



LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Organização Pan Americana de Saúde – OPAS

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Brasília - DF
2012

© 2012 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
Tiragem: 1.ª edição – 2011 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ
Tel.: +5521 2105 0000
Disque ANS: 0800 701 9656
Home page: <http://www.ans.gov.br>
E-mail: ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria de Fiscalização – DIFIS
Diretoria de Gestão – DIGES
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS/DIPRO
Gerência de Monitoramento Assistencial/GMOA/GGRAS/DIPRO

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde/Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil

Versão disponível para download: www.inovacaoemsaude.org ou www.apsredes.org

Equipe Técnica
Elisandrea Sguario Kemper, Fernando Leles, Flavio Goulart, Katia Audi Curci, Martha Regina de Oliveira, Michael O'Donnell,
Michelle Mello de Souza Rangel, Simone Mendes

Organização
Alberto Ogata

APRESENTAÇÃO.....	5
LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO – INOVAÇÃO E CONHECIMENTO	7
1. HISTÓRICO.....	7
2. PORQUE INOVAR.....	8
3. PROCESSO DA INOVAÇÃO.....	9
4. LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO	11
5. LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES ASSISTENCIAIS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
PANORAMA DAS MUDANÇAS NO MODELO ASSISTENCIAL NO SUS	15
1. AS GRANDES TRANSFORMAÇÕES DOS ANOS 90 E A FORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NO SUS	15
2. A CRISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE E OS MODELOS ASSISTENCIAIS	18
2.1. Condições crônicas x agudas	20
2.2. O enfoque na Atenção Primária à Saúde (APS)	22
2.3. Desafio da integralidade	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM BREVE HISTÓRICO	27
1. HISTÓRICO.....	27
1.1. Resolução Normativa nº 264.....	36
1.2. Instrução Normativa nº 35	38
1.3. Resolução Normativa nº 265.....	38
1.4. Instrução Normativa nº 36	39
2. RESULTADOS DOS PROGRAMAS	40
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

POR QUE ESTIMULAR AS INOVAÇÕES ASSISTENCIAIS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR?.. 47

1. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	51
2. MODELOS DE ATENÇÃO À SAUDE	52
3. INTEGRAÇÃO ENTRE MEDICINA ASSISTENCIAL E SAÚDE OCUPACIONAL.....	54
4. DIRETRIZES CLÍNICAS.....	56
5. ESTILO DE VIDA	57
6. PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

UMA PROPOSTA DE REVISÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM EM PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO AMBIENTE CORPORATIVO 67

1. UMA VISÃO DE FUTURO PARA A SAÚDE.....	67
2. RENOVANDO O PROCESSO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM SAÚDE.....	69
2.1. Primeiro passo – Esteja pronto	70
2.2. Segundo passo – Avalie sua saúde.....	70
2.3. Terceiro passo – Estabeleça metas.....	71
2.4. Quarto passo – Construa conhecimentos.....	72
2.5. Quinto passo – Criar hábitos.....	73
2.6. Sexto passo – Ajudar as outras pessoas	74
3. PORTFÓLIO BALANCEADO COM ABORDAGENS ESTRATÉGICAS PARA A MUDANÇA.....	75
3.1. Sensibilização.....	75
3.2. Motivação	76
3.3. Conhecimento.....	79
3.4. Oportunidade.....	79
4. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

APRESENTAÇÃO

Esta publicação apresenta o produto de desenvolvimento da primeira fase do Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar, uma parceria para cooperação técnica entre a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Os Laboratórios podem ser definidos como espaços de identificação, análise e compartilhamento de experiências inovadoras, que visam valorizar e sistematizar práticas, instrumentos e metodologias de trabalho efetivas e inovadoras para o aperfeiçoamento da gestão na área da saúde.

O Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar tem por objetivo identificar e compartilhar experiências significativas de inovação nas práticas de gestão assistencial das operadoras de planos privados de saúde, resgatando e analisando os processos, ferramentas e instrumentos desenvolvidos, permitindo transformar o conhecimento tácito em conhecimento explícito e disponibilizando à sociedade, ao setor suplementar e à outros atores interessados, o acesso a essas valiosas informações.

Esta primeira etapa do projeto, dedicada à identificação e análise dos desafios que o tema requer, apresenta o desenho do projeto e as expectativas desse laboratório de fundamental importância para a saúde suplementar.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS



LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO – INOVAÇÃO E CONHECIMENTO

Elisandréa Sguario Kemper e Fernando Antonio Gomes Leles

1. HISTÓRICO

Os Laboratórios de Inovação são espaços de produção de evidências e de gestão do conhecimento, a partir de práticas, processos, ferramentas, programas e políticas inovadoras na área da saúde. Foi desenvolvido como uma proposta metodológica para produzir, qualificar, sistematizar e divulgar as inovações em saúde, inicialmente no âmbito do SUS e com foco nas Redes de Atenção e Atenção Primária em Saúde. Essa proposta vem sendo desenvolvida e aperfeiçoada desde 2008 e faz parte do escopo de cooperação técnica entre OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde.

A ideia dos laboratórios de inovação surgiu como uma proposta de criar comunidades de inovadores, ou potenciais inovadores, que precisam de ferramentas para poder intervir de forma eficiente nos problemas de gestão. Parte do pressuposto de que muitas experiências significativas são produzidas, porém carecem de sistematização e de espaços que propiciem a análise mais aprofundada dos problemas e o compartilhamento de soluções.

Dessa forma, os laboratórios visam transformar o conhecimento tácito em explícito, permitindo a troca de informações por meio da construção de redes de atores interessados em determinado tema em comum.

O escopo dos laboratórios foi ampliado, abrangendo temas como inclusão dos cidadãos nas políticas públicas, inovações na saúde suplementar, atenção hospitalar, protagonismo dos estados na construção de redes temáticas, envelhecimento saudável, saúde do adolescente, manejo da obesidade, manejo das condições crônicas, gestão e governança, permanecendo aberto

à inclusão de novos temas desafiadores para os sistemas de saúde. Da mesma forma a metodologia, que por não se tratar de um método rígido e linear, mas sim, dinâmico e flexível de acordo com as exigências do tema, vêm sofrendo modificações e adaptações, procurando evoluir no alcance dos resultados e dos objetivos principais que são produzir evidências e conhecimento.

Essa metodologia está se disseminando, por meio da ampliação da parceria e do apoio para desenvolvimento dos laboratórios, incluindo diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, Conass, Conasems, secretarias estaduais e municipais de saúde, ANS e CNS. Destaca-se também o investimento na divulgação dos resultados e conhecimentos produzidos por meio de um Portal web, de série técnicas com conteúdos exclusivos dos laboratórios, ciclos de debates e intercâmbios de experiências nacionais e internacionais.

2. PORQUE INOVAR

Nas últimas décadas, as dinâmicas sociais imprimiram grandes mudanças nas sociedades, gerando uma complexidade social, econômica, demográfica e ambiental sem precedentes e que lançou importantes desafios para os sistemas de saúde.

As pressões fiscais e sociais decorrentes das mudanças da economia global exigem reformas adicionais no setor saúde, que combinem melhores práticas clínicas com mecanismos organizacionais e gerenciais eficientes. De acordo com Saltman (2011), considerando o aspecto organizacional, os sistemas de saúde podem ser caracterizados como o sistema mais complexo da sociedade moderna, em termos de complexidade de atores, da extensa gama de produtos e atividades envolvidas e de várias formas utilizadas pelos serviços para atender as expectativas dos usuários.

A receita do 'mais do mesmo' não funciona. Muitas vezes, são necessárias mudanças profundas nos instrumentos de gestão. O problema da incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde não se resolve aumentando

a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, eficiente e equitativa. Ou seja, é preciso introduzir mudanças que resultem num melhoramento concreto e mensurável, que pode envolver diferentes áreas, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, para um gestor a inovação é uma função fundamental e, além de incorporar a inovação, ele precisa de competências para poder administrar o processo de mudança, visando conter os custos e os tempos, minimizar os riscos e maximizar o impacto. Infelizmente, não há livros ou manuais que expliquem como inovar e o processo de aprendizagem requer necessariamente experiência. Por isso, conhecer outras experiências pode ajudar o gestor nos seus esforços para melhorar os processos e resultados em saúde (BRASIL, 2011).

Para o professor do Imperial College London – Rifat Atun, um especialista na área de inovação em saúde – a baixa adoção de inovação nos sistemas de saúde significa perda da oportunidade de avançar na redução da morbidade e mortalidade. A inovação está no centro dos processos de avanço tecnológico e tem, de fato, capacidade de resolver muitos problemas em saúde. Ainda segundo o autor, inovação é uma das chaves para superar as inequidades em saúde e para aumentar a produtividade do setor saúde. Ou seja, é cada vez mais necessária a geração e utilização de novos conhecimentos e a superação das barreiras que impedem a adoção das inovações (Atun, R.; Sheridan, D. 2007).

3. PROCESSO DA INOVAÇÃO

De acordo com os referenciais¹ que embasaram a criação e o desenvolvimento dos laboratórios de inovação, o conceito utilizado para inovação em saúde é a de introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas

1 Howitt (2012); Saltman (2011); Atun et al (2011); Omachonu e Einspruc (2010); Maltin e Samuels (2009); Atun e Desmond (2007); Atun e Kleyn (2007); Atun e Menabdeb (2006) e William e Ham (s/d);

ou políticas criadas para atender um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades ou organizações. Essa definição destaca o valor social da inovação, ou seja, não basta ser novo ou somente uma sofisticação tecnológica, mas sim, os resultados positivos que ela produz para os indivíduos ou coletividade.

Destacam-se como atributos da inovação as ideias, o processo ou os produtos novos ou que melhoraram processos já existentes, a aplicação prática e a geração de benefícios. Para ser chamada de inovadora, uma mudança deve produzir benefícios e a eficácia desses benefícios tem de ser comprovada (Brasil, 2011).

A inovação envolve um processo que não pode ser linear, devendo necessariamente ser levado em conta o contexto em que ela está sendo desenvolvida, a receptividade, a escala na utilização da inovação e incentivos para o desenvolvimento, criando uma cultura de inovação.

O processo de adoção da inovação é complexo, portanto, é importante criar um ambiente favorável que inclui a percepção do problema, o envolvimento tanto dos usuários quanto dos gestores como agentes ativos no processo, a avaliação da necessidade e urgência e, muitas vezes, é necessário recorrer a mecanismos que superem as barreiras da adoção da inovação.

A inovação deve estar embasada por evidência e ser traduzida e aplicável aos sistemas de saúde, considerando-se o ritmo e o tempo necessário para garantir a sustentabilidade da inovação.

É preciso também criar mecanismos para incentivar a produção da inovação, facilitar a adoção e difusão, compreendendo que para uma boa implantação da inovação o processo deverá ser apoiado e incentivado, com ênfase nos ganhos e resultados positivos a ser obtidos, derivados do trabalho coletivo e de boa liderança (Willians and Ham, s/d).

4. LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO

O desafio dos laboratórios de inovação é transformar o conhecimento valioso, porém tácito, instituído pela iniciativa e criatividade dos gestores, em instrumentos práticos e explícitos para o benefício de comunidades interessadas pelo mesmo tema. Na prática, os laboratórios buscam valorizar experiências inovadoras, resgatando e analisando os processos, as práticas, as ferramentas e os instrumentos que foram desenvolvidos.

Vem se tornando uma ferramenta potencial para a produção e disseminação de conhecimentos e de evidências, a partir de práticas e experiências locais implementadas no SUS e na saúde suplementar.

A estratégia de desenvolvimento dos laboratórios prevê algumas etapas e resultados comuns, que inicia sempre com a seleção do tema a ser trabalhando durante o período de um ano, seguido por três fases, a preparatória, a operacional e a fase de resultados. Como foi dito, a metodologia não é rígida, devendo ser adaptada de acordo com o contexto e o tema que vem sendo abordado e, podendo ao longo do processo de desenvolvimento, incorporar 'inovações' também no método.

Estratégias

A. Fase Preparatória: Seleção do Tema, Revisão bibliográfica e Formação do Grupo de Trabalho.

Essa fase inicia com escolha do tema objeto do laboratório e pela constituição do grupo de trabalho e identificação do coordenador do grupo, que irá conduzir o processo. Segue pela etapa de estudo, com a pesquisa e revisão da literatura nacional e internacional recente sobre o tema, com a possível identificação de experiências internacionais e especialistas de referência nacionais e em outros países.

B. Fase Operacional: Seleção de experiências e práticas bem sucedidas; Estudos de Caso; Ciclos de Debates.

Essa etapa é focada na detecção de práticas potencialmente inovadoras, seguida pela seleção e priorização das práticas mais significativas que poderão ser alvo de estudo de caso. Nesta etapa inicia a sistematização dos conhecimentos e evidências produzidas, sendo complementada por debates que servem para aprofundar a reflexão acerca dos temas e envolver mais atores no cenário de discussão.

C. Resultados: Portal da Inovação (www.inovacaoemsaude.org ou www.apsredes.org); Série Técnica.

Nesta etapa os conhecimentos produzidos são divulgados, por meio de séries técnicas produzidas exclusivamente para os laboratórios de inovação, além do portal web que funciona como espaço permanente e dinâmico para troca de experiências e divulgação das inovações produzidas.

O Portal web permite a divulgação dos produtos e resultados durante todo o processo de desenvolvimento dos laboratórios, por meio de páginas exclusivas de cada tema, permitindo criar acervos e recomendações de literatura, trazendo entrevistas com atores chaves, notícias, tornando-se uma referência atualizada para discussão e reflexão sobre o tema e espaço para divulgação de práticas, experiências e produções locais.

5. LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES ASSISTENCIAIS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

No âmbito da cooperação técnica OPAS/OMS Brasil e ANS foi proposta uma parceria para tratar alguns temas/ áreas relevantes no campo assistencial no âmbito da saúde suplementar. Dentre elas estava o monitoramento e avaliação dos programas de promoção, de prevenção e da qualidade do cuidado aos portadores

de condições crônicas, a coordenação e integração da rede assistencial, visando mais qualidade, menos iatrogenia e a sustentabilidade econômico-financeira; a introdução de ferramentas do modelo de crônicas, como a classificação e estratificação de risco, uso de protocolos e diretrizes clínicas, entre outros.

