exceto com dentista (17,1%) e assistência farmacêutica (3,2%). Observa-se que 12,0% das operadoras informaram não realizar atividades individuais e que nenhuma das operadoras informou realizar todas as atividades simultaneamente.

Gráfico 43 - Percentual de operadoras de acordo com a oferta de atividades individuais nos programas



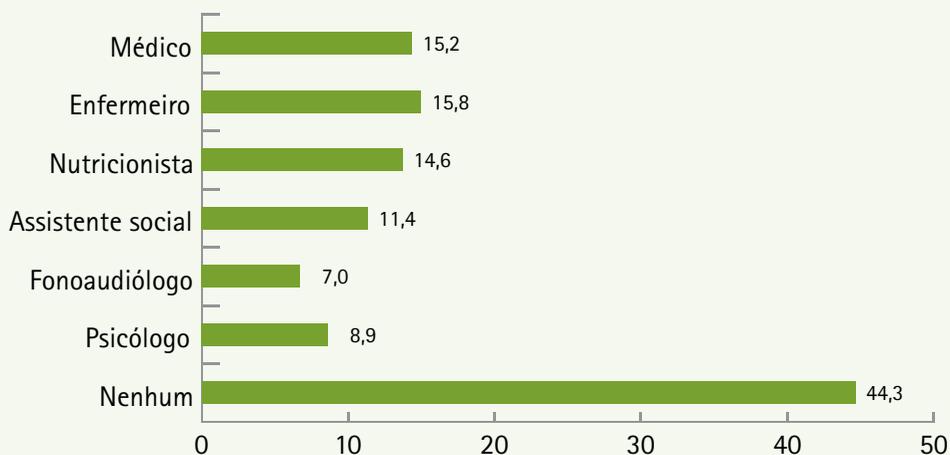
No Gráfico 44, pode-se observar a situação das atividades coletivas desenvolvidas nos programas. As palestras correspondem a 83,5%, a atividade educativa em odontologia, a 66,5%, a distribuição de produtos de higiene, a 56,3%, a revelação de placa e escovação, a 38,6%, a aplicação tópica de flúor, a 37,3%, a orientação para grupos de risco e atividade lúdica, a 27,9% e a atividade educativa com profissionais de saúde (exceto dentista), a 18,4%. Observa-se, ainda, que cerca de 7% das operadoras referem não desenvolver nenhuma atividade em âmbito coletivo. Como informação adicional, 13% das operadoras mencionaram só realizar palestras.

Gráfico 44 - Percentual de operadoras de acordo com a oferta de atividades coletivas nos programas



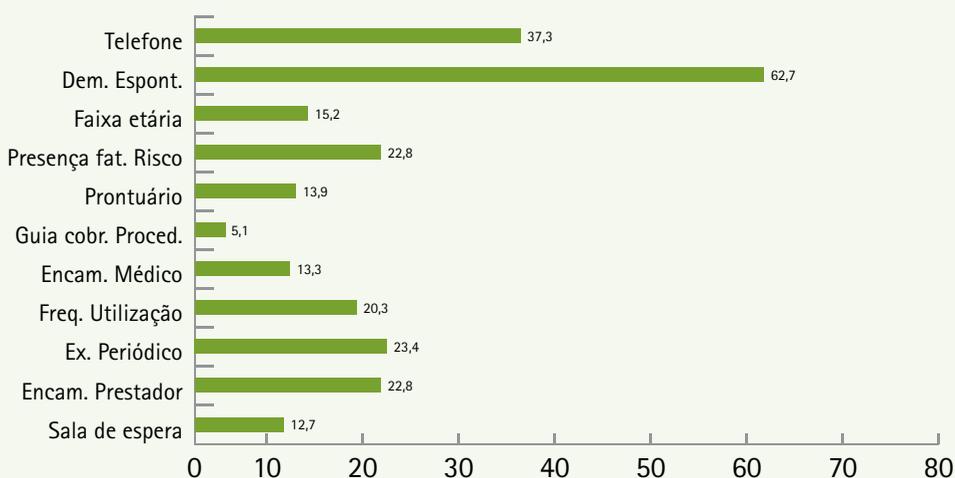
No que diz respeito aos dados relativos aos profissionais que realizam as atividades nos programas, com exceção dos cirurgiões-dentistas, observa-se que 15,8% das operadoras informaram enfermeiros, 15,2% médicos, 14,6% nutricionistas e cerca de 11,4% das operadoras fizeram referência a assistentes sociais. Além desses profissionais, também houve referência a psicólogos (8,9%) e fonoaudiólogos (7,0%). Em torno de 44% das operadoras informaram que nenhum outro profissional, à exceção do dentista, executa as atividades (Gráfico 45).

Gráfico 45 - Percentual de operadoras de acordo com os profissionais que realizam as atividades nos programas, com exceção dos cirurgiões-dentistas



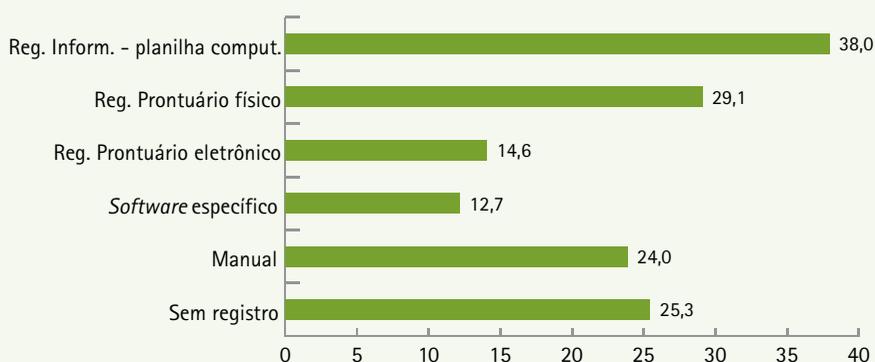
Quando perguntadas sobre a maneira pela qual promovem o rastreamento dos beneficiários a serem incluídos nos programas, é possível constatar a seguinte configuração de respostas enviadas pelas operadoras: demanda espontânea (62,7%), telefone (37,3%), exame periódico (23,4%), presença de fatores de risco e encaminhamento pelos prestadores (22,8%), frequência de utilização (20,3%), por faixa etária (15,2%), prontuário (13,9%), encaminhamento médico (13,3%), sala de espera (12,7%) e guia de cobrança de procedimentos (5,1%), segundo consta no Gráfico 46.

Gráfico 46 - Percentual de operadoras de acordo com a estratégia de busca dos participantes para os programas



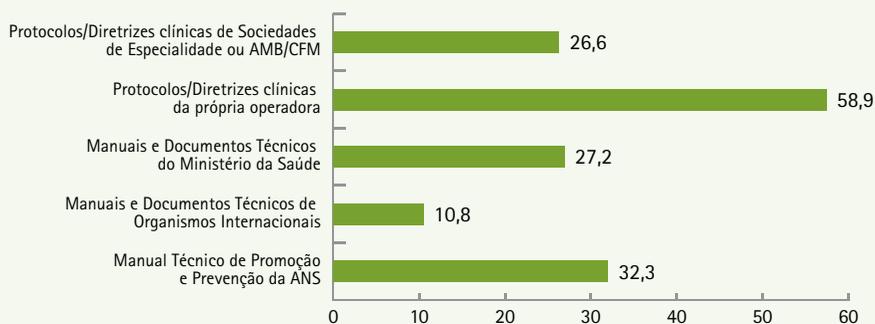
Conforme demonstrado no Gráfico 47, quanto à forma de registro e acompanhamento dos participantes nos programas, 38,0% das operadoras informaram utilizar o registro informatizado (planilha em computador), 29,1% utilizam o registro em prontuário físico, 24,0% efetuam o registro manual, 14,6% registram em prontuário eletrônico e 12,7% delas realizam registro por meio de *software* específico. Observa-se que cerca de 25,3% das operadoras não efetuam registro.

Gráfico 47 - Percentual de operadoras de acordo com a estratégia de registro e acompanhamento dos participantes e das ações realizadas nos programas



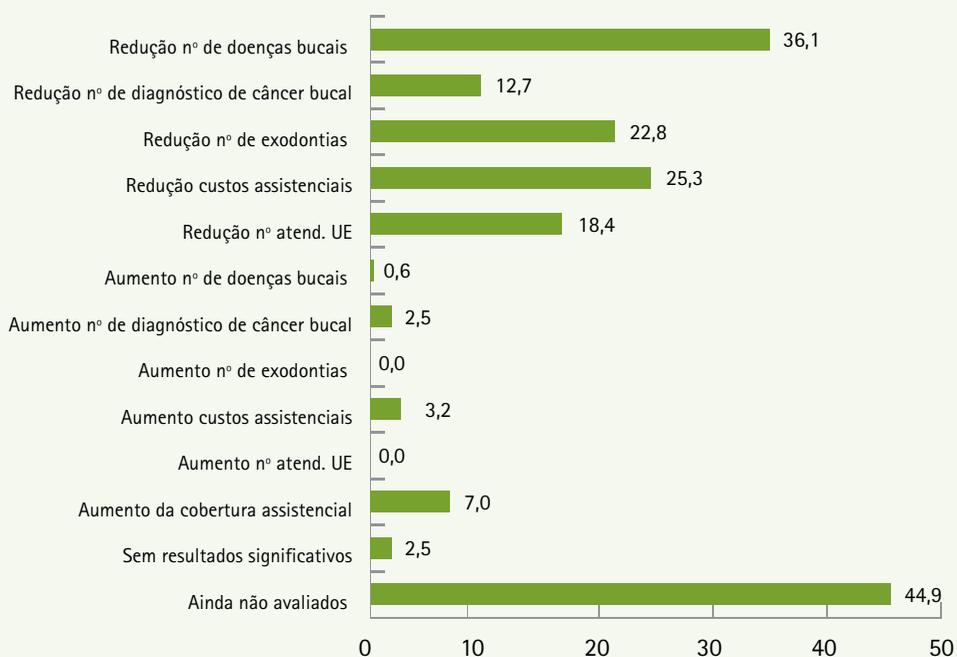
A partir das informações enviadas pelas operadoras, concernentes aos documentos/referenciais utilizados para o planejamento das ações desenvolvidas nos programas, é possível constatar que os protocolos/diretrizes clínicas da própria operadora representam 58,9%, o Manual Técnico de Promoção e Prevenção elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS corresponde a 32,3% e os manuais e documentos técnicos do Ministério da Saúde representam 27,2%. Além destes, observa-se que os protocolos/diretrizes clínicas de sociedades de especialidades ou AMB/CFM representam cerca de 26,6% e os manuais e documentos técnicos de organismos internacionais em torno de 10% (Gráfico 48).

Gráfico 48 - Percentual de operadoras de acordo com os documentos e referências utilizados para o planejamento das ações desenvolvidas nos programas



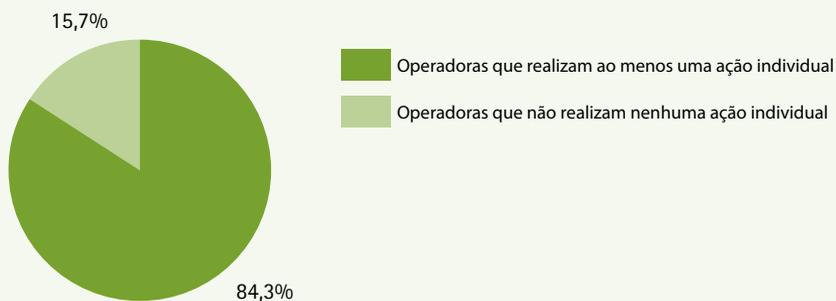
Quanto aos principais resultados obtidos com a realização dos programas, observa-se, a partir da análise do Gráfico 49, que os mais referidos pelas operadoras foram: redução do número de doenças bucais (36,1%), redução dos custos assistenciais (25,3%) e redução do número de exodontias (22,8%). As operadoras informaram, ainda, redução do número de atendimentos de urgência e emergência (18,4%), seguido da redução do número de diagnósticos de câncer bucal (12,7%). Também foram apontados como resultados obtidos: aumento da cobertura assistencial (7,0%), aumento de custos assistenciais (3,2%) e aumento da incidência das doenças bucais (0,6%). Observa-se que 2,5% das operadoras mencionaram não haver resultados significativos. É importante destacar que, do universo de operadoras que responderam ao questionário, 44,9% informaram que os resultados obtidos não foram avaliados, evidenciando que a prática da avaliação dos programas ainda não é utilizada por grande parte das operadoras.

Gráfico 49 - Percentual de operadoras de acordo com os principais resultados obtidos com a realização dos programas



Ao analisar a estruturação dos programas desenvolvidos na área de Saúde Bucal, observa-se que cerca de 84% das operadoras realizam ao menos uma ação em âmbito individual, enquanto que 15,7% não desenvolvem nenhuma ação individual (Gráfico 50).

Gráfico 50 – Percentual de operadoras que realizam ao menos uma ação individual



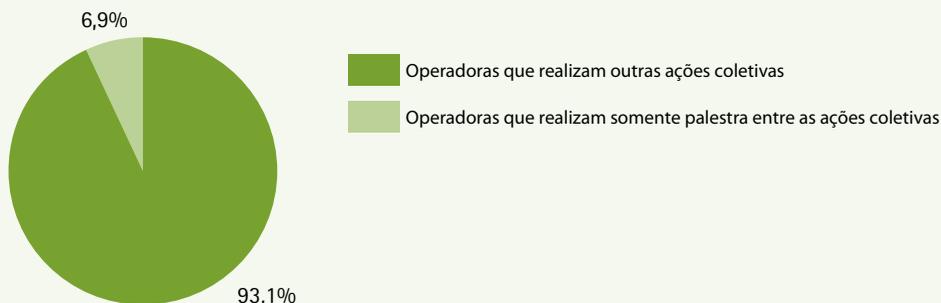
Quanto à realização de ações de âmbito coletivo, pode-se constatar que 9,4% das operadoras realizam pelo menos uma ação coletiva, enquanto 90,6% não desenvolvem nenhuma ação coletiva (Gráfico 51).

Gráfico 51 – Percentual de operadoras que realizam ao menos uma ação coletiva



Conforme observado no Gráfico 52, 6,9% das operadoras realizam somente palestras como ações coletivas, enquanto cerca de 93% realizam, além de palestras, outras modalidades de ações coletivas.

Gráfico 52 – Percentual de operadoras que realizam somente palestra entre as ações coletivas



Em relação às ações desenvolvidas em âmbito coletivo, é possível constatar que 23,9% das operadoras realizam, simultaneamente, atividades educativas em odontologia e orientação específica para grupos de risco, enquanto que 76,1% delas não realizam ao menos uma dessas ações (Gráfico 53).

Gráfico 53 – Percentual de operadoras que realizam, simultaneamente, atividades educativas em odontologia e orientação específica para grupos de risco



Ao analisar as operadoras que realizam, concomitantemente, ações individuais e coletivas, constata-se que, considerando as ações de orientação sobre os fatores de risco, consulta para reavaliação e controle, atividade educativa em odontologia e orientação específica para grupos de risco, apenas 17% delas realizam essas ações, enquanto que 83% não realizam ao menos uma dessas ações (Gráfico 54).

Gráfico 54 – Percentual de operadoras que realizam, simultaneamente, orientação sobre os fatores de risco, consulta para reavaliação e controle, atividade educativa em odontologia e orientação específica para grupos de risco



No que concerne aos resultados positivos obtidos pelas operadoras com programas na área de saúde bucal, que realizam ao menos avaliação e orientação sobre os fatores de risco e consulta para reavaliação e controle (como ações individuais) e atividade educativa em odontologia e orientação específica para grupos de risco (como ações coletivas), observa-se que: 37% apresentaram redução da incidência das doenças bucais; 29,6% apresentaram redução do número de exodontias por doenças bucais; 33,3% apresentaram redução dos custos assistenciais; 18,5% apresentaram aumento da cobertura assistencial; e 11% apresentaram aumento do diagnóstico de lesões pré-malignas/ malignas de câncer bucal.

Finalmente, cabe ressaltar a importância da realização de outros estudos para se obter uma melhor compreensão sobre a atuação das operadoras, no que concerne aos programas realizados no âmbito da

assistência odontológica, buscando, em última análise, o aperfeiçoamento do modelo assistencial ora vigente.

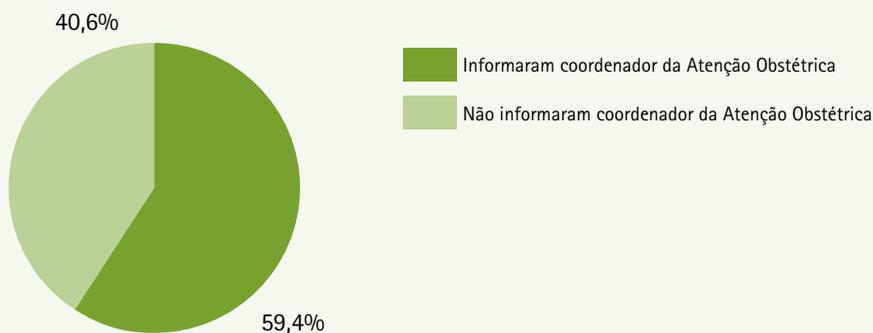
2.4 Atenção Obstétrica

A Agência Nacional de Saúde Suplementar optou por incluir questões relativas ao modelo de atenção obstétrica na RI de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças do setor suplementar, por acreditar que o modelo de organização e gerenciamento da assistência obstétrica reflete diretamente nos resultados relacionados a indicadores perinatais, como a proporção de partos cesáreos. As perguntas referentes a esse bloco foram obrigatórias para todas as operadoras.

Na análise, identificou-se que das 1.351 operadoras que enviaram resposta dentro do prazo estabelecido pela ANS, 324 eram exclusivamente odontológicas e 81 prestavam somente assistência ambulatorial. Desse modo, restaram 946 operadoras para análise nesse bloco.