Dessa parceria surgiu a proposta de realização de um Laboratório de Inovações, que contribuísse para a geração e sistematização de conhecimentos, por meio da identificação de práticas, programas, instrumentos inovadores que pudessem fomentar a ANS e apoiar a disseminação dessas práticas no âmbito da saúde suplementar, contribuindo para a mudança no modelo de atenção e, conseqüentemente, trazer mais saúde e benefícios para a população.

O objetivo do Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar é identificar e valorizar experiências exitosas e inovadoras na saúde suplementar, quanto a ações e programas de prevenção de danos, riscos e doenças e promoção da saúde.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atun, Rifat A. et al.: Diffusion of complex health innovations— implementation of primary health care reforms in Bosnia and Herzegovina. Published by Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine. Health Policy and Planning 2007;22:28–39. Disponível em www.apsredes.org
2. _____, Rifat A. et al.: Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. Health Policy and Planning 2010; 25:104–111 (Published

by Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine). Disponível em www.apsredes.org

3. _____, Rifat A.; Sheridan, Desmond.: Innovation in Health Care: The Engine of Technological Advances. International Journal of Innovation Management Vol. 11, No. 2 (June 2007) pp. v–x. Disponível em www.apsredes.org
4. BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde.: Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3). Disponível em www.apsredes.org.
5. _____. Organização Pan-Americana da Saúde.: Inovação nos sistemas logísticos : resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 120 p.: il. (NAVEGADORSUS, 1). Disponível em www.apsredes.org.
6. Howitt, Peter et al.: Technologies for global health. Lancet 2012; 380: 507–35, Published Online. August 1, 2012, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61127-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61127-1). Disponível em www.apsredes.org
7. Klein, Dominique; Atun, Rifat A.: Partnership and innovation in the life sciences. International Journal of Innovation Management. Vol. 11, No. 2 (June 2007) pp. 323–347. Disponível em www.apsredes.org
8. Matlin, Stephen A.; Samuels, Gill M. R.: The global health research and innovation system (GHRIS). Global Forum for Health Research, 1211 Geneva 2, Switzerland. www.thelancet.com Vol 374 November 14, 2009. Disponível em www.apsredes.org
9. Omachonu, Vincent K.; Einspruch, Norman G.: Innovation in Healthcare delivery systems. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, Volume 15(1), 2010. Disponível em www.apsredes.org
10. Saltman, Richard B.: Health sector innovation and partnership: Policy responses to the new economic context. Organisation for Economic Co-Operation and Development / Directorate for Employment, Labour and Social Affairs / Health Committee / Conference on Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities / 07-Jun-2011. Disponível em www.apsredes.org
11. Williams, Iestyn; Silva, Debra de; Ham, Chris.: Promoting and embedding innovation: learning from experience. Health Services Management Centre / University of Birmingham. S/DATA. Disponível em www.apsredes.org

PANORAMA DAS MUDANÇAS NO MODELO ASSISTENCIAL NO SUS

Flávio Goulart

1. AS GRANDES TRANSFORMAÇÕES DOS ANOS 90 E A FORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NO SUS

Embora o SUS tenha sido criado na Constituição Federal de 1988, pode-se dizer que suas grandes transformações, ou as mudanças que deram origem ao panorama atual, se localizam na década seguinte, ou seja, os anos 90. Assim, uma boa aproximação para tais mudanças complexas ocorridas no período pode ser captada através da análise de alguns temas-chave: o financiamento; as relações entre o público e o privado; a descentralização das ações e serviços; a gestão do sistema; o controle social, além da atenção à saúde das pessoas, de acordo com roteiro de investigação desenvolvido por Levcovitz et al (2001).

No financiamento da saúde, os elementos norteadores foram a consolidação de fontes estáveis para o setor (não totalmente garantidas, apesar dos anos que se passaram) e a busca de mecanismos e critérios de transferência mais regulares de recursos para estados e municípios. Da mesma forma, procurou-se assegurar o aumento da participação dos municípios no financiamento, *pari passu* com o aumento progressivo das transferências de recursos federais para estes e para os estados. Nem tudo avançou, todavia, em função da incompleta implementação do orçamento da Seguridade Social, da notória instabilidade das fontes de recursos, bem como da reduzida participação dos estados no financiamento.

Nas relações público-privadas, dominou o cenário, sem dúvida, a tentativa de consolidação de um sistema público de saúde, único e universal, em uma lógica de seguridade social, com visível fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado e marcante incremento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente no âmbito municipal. O aumento da capacidade gestora

nos estados (nem todos) e em milhares de municípios também representou outro ponto de avanço. Houve também fortes discussões sobre o caráter complementar do setor privado no SUS, nem sempre conclusivas ou definitivas, pelo menos nos primeiros anos da década. Incontestavelmente, houve forte crescimento do setor supletivo, subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela e regulação ainda incipiente parte do SUS, na maior parte da década, ressaltando-se a legislação específica a ser comentada adiante (Lei 9656 de 1998). Novas formas de articulação público-privada na saúde, entre as quais as terceirizações, a criação de fundações e de cooperativas, entre outras, também entram neste cenário.

A descentralização das ações e serviços de saúde e, portanto, o padrão das relações entre gestores, também evoluíram muito ao longo da década de 90. Como exemplos, podem ser citados: as tentativas de construção efetiva de um federalismo mais arejado na saúde, com definição do papel das três esferas de governo no SUS e transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios. Ocorreu também a criação de mecanismos inovadores de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da política, tais como as comissões intergestores (tripartite e bipartites), como instâncias efetivas de negociação e decisão. Como consequência mais visível e duradoura, surgiu a transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios. Avançou-se, em tal política, todavia, menos do que se esperava, entre outros fatores, pela imprecisão e intransparência na definição do papel do gestor estadual, bem como devidos aos conflitos nas relações entre gestores nos diversos níveis, tendo como consequência o pequeno avanço na reversão da tradicional fragmentação do sistema.

Na gestão e organização do sistema, há que se reconhecer, em primeiro lugar, que ocorreu marcante fortalecimento da capacidade de gestão pública, com expansão e desconcentração da oferta de serviços, além de relativa adequação da oferta às reais necessidades da população. Uma rede de serviços com lógica hierarquizada e regionalizada começou a ser delineada, com inquestionável expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas. Contudo, a heterogeneidade da capacidade gestora dos estados e municípios

persistiu ao longo do período, como também se mantiveram algumas distorções relacionadas ao modelo anterior, tais como: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, além da pouca integração entre serviços. No campo da gestão do trabalho em saúde, houve forte incremento da formação e da capacitação de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção, contribuindo assim para a constituição de quadros técnicos mais aperfeiçoados e adequados, além de distribuição mais equitativa dos profissionais de saúde no país. Não foi possível eliminar, todavia, algumas das distorções da formação técnica em saúde, mantendo-se ainda a heterogeneidade entre estados e municípios, dificuldades agravadas pelas restrições à contratação de novos profissionais, em uma conjuntura de fortes pressões para redução de gastos com pessoal na estrutura do Estado.

No campo do controle social e da participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde os avanços foram bastante significativos. Ocorreu a implementação acentuada, nas três esferas de governo, de conselhos de saúde deliberativos e paritários, envolvendo diversos segmentos sociais, com maior controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do sistema. É claro que aqui também houve desequilíbrios, por exemplo, em relação ao funcionamento efetivo dos conselhos entre as diversas unidades da federação e relativo predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo previsto legalmente.

Finalmente, no campo da atenção à saúde propriamente dito, não há como negar a intensiva universalização do acesso a uma gama cada vez mais ampla de ações de saúde, com alguma mudança do modelo de atenção, dada principalmente pelo advento e progressão acelerada da estratégia nacional de Saúde da Família, com forte ampliação do acesso à atenção básica em saúde. Parece ter ocorrido, além disso, alguma melhoria da qualidade da atenção, na satisfação dos cidadãos e na efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população, medido, por exemplo, pela queda da mortalidade infantil, da cobertura de pré-natal e da redução de doenças transmissíveis. Detectaram-se, além do mais, experiências inovadoras em diversos estados e municípios, seja na mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, resolubilidade da atenção, formação de vínculos, integralidade das ações), seja nas práticas de atenção

em várias áreas. Persistiram, ao lado de tais sucessos, algumas desigualdades e distorções, por exemplo, no acesso, no modelo de atenção fortemente marcado pela medicalização, no uso inadequado de tecnologias, além dos variados problemas de qualidade e resolubilidade da atenção.

É assim, se dúvida, que se delineia, embora ainda de forma primordial, o modelo assistencial no qual as disposições atuais da política de saúde no Brasil constroem sua imagem-objetivo. Em linhas gerais trata-se de um enfoque centrado na primazia da atenção básica ou atenção primária à saúde. Suas múltiplas e complexas adaptações em relação ao sistema tradicionalmente vigente não ocorrem do dia para a noite e, além do mais, exigem movimentos verdadeiramente “contraculturais”, em função da necessidade de reversão de políticas e práticas de gestão e de assistência, vigentes durante as décadas anteriores, calcadas na centralidade do hospital, no trabalho médico, no foco em condições agudas, na centralização, na atenção especializada e na ênfase tecnoburocrática dos processos de decisão em saúde.

2. A CRISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE E OS MODELOS ASSISTENCIAIS

A OMS vem alertando a seus países membros e à comunidade mundial da saúde a respeito de que os sistemas de saúde predominantes em termos globais estão falhando, por não conseguirem acompanhar algumas das tendências epidemiológicas e demográficas atuais, como é o caso do declínio dos problemas agudos e da concomitante ascensão das condições crônicas. (WHO, 2004).

De fato, há evidências globais de que existe uma crise dos sistemas de atenção à saúde, na qual se revela a incoerência entre uma situação de saúde que combina transição demográfica e carga de doenças com forte predominância de condições crônicas e um sistema fragmentado de atenção à saúde que opera de forma episódica e reativa, voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

Tais sistemas fragmentados de atenção à saúde possuem algumas características marcantes: voltam-se para indivíduos genéricos, os pacientes, que não são os verdadeiros sujeitos de seu processo de tratamento; funcionam de modo apenas reativo, com ênfase nas ações curativas e reabilitadoras; constituem-se como sistemas de entrada aberta, sem coordenação da atenção pela APS; sua ênfase é no cuidado profissional médico, na gestão da oferta e no pagamento por procedimentos e não mediante apresentação de melhores resultados.

A fragmentação dos serviços de saúde acarreta uma série de problemas, como o da descontinuidade da atenção, especialmente nas enfermidades crônicas, ou o da duplicação dos serviços. É assim que a fragmentação gera, como consequência pimediate, o baixo desempenho dos serviços de saúde, caracterizada por dificuldade de acesso, baixa qualidade técnica, uso ineficiente de recursos e baixa satisfação do usuário.

O quadro de fragmentação é ainda agravado, não só no Brasil como em muitos países do mundo, por uma grande variedade de formas de prestação de serviços, envolvendo modalidades públicas e privadas, como alternativas muitas vezes estanques. Vale, contudo, ressaltar que a fragmentação não é a única responsável por esse quadro. Associam-se a ela o financiamento insuficiente, a carência de recursos humanos qualificados e a baixa capacidade de reação das autoridades de saúde.

No Brasil, mesmo com o amadurecimento do SUS nos últimos anos, a fragmentação ainda persiste, principalmente nos serviços assistenciais do primeiro nível da atenção ou na atenção aos problemas crônicos. Fatores relevantes estão presentes no cenário, tais como: a descentralização, que fragmenta os diferentes níveis de atenção e traz consequências negativas frente aos municípios com baixa capacidade de gestão ou com população muito pequena; a vigência de programas especializados que atendem a enfermidades específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; a adoção de um modelo de atenção centrado na enfermidade, no cuidado agudo e no manejo intra-hospitalar; os problemas com a quantidade, qualidade e distribuição de recursos, que sendo escassos, impossibilitam a atenção integral; a presença de

culturas organizacionais contrárias à integração, que se baseiam na prestação de serviços específicos e dificultam o intercâmbio.

2.1. CONDIÇÕES CRÔNICAS X AGUDAS

No Brasil a situação de saúde é marcada por uma transição demográfica muito acelerada e uma transição epidemiológica peculiar. Assim, a população acima de 60 anos, que atualmente não passa de 9% do total, atingirá em 2025, os 15%, ou seja, mais de 40 milhões de pessoas. Dados recentes divulgados pelo IBGE revelam que quase 80% de tal grupo populacional referiram serem portadores de doenças crônicas. Portanto, a transição demográfica aponta, no horizonte, para uma presença relativa maior de doenças crônicas no país.

Por outro lado, estudos de carga de doenças revelaram que os anos perdidos ajustados por incapacidade (DALY) no Brasil mostram 15% de doenças infecciosas e parasitárias; 10% de causas externas; 9% de causas maternas e perinatais, além de nada menos do que 66% de doenças crônicas. Se forem somadas as causas maternas e perinatais mais as doenças crônicas, o que se constata é que 75% dos anos perdidos constituem decorrência das condições crônicas (BRASIL, 2010).

Vão se consolidando, internacionalmente, as evidências de que as situações de saúde hegemônicas pelas condições crônicas não podem ser respondidas, conseqüentemente, por sistemas de saúde fragmentados e organizados para o enfrentamento das condições agudas, por meio de equipamentos de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar. É a incoerência entre a situação de saúde e sistema fragmentado praticado que talvez constitua o principal problema do SUS.

No modelo de atenção às condições agudas é importante o tempo que o paciente leva para chegar ao atendimento, no qual o médico constitui a figura central.