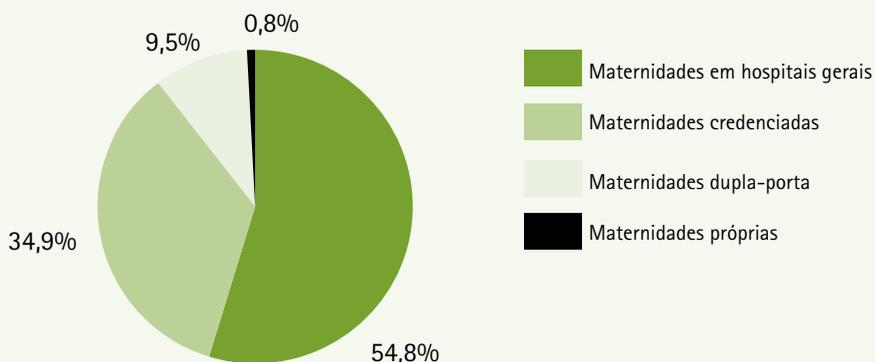
Destas 946 operadoras, 59,4% informaram possuir um coordenador para a atenção obstétrica. Esse dado denota a preocupação das operadoras em designar um responsável técnico para o gerenciamento das ações em obstetrícia, o que é positivo, por possibilitar maior planejamento e controle do modelo de atenção ofertado (Gráfico 55).

Gráfico 55 - Percentual de operadoras em relação à informação sobre o Coordenador da Atenção Obstétrica



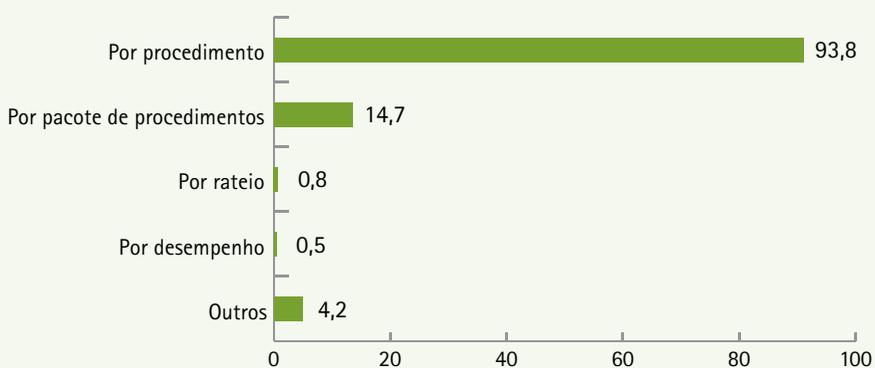
Um dos aspectos relevantes para o alcance de bons resultados perinatais é a disponibilidade de uma rede hierarquizada e estruturada e de maternidades com uma ambiência que favoreça a evolução fisiológica do parto. Com essa preocupação, a ANS levantou junto às operadoras informações sobre a rede de maternidades. Conforme o Gráfico 56, a maior parte das operadoras informa possuir maternidades em hospitais gerais.

Gráfico 56 – Percentual de maternidades com características relacionadas à natureza e à forma de contratação



Outro fator que interfere diretamente no modelo de atenção obstétrica, em especial na proporção de cesarianas, é a forma de remuneração dos profissionais. O modelo de pagamento por procedimento, predominante, de um modo geral, no setor suplementar de saúde no Brasil também predomina como forma de remuneração dos obstetras (Gráfico 57). Propor alternativas para essa modalidade de pagamento é um dos desafios para o incentivo ao parto normal no setor suplementar de saúde.

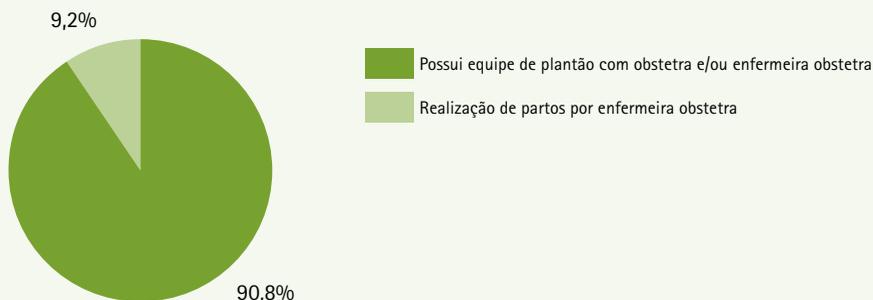
Gráfico 57 - Percentual de operadoras quanto à forma de remuneração dos obstetras



Ter um profissional disponível nas maternidades para o acompanhamento do trabalho de parto é um dos fatores que interferem na decisão sobre a melhor via para o nascimento. Com essa compreensão, a ANS buscou levantar junto às operadoras as informações sobre a organização do processo de trabalho nas maternidades que compõem a rede do setor suplementar. Como se observa no gráfico 58, 90,8% das

operadoras informam contar com equipes de plantão com obstetras ou enfermeiras obstetras, mas apenas 9,2% contam com enfermeiras obstetras para a realização de partos normais.

Gráfico 58 - Percentual de operadoras em relação à equipe de plantão e ao parto realizado por enfermeira obstetra



Destaca-se, ainda, que a maior parte das operadoras (82%) informou que não possui estratégias de incentivo para que obstetras realizem partos normais; além disso, apenas 20% possuem protocolo ou diretriz escrita com boas práticas sobre o manejo do trabalho de parto e parto e, apesar de cerca de 59% das operadoras fazerem levantamento sobre a proporção de cesarianas realizadas por cada obstetra / maternidade, apenas 32% das operadoras repassam essa informação aos obstetras e somente 8% informam as beneficiárias sobre esses resultados.

Por fim, são necessários estudos mais aprofundados a respeito das variáveis levantadas, mas as informações coletadas mostram que é preciso investir no gerenciamento da atenção obstétrica, com enfoque no modelo de remuneração de obstetras, auditoria de dados e divulgação das informações.

3. Conclusão

Como iniciativa inédita para gestão governamental brasileira, observa-se que a temática da promoção da saúde e prevenção de doenças está sendo incorporada às ações das operadoras. O aumento do número de operadoras que desenvolvem programas representa um resultado bastante significativo, tendo em vista que a introdução do tema é recente em um setor que se preocupava apenas com os aspectos econômico-financeiros e com o pagamento dos procedimentos realizados.

As estratégias realizadas pela ANS têm levado as operadoras à discussão do tema, à organização de seminários, à capacitação de sua equipe e à apropriação dos conceitos epidemiológicos e de protocolos clínicos referentes aos programas. Todo esse esforço tem a finalidade de aumentar a quantidade de beneficiários que participam dessas ações e induzir à mudança do modelo de atenção, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde no setor suplementar e para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

O inquérito realizado foi um passo na direção de identificar aspectos relacionados à organização, gerenciamento e oferta dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no setor suplementar. Dessa forma, a análise descritiva realizada apresenta aspectos que podem e devem ser aprofundados em pesquisas mais específicas, a fim de conhecer mais a fundo as características dos programas e os resultados alcançados.

Nesse sentido, explorar esse campo, buscando conhecer as conquistas e lacunas que se colocam no atual cenário do setor, possibilitará à ANS desenvolver mecanismos de regulação mais adequados às necessidades e demandas de operadoras, prestadores e beneficiários de planos de saúde.

Bibliografia consultada

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução da Diretoria Colegiada nº 77, de 17 de julho de 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa RN nº 94, de 23 de março de 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual

técnico. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 164p.

BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

NAVARRO, J.C. 1992. Evaluación de programas de salud y toma de decisiones. Serie material de apoyo para la capacitación en gerencia de programas de salud maternoinfantil y planificación familiar. Washington, DC: OPAS/OMS.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saúde Pública, v.34, n.5, p.547-559, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. OMS, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html>.

Os resultados do Requerimento de Informações apresentados nesta publicação evidenciam que muito já se avançou, mas há ainda um longo caminho a ser percorrido no que se refere ao estímulo e ao suporte às operadoras a trazerem para o seu campo de gestão a Promoção da Saúde e a Prevenção de Riscos e Doenças, compondo a integralidade da Atenção à Saúde e ampliando os ganhos de eficiência para o setor de saúde suplementar.

Com o objetivo de estimular e orientar o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, como componente imprescindível à implementação das Áreas de Atenção à Saúde e à transformação dos modelos assistenciais segmentados e parciais em modelos de Atenção Integral à Saúde, a ANS estabelece esse projeto, bem como propõe uma maior articulação com o Ministério da Saúde na gestão de políticas públicas.

Nesse sentido, a ANS formulou estratégias para o planejamento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para a saúde suplementar, baseada na publicação “Preventing chronic diseases: a vital investment WHO global report” (WHO, 2005), da Organização Mundial da Saúde e estabeleceu os passos para o sucesso da implementação das intervenções, a fim de contribuir para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

O modelo apresentado inclui três passos para o planejamento e implementação das estratégias de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Tal modelo foi adaptado pela ANS com a finalidade de estabelecer ferramentas e estratégias que podem ser implementadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, no sentido de promover saúde e prevenir riscos e doenças. Esses passos representam uma abordagem flexível e

II. Estratégias para o planejamento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças

prática para equilibrar diferentes necessidades e prioridades junto à implementação de intervenções baseadas em evidências científicas.

Passos para o Planejamento das Ações

Passo 1 – Estimar os perfis de saúde e dos fatores de risco na carteira de beneficiários e disseminar as informações para incentivar a ação

Embora as estimativas de morbidade da população geral estejam disponíveis, a distribuição dos fatores de risco entre a população é a informação-chave para o planejamento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, tendo em vista que essa informação prediz o futuro do perfil de morbidade.

Os passos para o conhecimento dos perfis de saúde e dos fatores de risco entre os beneficiários de planos de saúde são:

1. Realizar um questionário que aborde aspectos relacionados ao perfil de saúde e aos hábitos de vida, tais como: alimentação, atividade física, tabagismo e consumo de álcool;
2. Usar medidas físicas: aferir peso, altura, circunferência abdominal; aferição de percentual de gordura; e pressão arterial.
3. Ampliar a avaliação: coletar material biológico para mensurar os perfis lipídico e glicêmico dos indivíduos.

É de extrema importância que as informações a respeito do perfil de saúde na população de beneficiários sejam obtidas, a fim de viabilizar a formulação de novas estratégias de ação, bem como mobilizar a sociedade a respeito da relevância dos resultados e da necessidade das intervenções para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Passo 2 - Formular e adotar as estratégias de intervenção

Os objetivos de todo programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças devem ser:

- Responder às necessidades de saúde da sua população, tendo em vista o perfil de saúde obtido pela realização do Passo 1;
- Melhorar a saúde da carteira de beneficiários, especialmente nos grupos mais vulneráveis;

- Divulgar informações qualificadas aos beneficiários, a fim de aumentar sua autonomia e o seu conhecimento sobre a importância das ações de promoção e prevenção;
- Contribuir para o aumento da qualidade de vida dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças deve basear-se nos seguintes princípios:

Ações Integradas

As atividades dos programas devem ser integradas e não fragmentadas. Por exemplo, em vez de desenvolver um programa para obesidade, um para diabetes mellitus e outro para hipertensão arterial, seria mais relevante formular um único programa que abordasse os três aspectos descritos acima e cujas atividades fossem voltadas aos indivíduos de acordo com a necessidade de participação nas atividades.

Nesse caso, o programa estaria voltado à Área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, com enfoque na prevenção de DCNT. O programa teria, dessa forma, ações coletivas voltadas para indivíduos com sobrepeso, obesidade, DM e HAS, como por exemplo, atividade física em grupo; e ações individuais de acordo com o perfil de saúde do beneficiário, como consulta com endocrinologista, com cardiologista e nutricionista.

Cabe chamar a atenção para o fato de que no modelo que fragmenta os tipos de programas, o beneficiário fica estigmatizado por pertencer ao “grupo dos obesos”, “grupo dos diabéticos” ou “grupo dos hipertensos”. O enfoque sobre a Área de Atenção permite, dessa forma, abordar várias doenças, problemas ou situações, assim como definir que o beneficiário pertence ao “grupo de saúde do adulto e do idoso”, por exemplo, que tem o objetivo de promover saúde e prevenir DCNT.

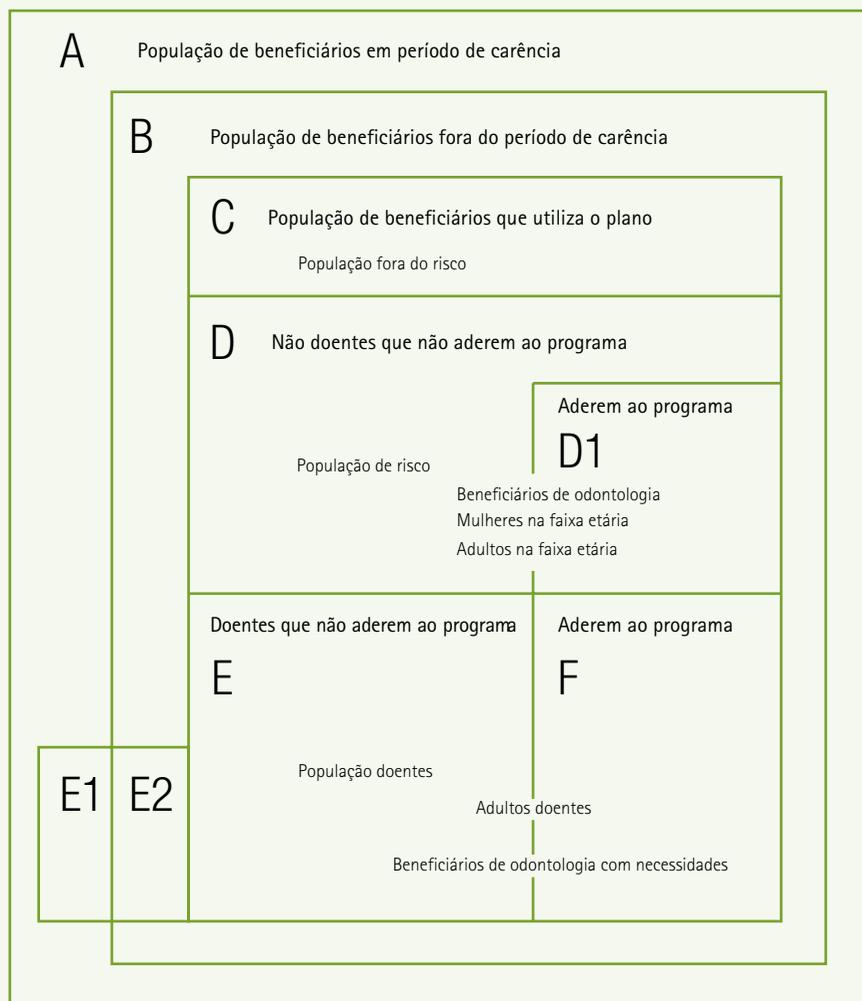
De acordo com a OMS, a adoção de programas específicos para diferentes doenças crônicas apresenta o risco de que as iniciativas sejam implementadas independentemente uma das outras, o que contribui para a fragmentação das ações de saúde. Portanto, torna-se imprescindível a abordagem integrada das doenças, problemas ou situações dentro de uma Área de Atenção à Saúde, no intuito de viabilizar o cuidado em saúde e aumentar o impacto dos programas na carteira de beneficiários.

Importa ressaltar que a adoção de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças tanto pode ser articulada às práticas voltadas ao controle de riscos específicos, como às ações de assistência individual, no plano ambulatorial, hospitalar, laboratorial e farmacêutico. Nesse

sentido, mais do que um processo de construção da integralidade do cuidado, as ações de promoção e prevenção podem ser entendidas como “transversais” ao modelo de atenção, podendo (e devendo) ser desenvolvidas em qualquer “momento” e em qualquer nível organizacional do sistema.

A figura 1 mostra, de uma forma esquemática, a composição da população da carteira de beneficiários de uma operadora de planos privados de saúde em relação ao perfil epidemiológico e utilização do plano. Essas características podem direcionar as operadoras de planos privados de saúde na busca da composição da população-alvo de seus programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Figura 1 - Composição da população da carteira de beneficiários de uma operadora de planos privados de saúde em relação ao perfil epidemiológico e utilização do plano.



Os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças oferecidos pelas operadoras de planos privados de saúde, via de regra, têm definido como alvo preferencial beneficiários doentes, geralmente referenciados dos serviços pelos quais são atendidos, população (E) representada na Figura 1, para os quais o objetivo é diminuir a incidência de intercorrências relativas às doenças abordadas, bem como evitar a ocorrência de outra condição patológica como complicação. Em geral, indivíduos não doentes da mesma faixa etária, estilo de vida e condição de risco (D) não são incorporados aos programas. No entanto, esses programas devem procurar cobrir, prioritariamente, esses indivíduos, caso contrário, correm o risco de limitar essas estratégias a programas de gestão de crônicos (F).

Doentes devem ser alvo de uma assistência integral bem conduzida, além dos programas; a população de risco deve ser induzida a eliminar o risco, objetivo dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e as ações dessas duas estratégias devem se agregar, cobrindo, de forma integral, essas duas populações.

Com vistas não só à diminuição de complicações, mas também a promover impacto sobre a incidência das doenças mais prevalentes, é importante a adoção de estratégias que estimulem e otimizem a cobertura dos extratos da carteira que contemplem o máximo de componentes da população de faixa etária, estilo de vida e condição de risco.

As operadoras devem se esforçar para estender as atividades programáticas individuais de rastreamento, diagnóstico, tratamento e controle da condição abordada para aqueles que não freqüentam os programas. Esses beneficiários, por utilizarem o plano de alguma forma, têm uma grande probabilidade de aceitarem participar dessas atividades fundamentais para a manutenção e controle do seu estado, que levaria a um aumento das taxas de cobertura das respectivas estratégias de saúde oferecidas e, por conseqüência, uma melhoria da gestão e assistência prestadas, com impacto garantido na qualidade de saúde e de vida dos beneficiários.

Abordagem em todas as fases da vida

Os comportamentos de risco são, geralmente, estabelecidos na infância e adolescência, como alimentação inadequada, tabagismo e consumo de álcool. Portanto, os programas de promoção e prevenção devem incluir a abordagem dos fatores de risco voltada para essas faixas etárias.

Abordagem multiprofissional

A abordagem multiprofissional e interdisciplinar é de extrema relevância para o desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, uma vez que favorece a inte-

gralidade das ações e a prática de programas que visam melhorar a saúde e a qualidade da assistência prestada.