No modelo de atenção às condições crônicas a variável chave, entretanto, não é o tempo de resposta. Nele, as intervenções podem variar, desde a promoção

da saúde, que abrange toda a população, passando, no nível seguinte, pelas intervenções de prevenção das condições de saúde voltadas a população com fator de risco. Assim, em termos gerais, no modelo das doenças crônicas, se está em foco o segmento da população com condições de baixo ou médio risco, é estabelecida uma gestão da condição de saúde específica; na população com condição crônica de alto ou risco, a chamada “gestão de caso” adapta-se a tal contingência. O importante é que surgem estratégias de gestão clínica voltadas especificamente para atender aqueles 1% a 5% população que são portadores de condições muito complexas e que por isso mesmo se tornam consumidoras potenciais de percentual significativo dos recursos financeiros. Em todas as circunstâncias, prevê-se também o autocuidado apoiado, para apoiar até 70% de pessoas, desde que possuam condições mais simples.

Questão essencial no manejo das condições crônicas é que ele não pode e não deve ser realizado apenas por médico, mas sim por uma equipe onde estejam presentes, além da enfermeira, o farmacêutico, a assistente social, o psicólogo, o nutricionista e outros, pois o principal trabalho da mesma, na APS, é o de apoiar as pessoas para que se cuidem devidamente, e não sob forma episódica e descontínua.

O fracasso dos sistemas fragmentados no controle do diabetes um bom exemplo da ineficiência dos sistemas segmentados de saúde. No Brasil, país em que o gasto per capita/ano em saúde é de US 427,00, apenas 10% dos portadores de diabetes tipo 1 apresentaram níveis glicêmicos controlados e 27% dos portadores do tipo 2 estão controlados. Desses pacientes, 45% apresentaram sinais de retinopatias, 44% neuropatias e 16% alterações renais (OPAS, 2010).

Deve ser lembrado, ainda, que fracasso dos sistemas de saúde não depende do volume do dinheiro neles alocado, não havendo associação direta entre alocação de recursos e qualidade do atendimento prestado. Como exemplo, nos EUA, país campeão mundial de gastos em saúde e que vem se envolvendo, há décadas, em guerras, a principal causa de amputação de membros não é o trauma, mas sim a diabetes.

O mau manejo do paciente crônico não é monopólio de países ricos ou pobres, e nem do setor público ou privado. Mesmo no sistema privado, dados divulgados por uma cooperativa médica brasileira, dentro de um sistema que dispõe de quatro vezes mais recursos per capita do que o SUS, são reveladores. Trata-se do caso de um paciente típico, o “Senhor Sedentário”, portador de obesidade, estresse e história familiar de diabetes, acompanhado durante 20 anos, desde os seus 40 anos de idade. Ele foi submetido a uma cirurgia de revascularização do miocárdio, complicada por acidente vascular encefálico com sequelas motoras. O custo das intervenções nele realizadas foi 50 mil reais, mas somente depois de quase 20 anos a empresa seguradora “descobre” sua existência, mudando radicalmente, a partir disso, a abordagem desse tipo de paciente, através das tecnologias de gestão de caso e de atenção domiciliar (OPAS, 2010)

Assim, verifica-se que não é possível manejar o paciente crônico a partir de cuidados isolados e esporádicos, mas sim dentro de um plano de intervenção, de caráter não prescritivo centrado na doença, mas operativo e centrado no sujeito.

2.2. O ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O enfoque da Atenção Primária à Saúde (APS) como base de um sistema de atenção à saúde vem pautando o debate sobre sistemas de saúde, principalmente na perspectiva universalizada, em diferentes países do mundo. Onde isso está em vigor tornou-se possível constatar o alcance de melhores indicadores de saúde, com menores custos e maior satisfação aos usuários. Starfield (2001), por exemplo, destacou que países com tal característica em seu sistema de saúde apresentam também melhores índices de crianças com baixo peso ao nascer; de mortalidade infantil, especialmente a pós-neonatal; de mortalidade precoce devido a suicídio; de expectativa de vida; de mortalidade por doença cardíaca; de mortalidade infantil; de detecção precoce de cânceres.

O modelo brasileiro de APS, a estratégia de Saúde da Família (ESF), procura construir um novo enfoque de atenção, ao voltar-se, sob o aspecto da territorialidade, ao atendimento de casos agudos, crônicos, de vigilância e de

promoção da saúde e ao caracterizar-se como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e como filtro eficiente para utilização adequada das tecnologias disponíveis na rede de serviços de saúde. Além disso, busca coordenar o cuidado dos usuários na rede, apoiando e seguindo-os no sistema e exercendo sempre a referência principal ao acompanhá-los longitudinalmente ao longo do tempo.

Como componente da prestação de serviços, a APS apresenta os atributos essenciais de constituir-se como porta de entrada do sistema; de longitudinalidade, com cuidados prestados ao longo do tempo; de integralidade biopsicossocial; de coordenação do cuidado, relativa às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja dentro da equipe multidisciplinar, seja na atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede. Esses atributos, únicos da APS, são complementados por características que deles derivam: orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural.

2.3. DESAFIO DA INTEGRALIDADE

A questão da discussão dos modelos assistenciais em saúde não é só teórica ou conceitual, mas também ética. Deve-se admitir, preliminarmente, que no panorama do SUS, marcado pela heterogeneidade e pelas desigualdades da Federação Brasileira, existe forte heterogeneidade nos padrões de qualidade da prestação de serviços e também diferentes modelos assistenciais praticados. Um ponto estratégico de tal discussão é o da integralidade, considerada, segundo Silva Jr. (2008), como diretriz central dos modelos assistenciais.

Sob essa ótica, um dos desafios centrais que se impõe nos modelos assistenciais é o da integralidade, que abrange as dimensões de: (a) abarcar aspectos biopsicossociais e culturais da população; (b) oferecer o que é necessário em termos de serviços, seja como demanda espontânea ou programada; (c) desenvolver ações individuais e coletivas em promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde; (d) promover ações integrativas internas e intersetoriais (OPAS, 2010).

Segundo Silva Jr. (2008), alguns conceitos e noções são úteis na avaliação do alcance da integralidade nas redes de serviços de saúde. Alguns deles são: o processo de acolhimento; o vínculo e a responsabilização dos serviços e das equipes; as características do respectivo processo de trabalho; a qualidade da atenção à saúde e sua percepção pelos usuários e trabalhadores; as formas de coordenação do cuidado; a estrutura da articulação em rede; o potencial para ações de caráter intersetorial; a disponibilidade e a qualidade dos sistemas de informação; a preocupação e o uso de instrumentos para a busca da equidade; os mecanismos de controle de acesso; o grau de participação na gestão, além do processo de avaliação e monitoramento ao alcance do controle por parte da sociedade.

Ainda conforme este autor, são estes fatores que abrem espaço para novos olhares e perspectivas de avaliação dos serviços de saúde. A integralidade, dessa forma, deve ser percebida como uma ação social que resulta da interação entre os diversos atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado em saúde.

Na presente discussão merece ser destacado o caso das doenças cardiovasculares, que constituem um bom exemplo relativo ao papel secundário que se dá à análise da determinação não restrita ao plano biológico no processo saúde-doença, afetando não só as crenças como as práticas dos tomadores de decisão e dos que cuidam de pacientes.

A discussão da integralidade é hoje bastante pertinente, pois se sabe que o sistema de saúde construído no Brasil nas várias décadas de hegemonia da medicina previdenciária, teve seu foco preferencial nas condições agudas e hospitalares em geral, deixando de lado aspectos ligados à promoção de saúde e à prevenção, além de ignorar amplamente quaisquer objetivos relacionados à integralidade. Foi assim que não só as doenças cardiovasculares, mas todo o conjunto das doenças crônicas e não transmissíveis (DCNT) não deixaram de receber atenção diferenciada e de alto dispêndio de recursos, mas com foco restrito aos aspectos curativos e ao uso de tecnologias de ponta. Como se sabe, tais doenças exercem um papel preponderante na morbimortalidade mundial

e também em um país como o Brasil, no qual constituem a principal causa de mortalidade, com enorme impacto na carga de doença total do país.

O outro lado da moeda é que as referidas doenças oferecem, em todo o mundo, uma vasta disponibilidade de ensaios clínicos, com grandes esforços para o desenvolvimento de medidas de controle baseadas em evidência científica, como chamam atenção Escosteguy et al. (2008). Há assim, segundo tais autores, sensibilização relativamente desigual no desenvolvimento e uso de algumas inovações assistenciais significativas, como é o caso das tecnologias de gestão da clínica, em relação às quais, não só no Brasil como em outros países, existe grande variação na adesão dos praticantes, traduzida não só pela subutilização de determinadas ferramentas recomendáveis, mas também pela utilização exagerada de metodologias inadequadas.

Assim, as tecnologias de gestão da clínica estão hoje relativamente bem consolidadas na literatura internacional e em muitos centros clínicos do mundo. O seu pressuposto universalmente aceito é o de que sua implantação, com base em evidências científicas em termos de eficácia e efetividade, produz melhores resultados para pacientes e populações. Porém, sua utilização varia de acordo com o país e o lugar, com adesão muitas vezes pequena por parte dos profissionais de saúde e pacientes. Todavia, estudos recentes sobre a percepção de gestores sobre a utilização das mesmas, revelaram que apenas pequena parte relata o uso de tais recursos no âmbito de sua atuação, ainda segundo Escosteguy et al. (2008).

Trata-se de questão de tal maneira candente, que mesmo o setor de Saúde Suplementar no Brasil, regido por lógica de mercado, tem se movido positivamente em relação à mudança. Assim é que a agência reguladora específica, a ANS, tem demonstrado, em anos recentes, uma proposta diferenciada de regulação indutora dentro de uma nova concepção de modelo assistencial. O desafio principal é o de fazer com que operadoras mudem a gestão em saúde, com vistas a superar o modelo hegemonicamente centrado na doença e baseado na demanda espontânea, em busca de um modelo de atenção no qual haja incorporação progressiva de ações de promoção de saúde e prevenção de riscos. As disposições daí derivadas apontam para a identificação oportuna e monitoramento dos riscos

em saúde, com focos na atenção às idades mais avançadas e na melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, considerando que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção. A implementação de tais programas visaria, ainda, racionalizar os custos assistenciais, porém sem perder de vista a produção do cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Documento sem título. 2011
2. Brasil, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde. Saúde no Brasil, 2010. Acessível em saude.gov.br/svs – 30 jun 2012.
3. Brasil, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, para o período 2011-2022. Acessível em saude.gov.br/svs – 27 jun 2012.
4. Duncan, B.; Stevens, A; Iser, BPM; Malta, DC; Azevedo, G.; Schmidt, MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: Saúde no Brasil 2010. Acessível em saude.gov.br/svs – 02 ago 2012.
5. Escosteguy, CC; Portela MC; Lima, SML; Ferreira, VMB; Vasconcellos, MTL; Brito, C. Utilização de diretrizes clínicas em cardiologia na saúde suplementar no Brasil. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(5): 400-5
6. Levcovitz, E; D; Machado, CV. Política de saúde nos anos 90: relações inter-governamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. Saúde Coletiva. v.6, n.2, 2001
7. OPAS-Brasil. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção à saúde no Brasil. Opas-Brasil. Brasília. 2010 (Acessível em www.apsgredes.org. – 30 ago 2012).
8. Silva Junior, AG; Alves, MGM; Mascarenhas, MTM; Nascimento Silva, VM; Carvalho, LC. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1489-1500, 2008
9. Starfield, B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
10. WHO. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen. 2004.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM BREVE HISTÓRICO

*Kátia Audi Curci, Martha Regina de Oliveira,
Michelle Mello de Souza Rangel, Simone Mendes*

1. HISTÓRICO

O marco regulatório da saúde suplementar ocorreu com a publicação da Lei nº 9.656, em 03 de junho de 1998, que regulamentou os planos privados de saúde no país (BRASIL, 1998) e, posteriormente, com a publicação da Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país (BRASIL, 2000).

A Lei nº 9.961 estabelece que a missão da ANS consiste em buscar o equilíbrio do mercado, conciliando os interesses das operadoras, dos prestadores e dos beneficiários, conduzindo o processo regulatório segundo as diretrizes da política nacional de saúde empreendida pelo Ministério da Saúde.

No início da regulação, sob o ponto de vista da atenção à saúde, alguns autores observam na saúde suplementar um modelo assistencial caracterizado pelo enfoque biologicista do processo saúde-doença, centrado na assistência especializada e na incorporação acrítica de novas tecnologias (CECÍLIO e MERHY, 2003).

De fato, o crescente desenvolvimento tecnológico na área da saúde, aliado à organização da atenção sob a lógica de mercado, ao processo de envelhecimento

populacional e à transição epidemiológica, constituíram formas de produção e consumo de serviços que tiveram como consequências a elevação dos custos assistenciais. Esta conjuntura incitou um processo global de discussões sobre a sustentabilidade e a efetividade dos sistemas de saúde dos países e, também, contribuiu para mudanças na condução do processo regulatório da ANS, incorporando no setor propostas inovadoras no campo das práticas assistenciais e da gestão dos serviços de saúde, com especial ênfase para a prevenção de doenças e o gerenciamento de riscos e doenças crônicas (RANGEL, 2010).

Abordar essa problemática no setor privado implicou em trazer, para a arena de discussões, questões relacionadas aos limites da cobertura contratada; às práticas usuais de regulação da utilização dos serviços; ao modelo de financiamento, observando que a presença de um terceiro pagador (operadora) condiciona a sobre-utilização dos serviços pelos beneficiários; e ao modelo de remuneração dos prestadores de serviços de saúde indutor de um comportamento de execução de procedimentos (RANGEL, 2010).

A nova proposta de regulação indutora trouxe à tona a necessidade de repensar o modelo de gestão em saúde até então promovido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Introduzir na saúde suplementar a temática da promoção de saúde e prevenção e controle de riscos e doenças, incentivar a reestruturação do processo de produção do cuidado, assim como, rediscutir as formas usuais de organização dos serviços de saúde, com vistas ao monitoramento dos fatores de risco, ao gerenciamento de doenças crônicas, à compressão da morbidade e diminuição dos anos de vida perdidos por incapacidade, foram os fundamentos para a proposição de uma política que visa a qualificação da atenção à saúde no setor suplementar (RANGEL, 2010).

O desenvolvimento de programas para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a identificação oportuna e o monitoramento dos riscos em saúde, a compressão da morbidade para idades mais avançadas e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção.