Implementação de acordo com as condições da operadora e as necessidades da carteira de beneficiários

Sabe-se que muitas operadoras não possuem, de forma imediata, todos os recursos necessários para realizar todas as atividades consideradas ideais. No entanto, as atividades mais tangíveis num dado contexto devem ser implementadas, primeiramente, tendo em vista o perfil da carteira de beneficiários verificado pelo Passo 1 e os recursos financeiros disponíveis.

No que se refere ao planejamento das estratégias, todo programa de promoção e prevenção deve observar os seguintes aspectos:

- Adequação do programa à base epidemiológica e demográfica da operadora, considerando que qualquer intervenção deve estar de acordo com o perfil etário, sexo e perfil epidemiológico da carteira de beneficiários;
- Alcance da proposta (abrangência e cobertura), considerando que o impacto de medidas que atinjam um percentual pequeno de usuários será pequeno;
- Sustentabilidade da proposta, com ações de curto, médio e longo prazos, considerando que as ações de promoção da saúde têm um tempo de maturação até que se possam verificar resultados;
- Consistência técnica da proposta, com escolha adequada de referencial teórico, intervenções com eficácia conhecida e sistema de informações adequado, considerando que as intervenções devem ter impacto demonstrável e reconhecimento científico, bem como deve ter resultados mensuráveis; e
- Mecanismos de avaliação e utilização de indicadores de saúde e econômico-financeiros, com a possibilidade de aferição dos resultados pela ANS.

A formulação das estratégias de intervenção deve ser realizada de acordo com as seguintes etapas:

1. Definir a(s) Área(s) de Atenção à Saúde abordada(s) pelo(s) programa(s);

Exemplo: Saúde do Adulto e do Idoso / Saúde da Mulher

2. Definir os temas abordados pelo(s) programa(s);

Exemplo: Saúde do Adulto e do Idoso – Sobrepeso e obesidade,

diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica / Saúde da Mulher – Atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

3. Estabelecer a justificativa e os objetivos do(s) programa(s);
4. Definir a população-alvo;
5. Definir as formas de captação dos participantes do(s) programa(s);
6. Estabelecer o local de desenvolvimento do(s) programa(s);
7. Estabelecer a cobertura do(s) programa(s);
8. Definir as atividades que serão desenvolvidas pelo(s) programa(s);
9. Estabelecer a periodicidade para a realização das atividades;
10. Definir a previsão de tempo de permanência do beneficiário no programa;
11. Especificar o tipo de sistema de informação existente para armazenamento e consolidação dos dados;
12. Especificar os indicadores utilizados para avaliação e monitoramento do(s) programa(s);
13. Definir as metas relacionadas à cobertura do(s) programa(s) e aos indicadores estabelecidos;
14. Descrever as referências bibliográficas utilizadas para o planejamento do(s) programa(s) (publicações do Ministério da Saúde; publicações da Organização Mundial da Saúde; protocolos; diretrizes; consensos etc);

Passo 3 - Identificar os meios mais efetivos para a implementação das estratégias

A adoção das intervenções nos níveis local, regional ou nacional dependerá da modalidade assistencial da operadora, bem como dos diferentes estágios para a implementação das ações. Vale ressaltar que é mais provável a obtenção de impactos por seleção de um pequeno número de atividades bem realizadas e estruturadas do que da adoção de um grande número de intervenções sem uma estrutura adequada para a realização das atividades.

Dois aspectos são de suma relevância para a implementação das ações: o financiamento dos programas e a divulgação do programa entre os prestadores de serviço e os beneficiários. É de extrema importância que a operadora destine uma parte dos recursos financeiros para

os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, o que vai garantir o desenvolvimento das atividades e impedir que os objetivos sejam perdidos diante de outras prioridades.

Divulgar as informações sobre os programas desenvolvidos pela operadora entre os prestadores de serviços, principalmente aos profissionais médicos, torna-se importante na medida que esses profissionais possuem importante papel no encaminhamento de beneficiários para os programas e na sensibilização para a importância da participação e engajamento nas atividades. Os beneficiários, por sua vez, ao conhecerem os programas e acessarem os resultados e seus benefícios serão motivados a participar das ações.

Outro aspecto relevante diz respeito à reorientação dos serviços de saúde por meio de adoção de práticas cuidadoras e integrais, em vez do tradicional foco nas ações curativas e pontuais, o que é imprescindível para a incorporação progressiva das ações de promoção e prevenção. Nesse sentido, a operadora deverá:

- Promover o uso de protocolos baseados em evidências científicas;
- Enfatizar a prevenção e o manejo baseado nos riscos totais e não em fatores de riscos isolados, tendo em vista a maior potencialidade das intervenções que visam à redução de vários fatores de risco em todos os níveis de atenção;
- Implantar sistemas de informação de qualidade, a fim de gerenciar o cuidado prestado aos beneficiários e viabilizar o desenvolvimento e acompanhamento das estratégias de promoção e prevenção;
- Fortalecer a capacidade de auto cuidado pela disseminação das informações e da sensibilização dos beneficiários de planos de saúde a respeito da relevância dos programas de promoção e prevenção.

A Atenção à Saúde, entendida como o conjunto das ações de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação é considerada a dimensão prioritária do processo de regulação. Dessa forma, a Agência Nacional de Saúde Suplementar estimula as operadoras a trazerem para o seu campo de gestão a adoção do Modelo Integral de Atenção à Saúde, ainda que respeitando as segmentações contratadas, o que trará não só melhorias à saúde e à qualidade de vida dos beneficiários, mas, também, ganhos de eficiência para o setor de saúde suplementar.

Nesse sentido, a ANS dará continuidade às estratégias de indu-

ção à adoção de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, com o objetivo de estabelecer uma nova proposta de atenção mais qualificada, centrada no direito à saúde estabelecido constitucionalmente, levando em consideração as especificidades do setor suplementar, ao mesmo tempo que se coadune com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde para todo o país.

1. Promoção à saúde e mudanças nas práticas da saúde suplementar

Aluisio Gomes da Silva Junior ¹

A adoção de políticas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças vem sendo discutida no âmbito dos serviços assistenciais de forma mais sistemática a partir dos anos 1970, provocada pelas formulações desenvolvidas no Canadá e depois amplamente difundidas pela Organização Mundial da Saúde (BUSS, 2000).

Incorporadas como tecnologias às práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde, essas diretrizes políticas têm sido fortemente subsidiadas pela Epidemiologia, ganhando um vasto campo de ação (CHOR, 1999). Nos sistemas públicos de saúde, têm sido largamente utilizadas, mas o mesmo não ocorria na saúde suplementar. Esta, tradicionalmente mais voltada à assistência médica *stricto sensu* e com forte predominância das tecnologias duras e leves-duras no desenvolvimento de seus projetos terapêuticos, atuou sempre com modelos de alta densidade prescritiva e menos educativa, de prioridade para a ação após o processo mórbido se instalar, e menos na prevenção de agravos.

Recentemente, induzida pela elevação dos custos assistenciais e pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, há uma tendência, no setor, em utilizar as ações de promoção e prevenção como recursos assistenciais e até mesmo de propaganda e marketing dos cuidados que as operadoras vêm oferecendo (MALTA et al., 2004). Essa tendência tem sido generalizada, na medida

1. Aluisio Gomes da Silva Junior - Doutor em Saúde Pública. Professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

III. Quatro anos de indução a ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde – análise de especialistas

em que as operadoras vêm reconhecendo que o campo oferece cuidado eficaz e ao mesmo tempo custos mais baixos do que os tradicionalmente verificados.

Essa tendência se alinha a um processo mais amplo chamado de “reestruturação produtiva”, descrito inicialmente como um processo de mudança desencadeado pela incorporação tecnológica na saúde (PIRES, 1998). Essa reestruturação foi se demonstrando como algo que incorpora também a dimensão relacional do trabalho, seja em processos individuais ou coletivos. Por outro lado, a reestruturação produtiva não significa obrigatoriamente uma inversão das usuais tecnologias utilizadas no processo produtivo da saúde. Ela gera mudanças, mas não necessariamente produzem uma ruptura com o modelo médico-hegemônico, ou seja, o processo de trabalho pode ainda continuar centrado na lógica instrumental (MERHY E FRANCO, 2006).

Cabe aqui a seguinte questão: a promoção de saúde e a prevenção de doenças utilizadas nos processos de produção do cuidado pela saúde suplementar significam uma reestruturação produtiva no setor? A questão deve ser respondida com a análise dos processos de trabalho e suas tecnologias. Esse é o foco de nossas discussões.

Algumas propostas de ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças encontram seus fundamentos na reestruturação do setor saúde norte-americano, promovido pelo Managed Care (Atenção Gerenciada), que introduz aspectos racionalizadores baseados em critérios de eficiência e eficácia clínica que visam a impactos principalmente nos custos assistenciais (UGÁ et al 2002; IRIART 2000, 2003).

Entre essas práticas destacamos: a adoção de protocolos clínicos de investigação diagnóstica e tratamento; o gerenciamento de doenças de impacto econômico elevado; o gerenciamento de casos de assistência complexa; o monitoramento de fatores de riscos à saúde em populações selecionadas e outros. Essas práticas têm suas efetividades demonstradas no que tange à redução de custos e à diminuição da incidência de certos agravos (KAISER PERMANENT, 2006).