Em linhas gerais, os objetivos da ANS ao propor diretrizes para o incentivo à adoção, implementação e qualificação dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde foram: (1) contribuir para o desenvolvimento de ações para 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 em saúde no setor de saúde suplementar, incentivando as operadoras a atuar conforme o perfil de saúde e doença da sua população de beneficiários; (4) estimular a integração das ações da atenção primária com a atenção de maior complexidade e (6) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde (RANGEL, 2010).

Nesse contexto, a primeira iniciativa da ANS para o debate do tema deu-se em dezembro de 2004 com a realização do I Seminário de Promoção à Saúde e Prevenção de Doença na Saúde Suplementar, no Rio de Janeiro, com a participação de representantes do setor e a apresentação de experiências selecionadas a partir de inscrição prévia de programas para promoção da saúde.

Em 2005, continuou-se a discussão sobre a melhor forma de induzir o desenvolvimento programático de ações de promoção e prevenção por operadoras. A partir da constituição de um grupo técnico, acrescido de consultores externos, foi elaborada uma proposta de Resolução Normativa, discutida com outras áreas da ANS, que culminou com a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 94. A RN nº 94, de 23 de março de 2005, ação conjunta entre a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), representou o primeiro incentivo da ANS para estimular o desenvolvimento de programas pelas operadoras setoriais, ao estabelecer critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco definida pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Nº 77, de 17 de julho de 2001. A RN nº 94 viabilizou a prorrogação dos prazos para a integralização dessas garantias financeiras para as operadoras que desenvolvessem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Inicialmente, 215 operadoras se candidataram ao diferimento dos ativos garantidores, dentre as quais, após análise da ANS, 133 foram aprovadas, totalizando 420 programas.

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.

Além dos incentivos financeiros, outro pilar da regulação indutora é o suporte técnico, suportado em evidências científicas, que tem por objetivo auxiliar as operadoras na estruturação e desenho dos programas. A primeira edição do Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, publicada em dezembro de 2006, abordou as principais ações agrupadas por áreas de atenção à saúde (saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, da mulher, bucal e mental). O 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 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. A área de atenção à saúde do trabalhador foi acrescentada. A avaliação dos programas também recebeu destaque nesta edição, como 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 realizado em dezembro de 2007. Além da temática que dá nome ao evento, o IV Seminário abordou debates a respeito da Gestão de Tecnologias e Incentivo ao Parto Normal. A dinâmica do evento incorporou oficinas sobre a 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.

Como desdobramentos dessas iniciativas, observou-se a necessidade de se estimular o aprimoramento das informações e a qualificação dos programas existentes. A fim de traçar o perfil dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar e elaborar um diagnóstico do setor, em maio de 2008 a ANS elaborou uma pesquisa através de um Requerimento de Informações (RI), contendo um questionário sobre a realização de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. O Requerimento de Informações foi enviado para 1.842 operadoras.

Os resultados da pesquisa foram publicados no Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde. O Requerimento de Informações foi respondido por 1.351 (73%) operadoras. De acordo com dados do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB), as operadoras que responderam ao questionário concentravam 96,5% dos beneficiários do setor de saúde suplementar.

Dentre as operadoras, 641 (47,4%) referiram realizar programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. As operadoras que desenvolviam programas concentravam 80,0% do total de beneficiários. Considerando o universo de operadoras que realizavam programas, 438 (68,3%) referiram a realização de mapeamento periódico para a obtenção dos perfis de morbidade e mortalidade da carteira de beneficiários. A maior parte dos programas realizados pelas operadoras eram oferecidos tanto para os planos individuais quanto para os coletivos (72,1%). 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. Observou-se, ainda, 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%). Nas Áreas de Atenção – Saúde da Criança, do Adolescente, do Adulto e Idoso, Mulher e Mental – grande parte das operadoras pertence às modalidades cooperativa médica e medicina de grupo.

A literatura evidencia que os recursos utilizados nesses programas são investimentos que podem gerar benefícios futuros às operadoras e aos seus

beneficiários. Por esse motivo, esses valores poderão ser reconhecidos como ativos desde que o cadastro seja devidamente aprovado pela Agência (Centers for Disease Control and Prevention, Hyre AD et al e Ong KI et al, 2011).

Em 2008, com base no fundamento teórico acima, a ANS adotou uma nova estratégia para estímulo ao desenvolvimento dos Programas, vigente até hoje, por meio da Instrução Normativa Conjunta (INC) DIOPE e DIPRO nº 02 de julho de 2010 e suas alterações. Esta Instrução Normativa dispõe sobre o cadastramento, monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde. De acordo com a norma, as operadoras com programas aprovados pela ANS poderão contabilizar os valores aplicados nos programas como Ativo Não Circulante – Intangível, observando algumas exigências que dizem respeito à regularidade do envio de sistemas e ao cumprimento de pré-requisitos mínimos para o cadastramento dos programas.

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

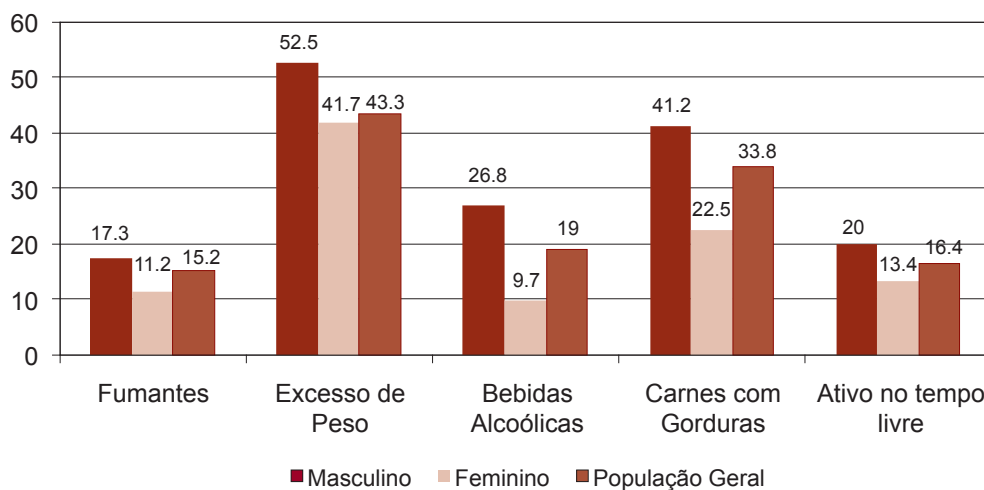
As DCNT são as principais causas de mortes no mundo, responsáveis por um elevado número de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além dos impactos econômicos para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

Uma das estratégias definidas pelo 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 aborda questões relacionadas ao excesso de peso, obesidade, inatividade física, consumo regular de frutas e hortaliças, tabagismo, consumo de álcool, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na população brasileira adulta. Na coleta de dados de 2008, foi pactuado que o questionário incluiria um suplemento de saúde suplementar, a fim de saber se o indivíduo possui plano de saúde. Do total de 54.343 entrevistas realizadas pelo Vigitel, 28.640 foram realizadas em beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Essa estratégia permitiu o conhecimento dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas neste grupo populacional, conforme Gráfico 1.

Alguns resultados do Vigitel 2008 são apresentados no Gráfico 1:

Gráfico 1 Fatores de risco e proteção na população masculina e feminina de beneficiários de planos de saúde e na população brasileira em geral, 2008.



Outra medida de incentivo que merece destaque é com a publicação da Instrução Normativa (IN) nº 10 de dezembro de 2010, que atribuiu ao Programa de Qualificação das Operadoras – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) uma pontuação bônus para as operadoras com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS. De acordo com

o normativo, as operadoras que desenvolvessem programas em qualquer área de atenção receberiam 10% de bonificação no IDAS (Dimensão Atenção à Saúde).

Em 2011, tendo por diretriz a Agenda Regulatória 2011/2012, iniciou-se uma nova etapa de regulação por incentivos. De fato, a elaboração da agenda regulatória teve como objetivo dar publicidade aos compromissos da ANS com a sociedade, e, dentre os compromissos assumidos, destaca-se o eixo da Atenção ao Idoso (Item 8). Dentro desse eixo, foram priorizados os seguintes objetivos:

1. Estudar experiências de sucesso na atenção ao idoso, buscando formatar produtos específicos para a terceira idade;
2. Criar indicadores sobre atenção ao idoso, na dimensão de atenção à saúde do programa de qualificação da saúde suplementar;
3. Estimular as operadoras a criarem incentivos aos beneficiários da terceira idade que participarem de programas para acompanhamento de sua saúde; e
4. Incentivar a comercialização de planos de saúde para a terceira idade.

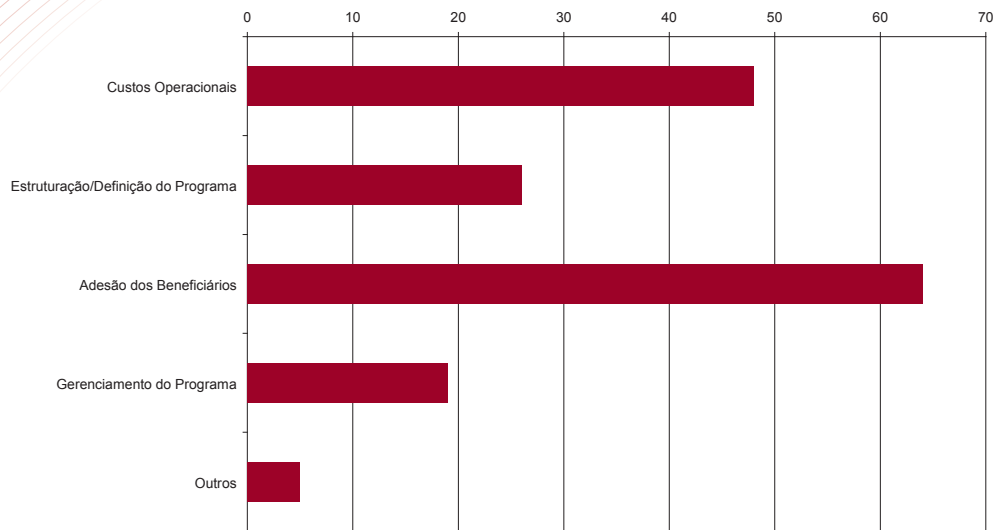
Como estímulo para o desenvolvimento de incentivos aos beneficiários da terceira idade, a Instrução Normativa nº 11 de dezembro de 2011, estabeleceu uma bonificação maior no IDAS (15%) para operadoras com programas direcionados especificamente para a área de atenção ao idoso.

Também como um desdobramento da Agenda Regulatória, foi constituído um grupo de trabalho com representantes da ANS, da academia, de operadoras e de prestadores de serviços de saúde com o objetivo de discutir o processo de envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e propor mecanismos para incentivar a adesão de beneficiários em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. De fato, os normativos até então existentes eram focados essencialmente em incentivos para as operadoras de planos privados de assistência à saúde. Tornou-se necessário, então, discutir os benefícios a serem alcançados, também, pelos beneficiários de planos privados de saúde.

Paralelamente à elaboração de proposta normativa pelo grupo técnico, iniciou-se o processo de Análise do Impacto Regulatório (AIR) do tema PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS na saúde suplementar. A Análise do Impacto Regulatório consiste em uma abordagem sistêmica para avaliar criticamente os efeitos positivos e negativos da regulação existente e das alternativas possíveis (OECD, 2009). Foi estruturado um documento que consolidou os principais aspectos relacionados à regulação da questão. Foi observada a necessidade de elaboração de um instrumento normativo para estabelecer a definição de conceitos relacionados à promoção de saúde no setor de saúde suplementar, assim como, definir as modelagens dos programas que poderiam ser estruturados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A minuta de normativo esteve em consulta pública entre maio e junho de 2011. A proposta recebeu mais de 14 mil contribuições, sendo 70% encaminhadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Muitas contribuições solicitavam a melhor definição dos conceitos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Sabe-se que o entendimento uniforme desses conceitos por todo o setor – assim como a sua regulamentação e divulgação – seria de suma importância, de forma a possibilitar a estruturação dos programas e o seu monitoramento. Ainda, os resultados da Consulta Pública apontaram para a existência de dificuldades na estruturação, gerenciamento e monitoramento dos programas por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2 Dificuldades apontadas pelas operadoras que ofertam programas para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças que responderam ao questionário



Como resultado da Consulta Pública foi observada a necessidade de elaborar instrumento normativo para definir os conceitos relacionados à Promoção de Saúde e o escopo das modelagens dos programas. Tornou-se importante, também, dispor de instrumento normativo específico para estabelecer formas de incentivo a serem ofertados aos beneficiários para a adesão aos programas. Em agosto de 2011, foram publicados os normativos abaixo.

1.1. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 264

Através da Resolução Normativa 264 de 19 de agosto de 2011, foram definidos os conceitos, escopos e modelagens dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no âmbito da saúde suplementar.

O conceito de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no contexto da saúde suplementar foi abordado como o processo político que

articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida; e participação social na gestão das políticas de saúde. Já a prevenção de riscos e doenças orienta-se por ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidade específica. Esse amplo conceito fundamenta-se nos princípios de intersectorialidade, informação, sustentabilidade, entre outros. Nesse escopo, os programas constituem um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. No âmbito da saúde suplementar, foi estabelecido que o desenvolvimento de programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças são facultados às operadoras de planos privados de assistência à saúde, e poderão ser desenvolvidos nas modelagens a seguir:

1. Programa para a Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida: Segundo a organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Dessa forma, caracteriza-se pelo conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, incorporando ações para a promoção da saúde em todas as faixas etárias, desde o pré-natal até as idades mais avançadas;
2. Programa para População-Alvo Específica: conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas, incorporando ações para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças em determinada faixa etária, ciclo de vida ou condição de risco determinada;
3. Programa para Gerenciamento de Crônicos: conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas e com alto risco assistencial, incorporando ações para

prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

Outro objetivo alcançado pela RN nº 264 foi o estabelecimento de benefícios disponíveis às operadoras com programas para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos, tais como:

1. Registro dos valores aplicados nos programas em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS, referente ao Ativo Não Circulante – Intangível;
2. Recebimento de pontuação Bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS;
3. Outros incentivos regulamentados futuramente pelo órgão regulador.

1.2. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 35

Essa Instrução Normativa dispõe sobre as regras para o acompanhamento dos programas inscritos na ANS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão informar à ANS todos os programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos, inclusive para obtenção dos incentivos dispostos no da RN nº 264, de 2011.

1.3. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 265

Essa Resolução Normativa dispõe sobre a concessão de bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde nos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. A norma estabelece os conceitos abaixo.

A bonificação consiste em vantagem pecuniária, representada pela aplicação de desconto no pagamento da contraprestação pecuniária, concedida pela

operadora ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde como incentivo à sua participação em programa para promoção do Envelhecimento Ativo.

A concessão de premiação consiste em vantagem não-pecuniária, representada pela oferta de prêmio, concedida pela operadora ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde como incentivo à sua participação em programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Como diretrizes gerais, os programas podem ser extensivos aos planos de saúde individuais ou familiares e coletivos empresariais ou por adesão. A formatação dos programas poderá ser individualizada para cada plano, de forma a deixá-lo mais adequado ao seu público. O beneficiário que aderir às regras para a participação no programa, estabelecida entre as partes, poderá obter prêmios ou desconto na mensalidade, sem discriminação por idade, doença preexistente, ao alcance de metas ou resultados em saúde. O desconto na mensalidade ou a premiação estará vinculado apenas à participação no programa.

1.4. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 36

Essa Instrução Normativa dispõe sobre os procedimentos para o cumprimento da RN nº265, de 2011.

Para além dos normativos, outro desdobramento da Consulta Pública nº 42 foi a elaboração da Cartilha para a Modelagem dos Programas para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, documento que disponibiliza às operadoras referências e informações necessárias para auxiliar a estruturação e implementação dos programas nas modelagens propostas. Também foi realizada a publicação da 4ª edição, revisada e atualizada, do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.

Os documentos foram lançados durante o 1º Seminário para Construção de Modelos Assistenciais, realizado em novembro de 2011. O evento teve a participação de mais de 300 profissionais do setor e sua dinâmica de trabalho

incluiu palestras expositivas e a realização de Oficinas sobre os temas Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, Envelhecimento Ativo e Diretrizes Clínicas.

2. RESULTADOS DOS PROGRAMAS

Até agosto de 2011, anteriormente à publicação das Resoluções Normativas 264 e 265, a ANS possuía um banco de 127 programas aprovados com a estimativa de participação de 198 mil beneficiários.

Após onze meses da vigência dos novos normativos, existe um total de 750 programas informados na ANS com a projeção de participação de 1,12 milhões de beneficiários, o que representa um aumento de quase cinco vezes o número de usuários de planos de saúde beneficiados com a iniciativa, conforme os gráficos 3 e 4.

Gráfico 3 Número de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados à ANS, julho de 2012

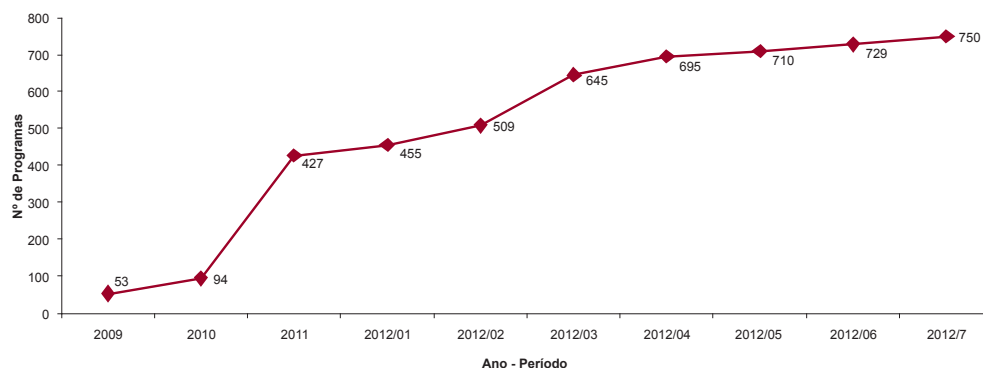
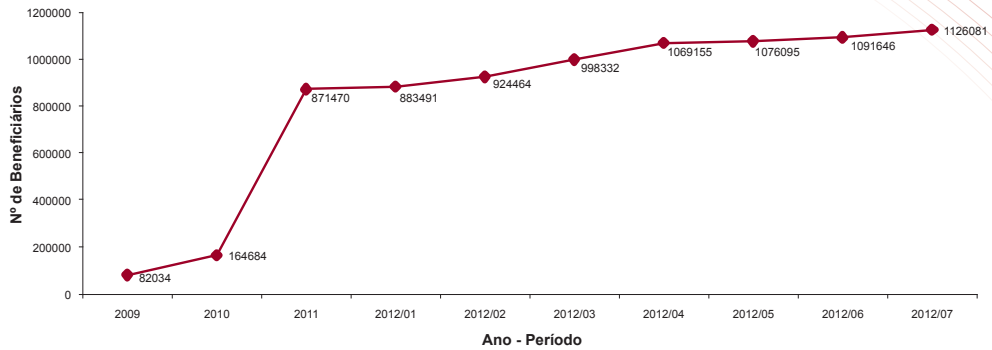


Gráfico 4 Estimativa de beneficiários participantes de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados à ANS, julho de 2012



Cabe destacar que deste total de programas, 157 oferecem prêmios e descontos como incentivo para a participação, beneficiando aproximadamente 176.718 indivíduos, conforme os gráficos 5 e 6.

Gráfico 5 Número de Programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados à ANS com oferta de prêmios e descontos, julho de 2012

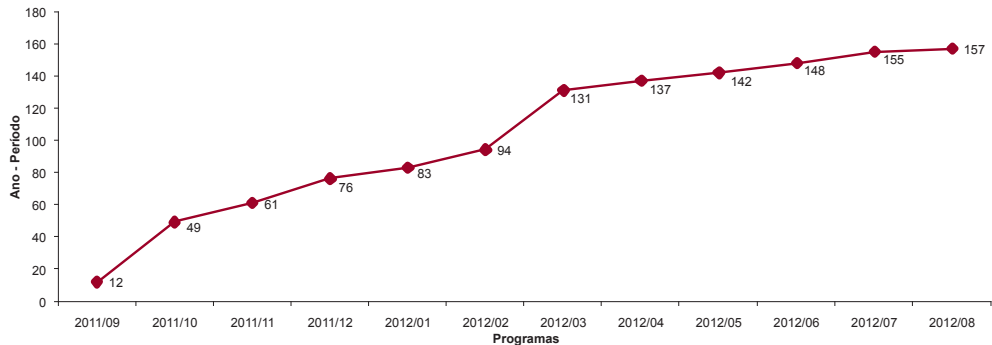
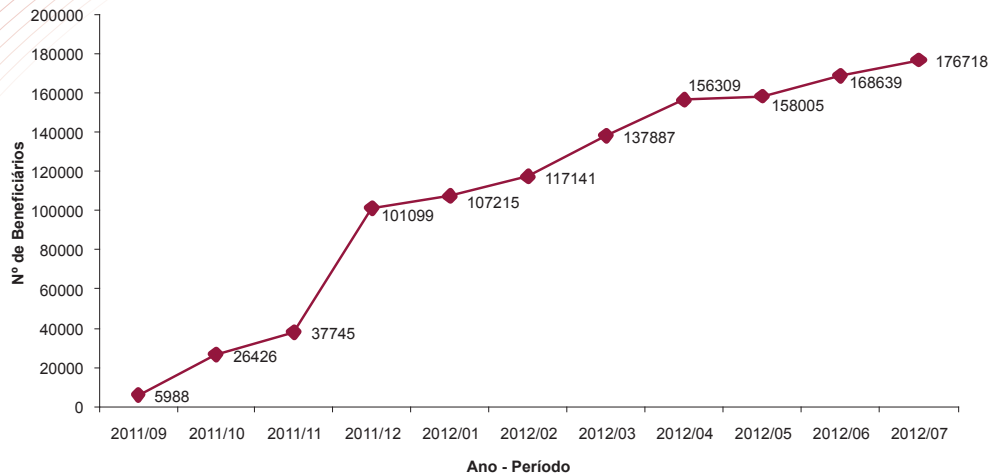


Gráfico 6 Número de participantes de Programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças beneficiados pela oferta de prêmios e descontos, julho de 2012



Os programas possuem enfoque em atividades voltadas para o estímulo à atividade física, alimentação saudável e prevenção de tabagismo e doenças como câncer, doenças sexualmente transmissíveis, osteoporose, hipertensão, diabetes, obesidade. Outra área de atenção com grande destaque é a saúde do idoso.

Por meio do monitoramento realizado pela Agência, é possível verificar alguns resultados alcançados por esses programas, tais como:

1. Diminuição da exposição a fatores de risco, como inatividade física, alimentação inadequada e tabagismo;
2. Adoção de hábitos saudáveis;
3. Aumento da capacidade funcional;
4. Aumento da utilização de exames preventivos e tratamento precoce do câncer;
5. Diminuição da taxa de internação por doenças crônicas;
6. Mudanças de hábitos e do ambiente doméstico para evitar quedas em idosos;

7. Retorno Financeiro comprovado do investimento feito pelas operadoras nos programa.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ANS tem dado continuidade às estratégias para a indução de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças levando em consideração as especificidades do setor suplementar e, ao mesmo tempo, as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde. As estratégias adotadas têm a finalidade de inserir a promoção da saúde e a prevenção de doenças no contexto de um plano de cuidado integrado às demais ações e complexidades dos serviços, promovendo a qualificação da gestão em saúde a fim melhorar a qualidade de vida da população beneficiária de planos privados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 9956 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
2. Brasil. Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.
3. Cecilio, L.C.O.; Merhy, E.E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas (SP), 2003.
4. Rangel, M. M. S. Programas para promoção da saúde e prevenção de doenças bucais no setor suplementar: uma avaliação sob a perspectiva da integralidade. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, 2010.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Instrução Normativa Conjunta nº 1 de 30 de dezembro de 2008 da Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras – DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa nº 94 de 23 de março de 2005 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Instrução Normativa Conjunta nº 2 de 07 de julho de 2010 da Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras – DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.

8. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Instrução Normativa Conjunta nº 4 de 24 de fevereiro de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras – DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.
9. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 1ª edição. Rio de Janeiro, 2006.
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 2ª edição. Rio de Janeiro, 2007.
11. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 3ª edição. Rio de Janeiro, 2009.
12. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2008 – Saúde Suplementar: Vigilância de Fatores de Risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Série G Estatística e Informação em Saúde, 2009.
13. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Instrução Normativa nº 24 de 08 de dezembro de 2009 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Ten Great Public Health Achievements---United States, 2001—2010. MMWR 2011; 60(19):619-623. Available at http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm?s_cid=mm6019a5_w. Accessed May 27, 2011.
15. Hyre AD, Muntner P, Menke A, Raggi P, He J. Trends in ATP-III-defined high blood cholesterol prevalence, awareness, treatment and control among U.S. adults. Ann Epidemiol. 2007;17(7):548–55.; Ong KL, Cheung BM, Man YB, Lau CP, Lam KS. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. Hypertension. 2007;49(1):69–75.
16. Ong KL, Cheung BM, Man YB, Lau CP, Lam KS. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999- 2004. Hypertension 2007;49(1):69–75, pmid:17159087.; Hyre AD, Muntner P, Menke A, Raggi P, He J. Trends in ATP-III-defined high blood cholesterol prevalence, awareness, treatment and control among U.S. adults. Ann Epidemiol. 2007;17(7):548–555, pmid:17395483.
17. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022. Versão Preliminar, 2011.
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 4ª edição. Rio de Janeiro, 2011.
19. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa nº 264 de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.
20. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa nº 265 de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.
21. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Instrução Normativa nº 35 de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.

22. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Instrução Normativa nº 36 de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.
23. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) Cartilha para a Modelagem de Programas para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, 1ª edição. Rio de Janeiro, 2006.



POR QUE ESTIMULAR AS INOVAÇÕES ASSISTENCIAIS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR?

Alberto Ogata

Recentes pesquisas de opinião pública revelaram que a saúde se constituiu numa das maiores preocupações do brasileiro e que ter acesso a planos privados de saúde é uma das aspirações de consumo, particularmente para as classes socioeconômicas consideradas emergentes (C e D). No entanto, faz parte do senso comum de que o fator mais importante na saúde é a cobertura nas situações de eventos adversos como emergências, internações ou tratamentos. Neste contexto, surge o desafio da sociedade, como um todo, compreender que a saúde é o alicerce essencial que sustenta e alimenta o crescimento, a aprendizagem, o bem-estar pessoal, a satisfação social, o enriquecimento do próximo, a produção econômica e a cidadania corporativa. Além disso, a promoção bem sucedida da boa saúde tem valores intrínsecos e poderes de realização que vão além do orçamento e do custo-benefício de um ano (Jenkins, 2007). Portanto, conclui-se que urge a mudança de paradigma, pois a assistência médica está geralmente estruturada em um modelo de atendimento de casos agudos e episódicos, configurando um modelo que não satisfaz a necessidade de muitos pacientes, se não da maioria, especialmente daqueles que são portadores de condições crônicas. Todos os protagonistas do setor saúde deveriam estar cada vez mais conscientes de que o atendimento eficaz destas condições exige o contato contínuo, prolongado e regular com o sistema de saúde e não os episódicos atendimentos que costumam ter sucesso nos casos agudos (Goulart, 2011).

Com relação à evolução epidemiológica em nosso país, Vecina Neto e Malik (2011) identificam quatro movimentos: (a) a redução da mortalidade pelas enfermidades infectocontagiosas (melhoria das condições de vida, acesso à água tratada, imunizações, antibióticos), (b) o aumento da ocorrência das doenças

e agravos não transmissíveis (envelhecimento, violência, exposição a agentes frutos da degradação e/ou do mau uso do meio ambiente, estilo de vida); (c) o aparecimento de novas enfermidades, as chamadas enfermidades emergentes (AIDS, novas viroses) e (d) o reaparecimento de velhas enfermidades que estavam com um perfil de ocorrência decrescente (dengue, cólera, hanseníase, tuberculose). Ressaltam que suas consequências sobre a demanda por serviços e consumo de tecnologia são diretas, exercendo uma imensa pressão sobre os custos do sistema de saúde.