Entretanto, quando essas práticas ocorrem desarticuladas de práticas de humanização e investimentos em mudanças nos padrões relacionais entre profissionais de saúde e usuários ou dos profissionais entre si, não provocam mudanças na qualidade do atendimento às necessidades dos usuários. Prevalece, assim, o foco em doenças, a fragmentação do cuidado e a incapacidade de lidar com sofrimentos difusos ou pouco específicos, que representam grande parte das demandas aos serviços.

Outro conjunto de práticas que merecem observação são aquelas

destinadas à articulação e integração de fluxos assistenciais entre profissionais ou serviços, formais e informais, que asseguram ou não a continuidade do cuidado, componente fundamental para a Integralidade (SILVA JUNIOR, ALVES & ALVES, 2005). Essa preocupação em articular recursos assistenciais encontra sustentação na maior prevalência de agravos crônico-degenerativos, cuja prevenção é grandemente desenvolvida pelo diagnóstico e tratamento precoce, e pela tendência ao maior envelhecimento da população, que colocam em foco a organização da atenção à saúde (MAC ADAM, 2008).

Investigações promovidas pela ANS sobre modelos tecnoassistenciais em saúde vigentes no setor suplementar reafirmam o privilégio das operadoras e dos prestadores na oferta de procedimentos sem grande preocupação com a qualidade do cuidado gerado em termos das necessidades da população beneficiária (BRASIL/ANS, 2004).

Quando se aprofundaram os estudos na observação de linhas de cuidado oferecidas por operadoras e prestadores no estado do Rio de Janeiro, verificou-se que mesmo em problemáticas onde a literatura médica tradicional aponta como estratégias prioritárias de enfrentamento ações de promoção e prevenção, como no caso das neoplasias, tais ações são negligenciadas (PINHEIRO; SILVA JUNIOR; MATTOS, 2007).

Esse campo de forças políticas, pressionado por questões econômicas, recebe mais recentemente contribuições da própria Economia. Porter e Teisberg (2007), fazendo uma análise do sistema de saúde norte-americano, comprovam a irracionalidade daquele setor, mesmo em termos de exploração econômica. Os autores discutem como alternativas de solução a maior articulação e integração dos prestadores, o foco no beneficiário e nos resultados sobre sua saúde, atribuindo a isto valor competitivo.

Parece irônico que quase quarenta anos de crítica ao modelo hegemônico de atenção à saúde formulada pela Saúde Coletiva Brasileira venham a encontrar reforço na própria racionalidade capitalista.

A oferta de redes de cuidados articuladas, focadas nas necessidades priorizadas epidemiologicamente, e com abertura para as subjetividades e aflições dos beneficiários é o desafio da modelagem tecnoassistencial do setor saúde como um todo. O uso intensivo de tecnologias leves que possibilitem a melhor escuta aos sofrimentos, ampliando a capacidade clínica e melhorando as escolhas e utilizações das tecnologias duras e leves-duras; vínculos responsáveis e competente coordenação dos cuidados em redes, são apostas para melhores resultados com custos suportáveis.

A indução de práticas de promoção e prevenção vem colhendo bons frutos na ampliação do debate junto às operadoras e aos prestadores. A incorporação de ações programáticas vem aumentando, mas as dúvidas sobre uma possível reestruturação produtiva com mudanças substantivas nos processos de trabalho em saúde ainda persistem (CAVALCANTE, 2006; COELHO 2007).

Processos avaliativos que verifiquem o cotidiano das práticas de saúde setorial e sua direcionalidade na construção de um sistema de saúde mais cuidador se impõem (SILVA JUNIOR et al 2008). Talvez este seja o desafio da próxima etapa da Política de Qualificação da Saúde Suplementar capitaneada pela ANS.

Por fim, cabe lembrar que a Integralidade no setor suplementar é limitada pela abrangência dos contratos estabelecidos entre beneficiários e operadoras. Esses limites têm sido ampliados pela ação regulatória da ANS e pelos questionamentos no Judiciário. Os órgãos de defesa do consumidor, os movimentos de beneficiários, associações profissionais, grupos de pressão das operadoras, a mídia e outros atores têm também tencionado essas limitações no cuidado integral, tanto na ampliação como na redução de coberturas. Conforma-se, assim, o que Lenir Santos (2006) chamou de Integralidade Regulada, um campo de tensões onde o poder público tem um importante papel na garantia e expansão de direitos. A compreensão desse contexto nos orienta na preservação da relevância pública que a saúde assume em nossa sociedade e nas escolhas políticas que promovam o bem-estar coletivo.

Referências Bibliográficas

BRASIL/ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar-Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 270 p.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde coletiva*, 2000, vol.5, no.1, p.163-177.

CAVALCANTE, A. P. Avaliação dos Programas de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar, apresentados e aprovados pela ANS e Apresentação de experiências que obtiveram êxito. III Seminário Nacional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças no setor de saúde suplementar (Rio de Janeiro – 13 de dezembro de 2006).

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão

- contemporânea. Cad. Saúde Pública, Abr. 1999, vol.15, no. 2, p.423-425.
- COELHO, K. S. C. Política de Indução das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, na Saúde Suplementar. V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde. ABRASCO. (Salvador – 13 a 18 de julho de 2007).
- IRIART, A. C. Atenção gerenciada: instituinte a reforma neoliberal. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- KAISER PERMANENT. Apresentação para a ANS por M P Porter. Seminário Nacional de promoção em saúde e prevenção de doenças. Rio de Janeiro: ANS. Disponível em www.ans.gov.br. Acessado em 13 dez. 2006.
- LENIR SANTOS. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. Revista do CONASEMS. setembro /outubro, n.19; 2006:46-47.
- MALTA, D. C; CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O.; COSTA, M. A.; et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(2):433-444.
- MAC ADAM, M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic review. CPRN Research Report. April 2008.
- MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Reestruturação Produtiva em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2006 p. 225:230.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume/CNTSS; 1998.
- _____. Relatório parcial do projeto de pesquisa Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2003.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A G; MATTOS, R A (Orgs.). Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas / Organizadores: – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 254p.
- PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos - Porto Alegre: Bookman,2007.

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

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, M. G. M. SILVA, V. M.N. MASCARENHAS, M.T.M.; CARVALHO, L.C. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1489-1500, 2008.

UGÁ, M. A. D. et al. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: TEIXEIRA, A. (Org.). Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da atenção médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

2. Refletindo sobre a caminhada

Alzira de Oliveira Jorge ¹

Foi-me dada a importante tarefa de fazer uma reflexão sobre a caminhada da ANS na proposição e construção de mecanismos indutores para a implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar por parte das operadoras de planos de saúde. E a primeira coisa que me ocorreu é que há cerca de cinco anos este era um tema quase proibido no setor, pois era considerado por todos como prerrogativa e papel restrito ao setor público, incluindo vários técnicos da ANS que apostavam que era impossível induzir essa prática entre operadoras e prestadores da assistência suplementar.

Nessa época predominava na ANS uma vertente regulatória centrada na dimensão econômico-financeira onde a avaliação e regulação da atenção à saúde tinham espaço de atuação restrita (JORGE, REIS, COELHO, 2007).

Com a chegada de profissionais oriundos da esfera pública da saúde e sanitaristas com formação em gestão e planejamento em saúde, começa a ser questionada essa perspectiva a partir da visão de que, apesar de se tratar da regulação do setor privado, o produto que é colocado no mercado tem a especificidade de ser um plano de saúde. Ou seja, o que está à venda é um produto que oferece ações e serviços de saúde desenvolvidos por profissionais de saúde, que se constituem em sujeitos sociais, interagindo com outros sujeitos sociais que são os usuários ou beneficiários desses planos de saúde. E isto é completamente diferente do que se pensar e construir processo regulatório para atuar sobre outro tipo de mercadorias como bens móveis, imóveis, entre outros. Para isso, necessita também de outro olhar que incorpore como dimensão prioritária do componente regulatório a dimensão da atenção à saúde.

Ao se olhar e começar a regular de forma significativa essa dimensão, a ANS foi adentrando e percebendo a insuficiência do modelo assistencial desenvolvido no setor suplementar para dar conta do adequado enfrentamento do processo saúde/doença dos beneficiários de

1. Alzira de Oliveira Jorge - Médica Sanitarista com Doutorado em Saúde Coletiva, atualmente Gerente de Regulação e Atenção Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, mas que teve o privilégio de durante 3 anos (de 2004 a 2006) trabalhar na ANS na Gerência-Geral Técnico-Assistencial de Produtos da DIPRO e também como Diretora Adjunta da DIPRO e Secretária Executiva da ANS.

planos de saúde. Apesar da complexidade da situação epidemiológica desta população (e vale destacar de toda a população brasileira), com o aumento crescente das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em convívio com várias doenças transmissíveis, o envelhecimento da população e as características desse envelhecer com novas necessidades de cuidado em saúde, o atual modelo assistencial era e, ainda é, em boa medida pautado pelo consumo acrítico de ações curativas, centradas no médico com intervenção restrita à oferta de consultas, exames e internações. O que tem como conseqüência apenas o consumo cada dia maior de novos procedimentos médicos, sem necessariamente impactar a qualidade de vida e saúde desses cidadãos.