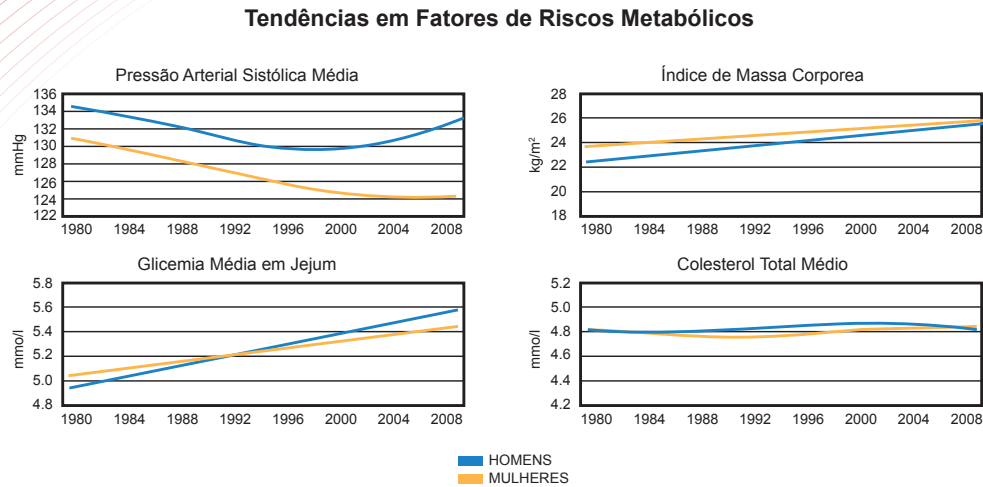
As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Em nosso país, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (Ministério da Saúde, 2011).

Recente estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008 realizado por pesquisadores do IPEA (Freitas e Garcia, 2012) constatou que o coeficiente de prevalência padronizado de diabetes elevou-se no Brasil, de 2,9% em 1998 para 4,3% em 2008, enquanto para o diabetes associado à hipertensão elevou-se de 1,7% para 2,8% no mesmo

período. Os autores concluem que a prevalência de diabetes e hipertensão associada está crescendo rapidamente no Brasil. A concepção de estratégias e programas deve ter como ponto de partida a identificação dos fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis. Costa e Thuler (2012) realizaram análise dos dados extraídos do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis em uma amostra representativa de 18 capitais brasileiras. A ausência de fatores de risco foi observada em apenas 8,5% da população. O excesso de peso (sobrepeso + obesidade) apresentou a maior prevalência (48,1%). Já 39,7% da população pesquisada foi classificada como insuficientemente ativa (irregularmente ativa + sedentária). Entre os entrevistados, 20,8% mencionaram consumo de cigarros e, para 7,8%, registrou-se consumo elevado de álcool. Entre os adultos, 25,2% afirmaram ser hipertensos e 8,0% diabéticos, enquanto a hipercolesterolemia foi mencionada por 23,6%.

Um relatório global da Organização Mundial da Saúde apresentou a tendência, no Brasil, do aumento da prevalência dos fatores de riscos metabólicos, notadamente no que se refere ao índice de massa corpórea, a glicemia média em jejum e a pressão arterial sistólica média.

Figura 1 Perfis de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis – Brasil (OMS,2011).



No campo das doenças crônicas, as evidências mostram a alta prevalência das doenças neuropsiquiátricas na população e os seus efeitos sobre o cotidiano dos indivíduos acometidos, das suas respectivas famílias e de todos aqueles envolvidos em suas relações sociais. Este grupo de doenças, por sua vez, constitui fatores de risco para outras doenças infecciosas e crônicas. Indivíduos com distúrbios neuropsiquiátricos têm, frequentemente, reduzida a capacidade de auto-cuidado, tornando-se mais suscetíveis a uma gama variada de doenças (FIOCRUZ, 2012). Uma pesquisa com uma amostra de 5.037 adultos da cidade de São Paulo encontrou distúrbios mentais em aproximadamente 30% dos participantes, distribuídos em transtornos de ansiedade (19,9%), modificações de humor (11%), distúrbios de impulso (4,3%) e uso abusivo de substâncias (3,6%) (Andrade e col. 2012). Estas informações corroboram a importância da abordagem adequada da saúde mental como um componente relevante da atenção à saúde.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Agência de Saúde Suplementar criaram o Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Os Laboratórios de Inovação podem ser definidos como espaços de identificação, análise e

compartilhamento de experiências de boa gestão, visando valorizar e sistematizar práticas, instrumentos e metodologias de trabalho efetivas e inovadoras para o aperfeiçoamento da gestão na área da saúde, tanto no âmbito do SUS, quanto na saúde suplementar. A inovação na saúde é uma função exercida cotidianamente não apenas por gestores, mas por atores técnicos, políticos e institucionais de todo o Brasil. A interação dos interesses defendidos por esses diversos atores faz com que a inovação das práticas, instrumentos e metodologias possa ser estimulada e ampliada – o Laboratório procura reforçar esta inovação. Neste contexto, o Laboratório irá abordar vários tópicos, com destaque para:

1. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Nesta situação, em geral, não há uma população adstrita de responsabilização. Neles, a atenção primária de saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Além disso, a atenção é fundamentalmente reativa e episódica e focada na doença. A alternativa mais viável é a construção que redes de atenção que são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. (Mendes, 2011). As combinações de provedores, com conformações estruturais diversas (sistemas integrados de provisão) constituem uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos

para prover, um continuum coordenado de serviços de saúde a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (Shortell e col, 1994; Kuschmir & Chorny, 2010). Neste contexto, um programa de gestão de saúde populacional deve envolver todas as necessidades de saúde ao longo do continuum de saúde e bem-estar através da participação, engajamento e intervenções individualizadas para os indivíduos desta população. O objetivo seria a manutenção ou aprimoramento do bem-estar físico e psicossocial das pessoas através de soluções personalizadas e custo-efetivas. (Care Continuum Alliance, 2010).

Conforme enfatiza a Organização Mundial da Saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realizando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar. (OMS, 2008). As linhas de cuidado são a expressão material e pragmática do conceito de integralidade, pois ela só é pensada enquanto uma prática de cuidado, operando de forma sistêmica e incorporada no processo de trabalho. Há algumas experiências neste sentido, na saúde suplementar, como a observada em algumas abordagens em assistência domiciliar, onde se constata uma rede de serviços, uma equipe e o cuidador que aparecem como os gestores do cuidado, gerenciando a assistência ao cliente e à família, contemplando a multiprofissionalidade, a construção de projetos terapêuticos integrais e o envolvimento dos profissionais com o trabalho (Franco & Merhy, 2008).

2. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

É fundamental que a atenção à saúde, notadamente das condições crônicas seja feita de acordo com um modelo teórico. O primeiro foi proposto por Wagner (1998) denominado “Chronic Care Model”- CCM que foi base para vários outros modelos publicados na literatura científica. Ele é composto de seis elementos que foram subdivididos em dois grandes campos, ou seja, o sistema

de atenção à saúde (organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões, sistemas de informação clínica e auto-cuidado apoiado) e na comunidade (articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade). Neste modelo, há uma equipe ativa e motivada, em que o elemento central é o paciente. Sabemos que os medicamentos mais efetivos e testados em estudos clínicos e randomizados podem ser totalmente ineficazes para uma pessoa que não mude seu comportamento e estilo de vida. Extensa metanálise constatou que as intervenções que contenham pelo menos um elemento melhoraram seu resultado clínico e os processos de cuidado e, em menor grau a qualidade de vida dos pacientes com condições crônicas (Tsai, 2005). Este modelo coloca as necessidades, competências e metas de longo prazo dos pacientes no centro do sistema de atenção à saúde. Assim, questiona-se a noção de que o conhecimento especializado se restrinja ao médico e se estenda aos membros da equipe multidisciplinar (Agency for Healthcare Research and Quality, 2008). Informações adicionais e recursos sobre o modelo CCM podem ser obtidos no site www.improvingchroniccare.org.

O atendimento fragmentado, desintegrado, sem utilização de sistemas eficazes de informação ou modelos de atenção pode comprometer a qualidade da atenção à saúde. Grant e col. (2005) realizaram um estudo envolvendo serviços médicos acadêmicos nos Estados Unidos e constatou que, os elevados índices de rastreamento e acompanhamento laboratorial dos pacientes não foram traduzidos em efetivo controle metabólico. Constataram que apenas 10% da coorte conseguiram atingir as metas para os três fatores de risco escolhidos (hemoglobina glicosilada <7%, pressão arterial < 130x80mmHg e LDL colesterol <100mg/dl). Observaram ainda que, na última consulta avaliada, somente 40% dos pacientes com níveis de hemoglobina glicosilada tiveram o seu tratamento ajustado. Além disso, apenas 10% dos pacientes com níveis pressóricos elevados e 5,6% com colesterol alto iniciaram tratamento na primeira consulta. Trata-se de processo complexo, que envolve a colaboração entre os profissionais de saúde e os pacientes e a adoção de modelos de abordagem que contemplem as condições crônicas e não prevaleça a “tirania” da urgência relacionada a serviços e profissionais sobrecarregados, falta de informação e que não contemple o paciente no centro do processo.

3. INTEGRAÇÃO ENTRE MEDICINA ASSISTENCIAL E SAÚDE OCUPACIONAL

Tradicionalmente, as atividades de medicina assistencial e saúde ocupacional são operadas independentemente uma das outras nas empresas. Quando se estabelecem barreiras entre estas atividades (criando “silos” nas empresas) se reduz a efetividade global das iniciativas. A proteção e promoção da saúde no ambiente de trabalho aumentam o bem-estar do trabalhador pela integração das atividades ao longo de um “continuum”. Através deste modelo, as intervenções em promoção da saúde contribuem dinamicamente para melhorar a segurança pessoal além de aumentar o nível de saúde pessoal, enquanto que as intervenções em saúde e segurança contribuem dinamicamente para melhorar a saúde das pessoas e a segurança individual e coletiva. Os dois fatores, saúde individual e segurança pessoal são combinadas de maneira efetiva e simbiótica para aumentar o impacto nos níveis de saúde global e produtividade. – “o todo é maior que a soma das partes”. As empresas, de todos os portes, estão passando a enxergar a saúde não como uma despesa ou custo, mas um investimento importante a ser considerado. Neste contexto, o ambiente de trabalho oferece recursos e oportunidade únicos para melhorar a saúde de toda a população. Resumidamente, a empresa pode ser considerada um “microcosmo da sociedade e, como tal, pode oferecer abordagens efetivas para a saúde individual e coletiva. Os programas na empresa podem atingir e engajar segmentos da população que não poderiam ser atingidos em outras situações.” É muito importante um movimento para uma ação efetiva e integrada. Através da coordenação integrada das políticas e programas de saúde, meio ambiente e bem-estar em um continuum se pode aumentar a saúde integral da população e o seu bem-estar ao mesmo tempo em que se previnem as lesões e doenças ocupacionais. (Hymel e col. 2011).

De acordo com a organização “National Institute for Occupational Safety and Health” (NIOSH) dos Estados Unidos, há quatro razões principais para integrar a saúde assistencial e a medicina ocupacional. Elas fornecem os argumentos para a visão empresarial (“business case”) focando na potencial redução de custos e ganhos em produtividade e a visão pessoal (“worker case”) que foca nos benefícios para a qualidade de vida e saúde do trabalhador. São elas: (1) – O

risco de adoecimento dos trabalhadores é aumentado pela exposição a agentes nocivos ocupacionais e pelo estilo de vida não saudável. As doenças ocupacionais e acidentes no trabalho continuam a ocupar uma posição importante como fator de adoecimento, mas o estilo de vida não saudável também tem um papel significativo particularmente relacionado às doenças crônicas. Os efeitos dos comportamentos não saudáveis e os riscos no trabalho não são independentes uns dos outros. (2) Os trabalhadores de maior risco de exposição a agentes nocivos são também os mais predispostos a ter estilos de vida não saudáveis. A exposição a riscos ocupacionais e está mais concentrada em algumas atividades, mais operacionais e estes trabalhadores possuem maior chance de acidentes ou adoecimento, mesmo fora do trabalho. (3) – Integrar os programas de promoção de saúde e SST pode aumentar a participação e a efetividade nos trabalhadores de alto-risco. Os trabalhadores de alto risco ocupacional estão mais predispostos a participar de programas integrados do que atividades de promoção da saúde isoladas. Eles, em geral, percebem as ações da empresa para reduzir a exposição a agentes nocivos como de maior importância do que mudanças de comportamento individuais e podem acreditar que os benefícios da mudança de estilo de vida são insignificantes em comparação com a proteção contra os riscos ocupacionais. Certo ceticismo sobre o comprometimento da empresa em melhorar a saúde do trabalhador pode reduzir o interesse na participação nos programas de promoção de saúde. Por outro lado, os esforços da empresa para criar um ambiente de trabalho seguro e saudável pode estimular um clima de confiança e aumentar a receptividade a mensagens e ações para a mudança de comportamentos em saúde. A redução nos riscos ocupacionais pode ser necessária para ganhar credibilidade com este público e para aumentar a receptividade às ações em promoção da saúde. (4) Os programas integrados de SST e promoção da saúde podem trazer benefícios mais amplos para o ambiente da empresa e a organização do trabalho – Há muitas evidências dos benefícios dos programas de promoção da saúde, em termos de custos diretos (ex, redução de custos em assistência médica) e indiretos (redução do absenteísmo). Evidencia-se também a custo-efetividade dos programas de saúde e segurança no trabalho (SST) para prevenir doenças ocupacionais. Com o grande número de estudos, programas amplos que incluem ações em bem-estar e qualidade de vida, gestão de doenças crônicas e reabilitação e saúde ocupacional podem trazer

resultados significativos em termos de custos de assistência médica e perda de produtividade. O resultado positivo para a organização se consegue através da coordenação e não competição por recursos, que pode trazer contribuições para a imagem da companhia, melhoria do clima organizacional e da moral, redução do absenteísmo e maior produtividade.

A integração das informações em saúde pode oferecer subsídios importantes para a gestão nas organizações. Diante da ausência de dados secundários de diagnóstico ambulatorial e do sub-registro de agravos ocupacionais em hospitais, clínicas e ambulatórios, somente dados primários poderão revelar estimativas fidedignas de doenças relacionadas ao trabalho (Santana e col.,2006).

4. DIRETRIZES CLÍNICAS

As tomadas de decisão médica provem de fontes variadas de sustentação e orientação e, portanto, geram atitudes médicas também variadas, para situações clínicas idênticas, e para pacientes individuais, mas semelhantes. A evidência científica, traduzida e veiculada por meio de diretrizes clínicas, fornece instrumentos e conteúdo confiável que permitem ao médico, associando à sua experiência e aos valores dos pacientes, tomar a decisão mais apropriada e segura. Mas, a elaboração e a até a disseminação de uma diretriz clínica baseada em evidência não garantem seu uso, sua implementação (Bernardo, 2008). Neste contexto, é relevante a contribuição do projeto para elaboração de diretrizes clínicas especificamente voltadas para a assistência na saúde suplementar brasileira, produzidas através de uma parceria entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Associação Médica Brasileira (AMB), que tem por objetivo qualificar a assistência prestada neste setor, as quais, além de priorizarem temas relevantes para o setor suplementar, oferecem recomendações claras e implementáveis, mas ao mesmo tempo flexíveis o bastante para prever o diferente e o pouco usual. O material pode ser consultado na página: <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/index.html>. Estas diretrizes oferecem orientações diagnósticas terapêuticas e, quando aplicável, preventivas baseadas em evidências científicas, conciliam informações da área médica a fim de padronizar condutas

que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico e apresentam grau de recomendação e a força de evidência científica.

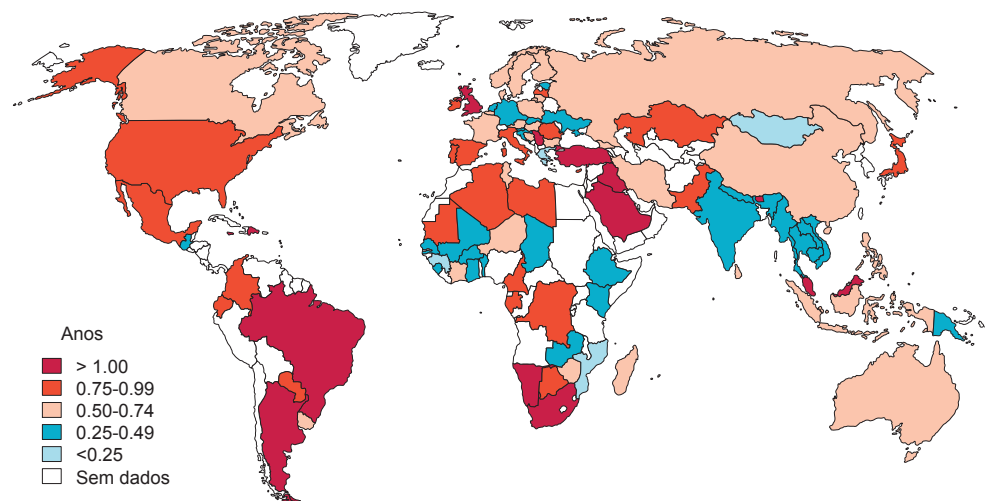
A incorporação de diretrizes clínicas nos serviços de saúde pode ser potencializada se adequadamente articulada a outras ferramentas gerenciais que, tendo as diretrizes como referência, sejam capazes de impactar sobre a prática médica, com vistas à melhoria da qualidade da atenção. Entre elas, enumeram-se a programação de atividades, o estabelecimento de indicadores e metas assistenciais, a realização de auditorias e de educação continuada junto às equipes e uma estrutura de incentivos que vincule ganhos da equipe ao efetivo uso de diretrizes preconizadas. (Portela e col., 2008).

5. ESTILO DE VIDA

Pode ser definido como o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Atualmente é considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Neste contexto, os maiores riscos para a saúde e o bem-estar têm origem no comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras presentes na realidade social (Nahas, 2010). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), 80% dos casos de doenças cardiovasculares e diabetes e 40% dos casos de câncer são evitáveis através da mudança do estilo de vida, baseada principalmente por meio da atividade física, alimentação saudável (cinco porções diárias de frutas e vegetais, evitar gorduras e sal em excesso), eliminação do hábito de fumar e a adoção de comportamentos preventivos (como realizar exames preventivos, não dirigir quando ingerir bebidas alcoólicas e não fumar). Os programas de promoção de saúde que possuem níveis elevados de boas práticas (programas amplos, que fazem ações dirigidas a populações adequadas estratificadas, que possuem uma equipe própria, que têm estratégias integradas de comunicação, que usam múltiplas modalidades de abordagem, que incluem o uso da internet, telefone, aconselhamento e que buscam a redução de fatores de risco) têm níveis mais elevados de participação, atingem melhores indicadores de redução

de fatores de risco e conseguem maior engajamento da população-alvo (Terry e col.2008). O monitoramento realizado pelo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) tem revelado que os programas e ações deverão ser aprimorados, pois não há melhoras significativas nos indicadores, particularmente de atividade física e alimentação saudável, o que tem levado a aumento progressivo na prevalência do excesso de peso e obesidade. Análises realizadas pelo "Lancet Physical Activity Series Working Group (Min Lee,2012) estimaram que a inatividade física causa 6% do impacto de adoecimento por doenças coronariana, 7% de câncer de mama e 10% de câncer do cólon. A inatividade física causa 9% da mortalidade prematura. Calcularam que a eliminação da inatividade física aumentaria a expectativa de vida em aproximadamente 0,68 anos. Estes indicadores são ainda mais expressivos no Brasil, onde a inatividade física é responsável por 13,2% da mortalidade precoce e a sua eliminação aumentaria a expectativa de vida em até 1.08 anos.

Figura 2 Estimativa de ganho em expectativa de vida (em anos) com a eliminação da inatividade física (Min Lee et al.2012)



Neste contexto, há o desafio dos atores envolvidos com a saúde suplementar buscarem novas abordagens e tecnologias para a adoção de estilos de vida saudáveis. O recente relatório da consultoria internacional Ernst & Young (2012)

constata que a mudança de comportamentos se constitui na maior oportunidade para se atingir melhores resultados em saúde. Sugere haver, ao longo da história humana, duas grandes ondas de avanço na saúde humana. A primeira ocorreu com a adoção das medidas e práticas de higiene em meados do século XIX e a segunda no século XX ocorreu com os novos medicamentos (particularmente os antibióticos) e dispositivos. Atualmente, estaríamos vivendo a terceira onda movida pela mudança de comportamentos, permeada pela necessidade de manter o sistema de saúde sustentável e pela inclusão de novas tecnologias como dispositivos móveis, mídias sociais e registros eletrônicos.

Parece claro que o estilo de vida das pessoas passou a ser uma questão importante para as organizações, assim como para os governos e, naturalmente, o próprio indivíduo. Em nível individual, a sustentabilidade tem a ver com própria vida, pois é aspiração de todos não apenas viver mais, mas viver cada vez melhor! Para isso, concorrem as condições de vida assim como o “jeito de viver” (estilo de vida) das pessoas. (Nahas,2010).

6. PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Embora os programas de promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida nas organizações estejam cada vez mais disseminados, são ainda poucas empresas que conseguem oferecer modelos e metodologias que se demonstram eficazes no processo de melhoria do estilo de vida e bem-estar das pessoas. A escassez de recursos e a necessidade urgente das empresas de reposicionar seu papel social para a melhoria da vida das pessoas através do ambiente de trabalho faz crescer a necessidade de se desenvolver processos e estratégias que elevem o nível dos resultados positivos. Este é um desafio extremamente importante para as empresas e para todos os especialistas da área.

A busca de boas ferramentas e soluções deve se processar a partir da definição do marco conceitual do programa, visando estabelecer as bases para o planejamento. A dificuldade da decisão do que oferecer, se deve a complexidade

e multiplicidade de fatores que envolvem a saúde. Esses fatores vão desde as escolhas individuais não saudáveis, desconsideração da importância do problema e dos riscos, as expectativas irreais de resultados, a atenção insuficiente ao tamanho da demanda, até algumas questões relacionadas com a capacidade do sistema de gerar “novas abordagens e receitas”, nem sempre com evidências de eficácia. O processo de gestão de um programa de prevenção de doenças e promoção da saúde deve estar baseado fortemente nas melhores práticas baseadas em evidências científicas.

A prevenção pode reduzir o grande impacto econômico da doença além de aumentar a duração e a qualidade da vida das pessoas. Os custos dos tratamentos, da perda da produtividade e da assistência à saúde afetam significativamente a economia, as famílias e os negócios. As políticas de prevenção e os programas são frequentemente custo-efetivos, reduzem os custos em assistência médica e aumentam a produtividade. (National Prevention Council, 2011). A ANS considera um programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doença o conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. Além disso, um programa deve garantir o acompanhamento específico de sua clientela, bem como sua avaliação e o monitoramento por meio de indicadores em saúde (ANS, 2011).

A mudança de comportamento e o empoderamento dos indivíduos e comunidades são processos bastante complexos e envolve a adoção de metodologias adequadas. Muitas vezes, os programas adotam como base, unicamente práticas informativas, como palestras, feiras de saúde, informações nos sites da internet ou e-mails. Com a grande oferta de informações em saúde, sabe-se que tais ações são pouco efetivas, particularmente para os indivíduos na fase de pré-contemplação, isto é, que não tem a menor intenção da mudança de comportamento nos próximos seis meses. Assim, é fundamental que os programas sejam concebidos utilizando uma metodologia testada e que adotem novas tecnologias considerando-se o perfil sócio-demográfico e cultural da

população a ser atingida. A motivação é um componente importante da mudança de comportamento.

Uma estratégia muito utilizada para estimular a participação nos programas é o uso de incentivos. No entanto, conforme destaca um relatório de consenso de várias entidades, o incentivo financeiro pode aumentar comportamentos simples, como a participação em uma ação de avaliação ou em uma ação preventiva. No entanto, os incentivos de maneira isolada podem não se constituir numa tática útil para mudanças sustentáveis em uma população. As evidências sugerem que as mudanças de estilo de vida em longo prazo ou o controle de fatores de risco exigem mais do que a motivação financeira. A chave para o sucesso estaria na criação de uma cultura e de um ambiente de suporte para a saúde e o bem-estar. Neste contexto, o papel de um incentivo como motivador extrínseco seria o de estimular a participação nos programas, propiciar uma experiência com novas atitudes e conhecimentos e mobilizar as pessoas que estavam acomodadas em comportamentos não saudáveis (Joint Consensus Statement, 2012).

No entanto, não basta levar conhecimentos e estimular as pessoas sobre o que fazer para melhorar seu nível de saúde. É muito importante ajudar as pessoas sobre como fazer e, conseqüentemente, integrar estes novos comportamentos em suas vidas e como mudar o ambiente para criar oportunidades para praticá-lo (O'Donnell, 2008). Por exemplo, o Programa Nacional de Tabagismo oferece uma metodologia prática para profissionais e pacientes com um passo-a-passo para pessoas que desejam parar de fumar, baseado em evidências científicas (<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/>). Finalmente, criar oportunidades para que as pessoas e comunidades possam praticar novos comportamentos e estilo de vida é fundamental. Assim não basta estar motivado e ter conhecimentos bem consolidados se o ambiente não for favorável. Assim, as empresas e as comunidades devem integrar ações e políticas que estimulem hábitos saudáveis no cotidiano das pessoas.

A ANS, em sua Cartilha para a Modelagem de Programas para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças publicada em 2011, ressalta algumas orientações e diretrizes fundamentais para que o programa possa ser desenvolvido

de forma adequada. Para a ANS, elaborar programas implica em definir os objetivos do programa, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados. Destaca as etapas fundamentais na gestão dos programas:

1. Capacitação profissional e qualificação da(s) equipe(s) de saúde;
2. Definição da metodologia de identificação dos indivíduos elegíveis ao programa;
3. Definição das regras de participação no programa;
4. Definição de indicadores para o monitoramento e avaliação das ações do programa; dos resultados em saúde obtidos com o programa; da relação custo-efetividade das intervenções; da adesão dos beneficiários, entre outros.
5. Definição de projetos terapêuticos de acordo com a população do programa, com a descrição das ações e a periodicidade das atividades;
6. Definição dos objetivos, cobertura e metas do programa;
7. Definição dos protocolos clínicos a serem adotados no programa;
8. Desenvolvimento e implementação de sistema de informação para a gestão do programa;
9. Fortalecimento das estratégias de informação, educação em saúde e conscientização do usuário do programa;
10. Integração do programa com a rede prestadora de serviços de saúde;
11. Integração entre os profissionais da equipe multidisciplinar;
12. Produção de material didático auxiliar;
13. Possibilidade de vinculação a um profissional de saúde responsável pela continuidade e acompanhamento da linha do cuidado.

Michael Critelli, então presidente da companhia norte-americana Pitney Bowes observou que os gestores encaravam a saúde simplesmente como um elemento de despesa e elaboravam estratégias unicamente para reduzir os custos. Realizou estudos e pesquisas e chegou à conclusão de que se pode influenciar a saúde das pessoas de modo positivo, com uma mudança significativa no foco, que passa a ser direcionado no valor da saúde e do desempenho do capital humano.

Sugeriu sete regras para a gestão da saúde com base nestes valores (Mahoney e Hom, 2006):

1. A saúde de sua organização começa com saúde das pessoas;
2. Precisamos conhecer os custos totais;
3. Nem sempre custos maiores significam maiores níveis de saúde;
4. A saúde começa e termina com o indivíduo;
5. Devemos evitar barreiras para tratamentos efetivos;
6. Os incentivos são mais eficazes que as punições para melhorar o nível de saúde da população;
7. O melhor resultado somente será alcançado com trabalho em equipe, com sinergia entre todos os envolvidos.