Um marco importante dessa discussão dentro da ANS foram duas pesquisas coordenadas por pesquisadores de Campinas e Belo Horizonte que, através de um trabalho empírico junto a operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor em quatro cidades brasileiras, evidenciaram as principais características do modelo de atenção praticado na suplementar: fragmentação do cuidado, ênfase em procedimentos, nas diretrizes biologicistas e interesses de mercado onde

“... a assistência à saúde se tornou algo extremamente sumário, centrado no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde/doença referentes às condições sociais, ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando-se apenas as questões biológicas. Outro problema do modelo atual está no seu custo, extremamente elevado, porque utiliza como insumos principais para a produção recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos, como se estes tivessem um fim em si mesmos e fossem capazes de restabelecer a saúde por si só. São produzidos atos desconexos sem uma intervenção competente, articulada, cuidadora, reduzindo-se, portanto, a eficácia da assistência prestada nos serviços de saúde. Outro movimento que vem produzindo a fragmentação do cuidado consiste na crescente especialização dos médicos e demais profissionais da saúde, o que acarreta redução da capacidade resolutiva, da abordagem sob a perspectiva da integralidade, o que por sua vez aumenta a alienação desses profissionais em relação ao trabalho e seus resultados. Isso porque na medida em que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção, em tese, ninguém pode ser responsabilizado

pelo resultado do tratamento como um todo. (MALTA et al, 2005, p. 146-147) [...] Não é fácil construir novos referenciais, mas a saúde suplementar terá que ser repensada sob essas novas bases, assentando-se em atos cuidadores que retomem a dimensão do vínculo no seu cotidiano, orientando o seu papel regulador a partir da ótica do usuário (MALTA et al, 2005, p. 153).

E os novos referenciais propostos pelos autores que levaram a uma reflexão dentro da ANS acerca da necessidade da reestruturação do atual modelo assistencial em busca de um novo modelo que garanta a atenção integral em saúde são:

- Ampliação do conceito da saúde/doença, entendendo-o de forma ampla e com necessidade de intervenções em todas as fases e dimensões desse processo que vão desde ações de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças até o tratamento e reabilitação necessários à recuperação da saúde desse cidadão ou, no mínimo, à prevenção de complicações e garantia de monitoramento do processo de doença já instalada para uma convivência harmônica e controlada com participação e contribuição do auto cuidado por parte do usuário;
- Articulação e integração dos diversos níveis assistenciais trabalhando em rede e de forma matricial através das denominadas redes ou linhas de cuidado. Segundo Cecílio e Merhy (2003), o desenho da linha do cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos extremamente dinâmicos, aos quais está associada a imagem de uma “Linha de Produção” voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades. Essa proposta de intervenção constitui-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visem à integralidade do cuidado e integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, permitindo não só a condução oportuna e responsável das diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis da atenção, como também uma visão global das condições de vida desses sujeitos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007);
- Construção de trabalho multidisciplinar articulado e solidário onde a equipe, entendendo o cuidado como caracte-

rística essencial do ser humano, pressupõe uma postura de convivência e interação, como definido por Boff (1999);

- Construção de nova relação entre os trabalhadores da saúde e os usuários dos serviços e ações baseada no fortalecimento do vínculo e responsabilização entre esses, numa nova e mais produtiva relação de confiança e cumplicidade;
- Desenvolvimento e indução de uma nova postura do usuário em relação à sua saúde onde o estímulo ao auto conhecimento deste por parte do seu processo saúde/doença possa gerar a adequada responsabilização pelo autocuidado, abrindo possibilidade da construção de maior autonomia para ele próprio definir o “seu andar na vida”, conforme nos orienta Merhy (1997);
- Estímulo à gestão compartilhada e democrática dos serviços e sistemas buscando a adesão e o comprometimento dos trabalhadores com essa nova postura ético-profissional e centrada no usuário;
- Compromisso de todos com a avaliação dos resultados e monitoramento dos impactos na saúde e vida dos beneficiários de planos de saúde, sempre na busca de serviços de maior qualidade assistencial.

Assim, a partir de 2004 esse novo horizonte e perspectiva regulatória levam a ANS a desenvolver uma série de iniciativas no sentido de reverter o modelo técnico assistencial desenvolvido por operadoras e prestadores da saúde suplementar e induzir novas práticas assistenciais. E, para isso, define duas estratégias consideradas fundamentais para o alcance desse objetivo: o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o estímulo ao desenvolvimento dos programas de promoção e prevenção. O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, além da mudança do modelo assistencial, pressupõe uma mudança no papel do conjunto dos atores do setor suplementar, onde as operadoras de planos de saúde tornem-se também gestoras de saúde, os prestadores ao invés de meros consumidores de procedimentos também se constituam como produtores de cuidado em saúde (ou cuidadores), os beneficiários tornem-se usuários com consciência sanitária e a ANS, órgão regulador cada vez mais qualificado e eficiente para regular um setor que, fundamentalmente, objetiva produzir saúde. Para isso, define uma série de indicadores em quatro dimensões, a de atenção à saúde, a econômico-financeira, a de estrutura e operação dos planos e a de satisfação dos beneficiários, que, progressivamente, vai avaliando

o desempenho das operadoras e da ANS na perspectiva de uma melhor prestação de serviços e resultados em todas as dimensões propostas.

Nesse programa, que evolui para a Política de Qualificação da ANS, os indicadores de monitoramento de desenvolvimento de programas de promoção e prevenção por parte das operadoras têm papel destacado, pois esta foi uma estratégia considerada como das mais relevantes para indução de novo modelo de atenção à saúde. Isso porque, conforme já apontado no início desta publicação, a grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população é passível de prevenção.

A fim de criar novas possibilidades de se caminhar nessa direção, a ANS, a partir de dezembro de 2004, organiza seminários anuais para discussão, aprofundamento sobre o tema da promoção e prevenção, bem como apresentação de experiências nacionais e internacionais demonstrando o êxito do desenvolvimento desses programas e seus resultados. Já realizados quatro seminários, pode-se ressaltar a importância que esses fóruns tiveram na disseminação da idéia e contribuição para a construção dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, entendidos como estratégias importantes para revisão dos processos de trabalho em direção a novas práticas.

Em março de 2005, é publicado o primeiro normativo para o estímulo concreto ao desenvolvimento desses programas por parte das operadoras, através da Resolução Normativa (RN) nº 94. Apesar de não contemplar todas as modalidades assistenciais das operadoras de planos e se restringir a cerca de 220 operadoras, este foi um diagnóstico inicial de como estava o setor em relação aos programas e o resultado foi: uma baixa abrangência e cobertura desses programas com pequeno número de usuários aderidos; baixa consistência técnica dos programas, baseados em ações sem evidência de eficácia e ausência de monitoramento e avaliação das ações.

A partir daí, a ANS identificou a necessidade de um maior suporte técnico para as operadoras qualificarem a organização e planejamento desses programas. Além de inúmeras reuniões, seminários e palestras sobre o tema e as metodologias mais adequadas para planejamento, organização e monitoramento desses programas, os técnicos prepararam a edição de dois Manuais Técnicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, bem como a disponibilização no site de materiais técnicos para subsídio e assessoria a operadoras e prestadores sobre o tema, com base em evidências científicas.

Outras ações desenvolvidas foram a busca de uma maior integração com o Ministério da Saúde através da participação nos seminários e

comitês sobre a promoção da saúde, além da incorporação da saúde suplementar nas pesquisas e inquéritos relativos aos mesmos.

E, mais recentemente, em maio deste ano, através do Requerimento de Informações, a ANS consegue consolidar um diagnóstico bem abrangente da atual situação do desenvolvimento dos programas de promoção e prevenção por parte dos planos de saúde no Brasil. E esta publicação tem como objetivo principal a apresentação desses resultados.

Vale a pena destacar alguns resultados já apresentados anteriormente:

1) Foi surpreendente o ótimo retorno por parte das operadoras em relação ao requerimento de informações, ou seja, 73% das operadoras responderam, contemplando um conjunto de 96,5% das operadoras com beneficiários. Isso se constitui em um diagnóstico extremamente abrangente e consistente da realidade das operadoras que desenvolvem programas com conhecimento de quase todo o universo de beneficiários de planos de saúde;

2) Quase metade das operadoras (47,4%) declarou que realizam programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e essas correspondem a 80% do total de beneficiários de planos de saúde, ou seja, boa parte das operadoras contemplando a maioria dos beneficiários de planos de saúde desenvolvem algum tipo de programa de promoção ou prevenção. Entretanto, quando se aprofunda a análise, observa-se que: esses programas ainda têm baixa cobertura, ou seja, atingem apenas uma população restrita de usuários (grande parte dos programas possui até 20% de cobertura); desenvolvem ações ainda muito focadas no médico com intervenções que impactam pouco os indicadores de saúde (a maioria relatando a distribuição de materiais educativos e realização de palestras esporádicas); além de terem pouca prática de avaliação das estratégias ou ações desenvolvidas. Por outro lado, quase 70% das operadoras já realizam mapeamento periódico para obtenção de perfis de morbi-mortalidade da carteira de beneficiários e, apesar da maioria se tratar de análise da frequência de internações, exames e consultas, ou seja, da prestação de serviços/procedimentos produzidos, cerca de 40% das operadoras já começam a desenvolver questionário de perfil de saúde de seus beneficiários. Num sinal de que o conhecimento do perfil demográfico e de morbi-mortalidade das carteiras começa a despontar como instrumento importante para a gestão e planejamento nessas empresas;

3) 86% das operadoras declararam possuir equipe própria

para o planejamento dos programas, o que demonstra a preocupação com a profissionalização e institucionalização destes programas dentro do conjunto das ações de saúde e gestão desenvolvidas;

4) Observou-se um aumento do número de operadoras que desenvolvem programas de promoção e prevenção com maior importância a partir de 2004. E quando se analisam os resultados da 1ª RN, de 2004, com este Requerimento de Informação (RI) deste ano, tem-se os seguintes dados: em dezembro de 2006 após análise e consolidação dos programas da RNº 94, identificou-se que 133 operadoras desenvolviam programas de promoção ou prevenção significando apenas 8% do total das operadoras do mercado, já em março de 2008 com a consolidação das informações do RI este número pula para 47,5% do total das operadoras. É necessário alertar que a RN nº 94 abarcou apenas uma pequena fatia de todo o mercado e teve o viés de terem aderido apenas aquelas operadoras que queriam ser contempladas pelo diferimento das provisões técnicas da RDC nº 177, portanto, o diagnóstico não era preciso, considerando apenas algumas modalidades assistenciais e não contemplando o universo das operadoras. Já o RI, pela sua representatividade, pode-se afirmar que apresenta um diagnóstico bem próximo da realidade do setor hoje;

5) Para aproveitar o exemplo de alguma área de atenção específica, gostaria de destacar a Saúde da Mulher, na qual, apesar do desenvolvimento de programas em relação à atenção ao parto e puerpério ter sido relatado por 75,6% das operadoras, quando se aprofunda para verificação do que é verdadeiramente desenvolvido, observa-se que a maioria informou que não possui estratégias de incentivo para que obstetras realizem partos normais, que apenas 20% possuem protocolo ou diretriz com boas práticas sobre o manejo do trabalho e parto e, apesar de cerca de 60% das operadoras fazerem levantamento sobre a proporção de cesarianas realizadas por cada obstetra/maternidade, apenas 32% das operadoras repassam essa informação aos obstetras para redirecionamento do processo de trabalho e somente 8% informam as mulheres sobre esses resultados. Isso apenas corrobora os resultados encontrados nessa área na realidade brasileira na medida em que mais de 80% de todos os partos no setor são cesáreas, com a grande maioria constituídos por cesarianas, consideradas desnecessárias quando vistas à luz da literatura internacional. Isso demonstra como alguns programas, se não desenvolverem ações/iniciativas que atinjam

precisamente as fragilidades do problema a ser enfrentado, não terão qualquer impacto assistencial.

Esse exemplo é uma síntese e bem demonstrativo da necessidade de se planejar bem e desenhar estratégias que efetivamente atinjam os problemas a serem enfrentados. Nesse caso, dada a quantidade de variáveis que interferem nessa realidade, há que se repensar detalhadamente as iniciativas a serem definidas. E, ainda, sinalizam um sintoma importante a ser entendido e trabalhado pelo sistema de saúde: numa área como esta, para haver mudanças há que necessariamente se romper com a atual lógica de organização dos serviços e do trabalho médico, pois se não se romper o atual paradigma assistencial vivenciado pela área de atenção à saúde da mulher no Brasil, não haverá mudança concreta. Dessa forma, para além de bons e adequados programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças da mulher e gestante, há que se trabalhar, também, com a readequação do atual modelo de atenção à saúde da mulher, repensando a forma de organização dos serviços, seu financiamento, incorporação de outros profissionais, especialmente a enfermeira obstétrica e o monitoramento do processo de trabalho médico e seus indicadores de saúde, incluindo o acompanhamento da melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal;

6) Começa a aparecer o trabalho de outros profissionais, como o nutricionista e o psicólogo, na atenção à saúde dos usuários. Este é um começo, mas precisa ser aprofundado através da incorporação dos outros profissionais de saúde e seus saberes específicos que tanto têm a contribuir para a qualificação assistencial e a mudança do processo de trabalho em saúde. De forma que esse passe a ser multidisciplinar, em equipe, e integrado para garantir ao usuário a implementação de um projeto terapêutico único, compartilhado e solidário, onde todos contribuam e sejam cúmplices de um cuidado integral à saúde desse beneficiário, portador de necessidades e demandas que são específicas e únicas;

7) Apesar de quase metade das operadoras ainda não ter realizado avaliação dos seus programas em desenvolvimento, entre aquelas que já o fizeram, observou-se que a maior parte refere ter resultados positivos em relação à redução de custos ou consumo de procedimentos, como exames, consultas ou internações, em contraposição a resultados que signifiquem aumentos, seja em número de procedimentos ou em incremento

de custos assistenciais. Isso demonstra uma melhor gestão em termos de eficiência e recursos disponíveis, o que é altamente valorizado pelas operadoras e, é óbvio, por todos os que primam por uma mais racional e adequada utilização dos recursos da atenção à saúde. Isso é bem-vindo, pois a partir de uma gestão mais eficiente e racional pode-se investir e incrementar outras áreas ainda não trabalhadas.

Olhando para toda essa caminhada da ANS, buscando induzir novas práticas assistenciais que tenham como referência central o usuário ou beneficiário de planos de saúde e suas necessidades de saúde, é necessário considerar que:

- Apesar de processo ainda inicial e que em muito necessita ser aprofundado na direção de que todas estas intervenções ou estratégias tenham como consequência um novo modelo assistencial de qualidade e resolutivo em relação às demandas de seus usuários, começa a mudar a perspectiva do pensar na saúde suplementar sobre a forma de organizar e planejar o seu sistema de saúde. Ou seja, já não é mais possível admitir uma prestação de serviços que se restrinja a ofertar para os seus usuários tão somente ações curativas, como consultas, exames e internações sem qualquer consequência sobre os resultados e impactos assistenciais desse modelo centrado na produção de procedimentos. A ANS, os próprios usuários e aqueles que têm compromisso com o oferecimento de serviços resolutivos e efetivos já apontam para a necessidade de uma ampliação do olhar sobre o processo saúde/doença, onde a rede constituída contemple a diversidade de alternativas assistenciais necessárias à promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, tratamento e reabilitação;
- É clara a grande contribuição das ações de promoção e prevenção em várias operadoras que quiseram rever o modelo, já apresentando alguns resultados de mudança de processo de trabalho e melhoria da qualidade assistencial e redução de custos;
- Apesar de as operadoras serem especialmente motivadas pelo componente da eficiência e redução de custos que vem junto com a implantação dos programas de promoção e prevenção se, nesse processo, se assumir adequadamente a nova proposta e seus pressupostos como repensar a forma de assistir e cuidar, incorporar novos atores, tais como os outros profissionais de saúde e o estímulo à presença mais

ativa do usuário na definição do seu cuidado em saúde, isso não tem qualquer problema. Pois essa nova perspectiva com certeza vai pressionar pela construção de novas estratégias assistenciais que podem se constituir no início de um novo modelo de atenção em saúde;

- Sabe-se que os resultados até aqui conquistados são promissores, mas é necessário atentar que muito há ainda a ser feito e aprimorado: oferecer maior suporte às operadoras e prestadores para que viabilizem programas com estratégias mais adequadas, de forma a efetivamente cuidar/vigiar o caminhar dos usuários na rede; estímulo à implementação de projeto terapêutico adequado às necessidades dos usuários, ofertando e articulando os serviços de forma integrada e multidisciplinar; e monitoramento adequado dos resultados alcançados, sejam eles do ponto de vista assistencial ou financeiro, entre outros desafios;
- Mas é certo, também, e torna-se imprescindível ressaltar, nesta altura da caminhada, que os primeiros e principais passos já foram dados e o processo regulatório na ANS encontra-se no bom caminho, ou seja, induzindo e criando a cada dia novas e mais potentes estratégias que apontem para novas práticas assistenciais, demonstrando a necessidade de reverter o atual modelo que tem se mostrado ineficaz, ineficiente e incapaz de impactar positivamente a saúde de seus usuários. Com certeza muito há ainda por fazer, mas o caminho construído até aqui aponta para um horizonte promissor que, se for vislumbrado e abraçado pelo conjunto dos atores envolvidos no processo (operadoras, prestadores, usuários e órgão regulador), pode, lá na frente, apontar para um setor de saúde suplementar sustentável, eficiente, efetivo e que prime pela prestação de serviços e ações de saúde que impactem a qualidade de vida e saúde de seus beneficiários. O que, por si só, já é uma aposta e tanto.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar: manual técnico. 2ª ed.rev.e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 164 p.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003 (Mimeo).

JORGE, A.O.; REIS, A.T.; COELHO, K.S.C. A perspectiva da Promoção à Saúde e a Prevenção de Doenças no Setor Suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: história e práticas. Rio de Janeiro: ANS, Brasília, DF: OPAS, 2007 . p. 109-128.

MALTA, D.C.M.; JORGE, A.O.; FRANCO, T.B.; COSTA, M.A. Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas Faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. MALTA, D.; CECÍLIO, L. C.; JORGE, A.; ACIOLE, G. (Orgs.). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 270 p. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). Cap. 5: p.143-160.

MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.



Ministério
da Saúde



www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 701-9656

Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro-RJ 20021-040