Neste contexto, Tamara e col. (2006) ressaltam que os desafios são grandes para o sucesso dos programas, pois muito não são amplos e frequentemente são direcionados para um único fator de risco ou componente (por exemplo, hipertensão arterial, stress, relacionamentos sociais, alimentação saudável ou atividade física) e tem seu impacto potencial bastante reduzido. Outros têm duração limitada e não persistem até que se obtenham os resultados esperados. Em geral, os programas têm baixo nível de participação e são criticados por realizarem estratégias que não atingem a maioria dos trabalhadores ou não sensibilizam os que estão nos grupos de risco. Muitas vezes, os participantes estão localizados nas sedes das empresas e não atingem os prestadores de serviços ou a força de venda. Além disso, apesar da maioria das empresas serem de pequeno ou médio porte, há poucas alternativas viáveis para que estas empresas implantem programas efetivos de prevenção de doenças e promoção da saúde. Finalmente, há a necessidade de maior sinergia entre os atores do sistema, como os planos de saúde, as consultorias, as áreas de saúde ocupacional e a alta administração das organizações através de uma mudança transformadora que vislumbrem a qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores como um parâmetro de efetividade organizacional.

O Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar irá analisar as metodologias,

indicadores e resultados dos programas aprovados pela ANS através de “checklist” padronizado para identificar boas práticas que possam contribuir para o aperfeiçoamento dos programas de prevenção de doenças e promoção de saúde, tornando-os cada vez mais efetivos e sustentáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR – Manual Técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4.a Edição Revisada e Atualizada. Rio de Janeiro, ANS, 2011
2. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY – Integrating Chronic Care and Business Strategies in the Safety Net-. (Prepared by Group Health’s MacColl Institute for Healthcare Innovation)- Rockville, MD, September 2008.
3. BERNARDO, MW – Diretrizes Clínicas no Sistema de Saúde no Brasil (editorial). Rev. Assoc Med. Bras 54(5): 377-86, 2008
4. CARE CONTINUUM ALLIANCE – Outcomes Guidelines Report – vol.5, Washington DC, 2005.
5. COSTA,LC, THULER,LCS –Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros – estudo transversal de base populacional. R.Bras.Est.Popul. 29(1)133-145,2012.
6. ERNST & YOUNG GLOBAL LIFE SCIENCES – Progressions: The third place- Health Care Everywhere, 2012.
7. FRANCO, TB, MERHY, EE – Atenção domiciliar na saúde suplementar:dispositivo da reestruturação produtiva – Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1511-1520, 2008
8. FREITAS, LRS, GARCIA,LP – Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol.Serv.Saúde 21(1)7-19,2012.
9. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. FIOCRUZ, 2012.
10. GOULART, FAA – Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde, Brasília, OPAS, 2011.
11. GRANT,RW et al – Quality of Diabetes Care in U.S. Academic Medical Centers: Low Rates of Medical Regimen Change. Diabetes Care 28(2)337-342,2005.
12. HYMEL, PA et al – Workplace Health Protection and Promotion – A New Pathway for a Healthier—and Safer—Workforce – J. Occup.Environ.Med. 53(6) 695-702, 2011

13. JENKINS, CD – Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento. Porto Alegre, ArtMed, 2007.
14. KUSCHNIR, R; CHORNY, AH – Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate – *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2307-2316, 2010
15. Mahoney,J., Hom,D. – Total Value, Total Return.-GlaxoSmithKline,2006.
16. MENDES, EV – O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família – Brasília, OPAS, 2011.
17. MINISTERIO DA SAUDE – Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 – Brasília, Ministério da Saúde, 2011.
18. MIN LEE,I e col. – Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy – *Lancet*, 380:219-229,2012.
19. NIOSH – Research Compendium: The NIOSH Total Worker Health TM Program: Seminal Research Papers 2012. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, Washington, DC, 1-214,2012.
20. NAHAS, MV – Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para Um Estilo de Vida Ativo – 5.a Ed. Revisada e Atualizada – Londrina, Midiograf, 2010.
21. NATIONAL PREVENTION COUNCIL – National Prevention Strategy, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.
22. JOINT CONSENSUS STATEMENT – Guidance for a Reasonably Designed, Employer-Sponsored Wellness Program Using Outcomes-Based Incentives – *J.Occup.Environ.Med.* 54(7) JOEM _ Volume 54(7)889-896, 2012
23. O'DONNELL, M – The Face of Wellness: Aspirational Vision of Health, Renewing Health Behavior Change Process and Balanced Portfolio Approach to Planning Change Strategies – *The Art of Health Prom.*, Nov-Dec,2008.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.
25. PORTELA, MC et al – Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2): 253-266, fev, 2008.
26. SANTANA,VS et al. – Acidentes do trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev Saúde Pública* 40(6)1004-1012,2006.
27. SHORTELL S, GILLIES R, ANDERSON D. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs*; 13:46-54, 1994

28. TAMARA, M.K. et al. – The future of health promotion/disease prevention programs: the incentives and barriers faced by stakeholders. *J.Occup.Environ.Med.* 48(6)541-548,2006.
29. TERRY, P et al. – Association Between Nine Quality Components and Superior Worksite Health Management Program Results – *J.Occup.Environ.Med.* 50(6) 633-641, 2008.
30. TSAI, AC et al – A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses – *Am J Manag Care.*;11:478-488,2005
31. VECINA NETO, G, MALIK, A – *Gestão em Saúde* – Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011.
32. WAGNER, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract.* 1: 2-4, 1998
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment: WHO Global Report*, 2005.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Noncommunicable diseases country profiles,2011* – World Health Organization, 2011.

UMA PROPOSTA DE REVISÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM EM PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO AMBIENTE CORPORATIVO

Michael O'Donnell, PhD

A mudança de comportamentos em saúde é um processo difícil e complexo. Muitas pessoas ficam sobrecarregadas com as orientações recebidas de muitas direções e os profissionais também ficam um pouco confusos sobre qual estratégia de abordagem utilizar. Neste contexto, se propõe uma abordagem em promoção da saúde e bem-estar (“wellness”) que prevê três componentes básicos:

1. uma visão de futuro para a saúde;
2. um processo de mudança de comportamento renovado;
3. um portfólio balanceado com abordagens estratégicas para a mudança;

Este modelo foi originalmente proposto na publicação “The Art of Health Promotion” com o título: “The Face of Wellness: Aspirational Vision of Health, Renewing Health Behavior Change Process and Balanced Portfólio Approach to Planning Change Strategies” (O'Donnell,2008) e é constantemente revisado e atualizado.

1. UMA VISÃO DE FUTURO PARA A SAÚDE

Devemos falar e pensar sobre saúde em termos bem amplos. Por isso se define saúde ótima como o equilíbrio entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual desde a fundação, em 1986, do “American Journal of Health Promotion”. Esta definição é cientificamente aceitável pois há relações entre

cada uma destas dimensões e métricas de morbidade e mortalidade utilizadas no campo da saúde. Além disso, esta definição é facilmente compreensível para o público leigo pois envolve elementos da vida que são importantes para todos. Além disso, ela estimula pensar em crescimento pessoal. A definição estabelece um contraste com abordagens restritivas que se focam em limitar o consumo de alguns alimentos, manter um certo peso, fazer alguns minutos de exercício por dia, em outras palavras, orientações para reduzir os fatores de risco.

No entanto, é muito difícil ter um perfeito equilíbrio entre as dimensões. Em alguns momentos da vida, algumas dimensões são mais importantes do que outras. Algumas vezes estamos envolvidos em um projeto profissional importante, em outras temos necessidades relacionadas à família e em outras precisamos gerenciar o stress excessivo. Deste modo, saúde perfeita não é um estado, mas uma condição dinâmica. Não é possível atingir um ponto mágico de equilíbrio perfeito e ali permanecer.

Neste contexto, propusemos uma definição operacional para os conceitos de saúde e promoção da saúde:

“Promoção da saúde é a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seu estilo de vida para se moverem em direção a um estado de saúde ideal, que se constitui num processo de engajamento por um equilíbrio dinâmico entre as dimensões física, emocional, social, espiritual e intelectual e a descoberta da sinergia entre os seus aspectos mais positivos. Mudança de estilo de vida deve ser facilitada pela combinação de esforços para levar informações, aumentar a motivação, construir conhecimentos e, principalmente, oferecer oportunidades para que se tenham práticas positivas em saúde. (Am.J.Health Prom. 23,2,i,2008)”.

As pessoas tendem a se engajar para o desenvolvimento de cada dimensão quando descobrem as sinergias entre elas e os seus interesses e desejos pessoais. Por exemplo, se alguém deseja ter um ótimo desempenho físico, como atleta, deve saber que poderá atingir este objetivo mais facilmente se buscar

o desenvolvimento das outras dimensões. Deste modo, o modelo prevê uma dimensão no centro (a que mais representa a sua paixão) e as outras em sinergia. Posso ter um time, com um ótimo técnico e trabalhar em equipe (dimensão social), aprender como lidar com os fracassos e dificuldades e encontrar caminhos para gerenciar o stress (dimensão emocional) e aprender mais sobre fisiologia do esporte e desempenho técnico (dimensão intelectual). Além disso, posso buscar entender como as minhas aspirações como atleta entram em sintonia com uma visão mais ampla da vida e das relações com as pessoas e o planeta (dimensão espiritual).

Outro exemplo – se eu quiser ser um bom pai ou mãe, preciso ter hábitos alimentares adequados e praticar atividade física para ser um bom modelo para meus filhos (dimensão física), preciso aprender a lidar com os meus sentimentos e emoções em relação às crianças (dimensão emocional), preciso estabelecer uma rede de relações para ter apoio e suporte, sempre que necessário (dimensão social), aprender como lidar com os filhos e ter a opinião de especialistas (dimensão intelectual) e, finalmente, ajudar meus filhos a descobrir os reais valores e prioridades na vida (dimensão espiritual).

As pessoas ficariam muito mais abertas a receber a nossa mensagem sobre saúde se as ajudarmos a descobrir suas verdadeiras paixões e desejos e a entender como a descoberta das outras dimensões de saúde pode ajudar a atingir os seus objetivos. A proposta do modelo coloca no centro a dimensão que, no momento, representa a sua maior paixão ou desejo.

2. RENOVANDO O PROCESSO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM SAÚDE

Os programas de qualidade de vida, em geral, buscam envolver as pessoas para mudança de comportamento através de questionários de avaliação de estilo de vida, avaliações biométricas (exames periódicos) para identificar os fatores de risco e ajudar as pessoas a entenderem a relação entre estilo de vida e saúde.

O próximo passo seria envolver as pessoas para ações e programas que dêem suporte para esta mudança e ela será mais efetiva quanto mais sistemática for a abordagem.

O modelo proposto tem seis passos que podem ser seguidos de maneira sequencial do início ou de alguma parte do processo. De maneira ideal, o programa deve cobrir todos os passos do modelo. O processo se renova periodicamente, sempre que a pessoa deseje adotar um novo comportamento saudável.

2.1. PRIMEIRO PASSO – ESTEJA PRONTO

A pessoa deve ter coração e mente abertos para a mudança. Seria imaginar como seria a sua vida com esta transformação e refletir sobre o que é realmente importante e sobre suas escalas de prioridade. Além disso, pensar sobre como a melhoria da saúde pode ajudá-lo a atingir suas paixões e desejos. Este passo deve ser parte do processo que move as pessoas da fase de pré-contemplação para contemplação no modelo transcomportamental. O elemento crítico deste processo é empoderar as pessoas para sonhar sobre as perspectivas futuras e ajudar as pessoas a acreditar que elas são capazes de ter controle sobre os seus destinos.

2.2. SEGUNDO PASSO – AVALIE SUA SAÚDE

As pessoas que ficam mais abertas para a mudança buscam avaliar sua saúde e qualidade de vida. Devemos incluir os questionários de avaliação de risco e estilo de vida e os dados biométricos (pressão arterial, pulso, glicose, triglicérides, colesterol, altura, peso, circunferência abdominal). Buscar rastrear os casos de síndrome metabólica. A maioria dos questionários e exames periódicos avalia somente a dimensão física. Para as demais dimensões é interessante agregar outros instrumentos de avaliação.

2.3. TERCEIRO PASSO – ESTABELEÇA METAS

Se uma pessoa não sabe o que quer, como pode sequer dar o primeiro passo ou mesmo saber se está tendo progresso. Ter metas claras ajuda a buscar forças quando se sentir cansado, tolerar alguns esforços contínuos ou buscar conhecimentos para atingi-las. Uma revisão feita por Goetzl e Heaney (1994) concluiu que o estabelecimento de metas pessoais pode dobrar o índice de sucesso nos programas de promoção de saúde. Isso acontece pois a pessoa foca a atenção em atividades que podem levar aos objetivos esperados e dá mais força para buscar atingir a meta mesmo que a ação seja repetitiva ou a pessoa esteja cansada e, finalmente, estimula a buscar conhecimentos para desenvolver estratégias neste sentido.

Há 3 tipos de metas e diferentes estratégias para atingi-las. A primeira está relacionada com as aspirações que tem a ver com os sonhos sobre o futuro. Pode envolver ambições de carreira, relações românticas, constituir uma família, performance atlética, uma imagem corporal específica, ter uma vida íntegra, etc. Estas metas não precisam ser realistas, específicas ou estáticas. Envolve prioridades na vida, sonhos e desejos. A segunda está relacionada com o aprendizado e envolve a aquisição de um determinado conhecimento para atingir uma meta aspiracional. Quando há áreas que são muito complexas ou desconhecidas para as pessoas, a aquisição de conhecimentos e habilidades para determinadas atividades pode levar a melhor performance na mudança de comportamento. Estabelecer metas específicas pode melhorar a performance em 42 a 82% (Locke e Latham, 1990). Finalmente, ter metas desafiadoras pode aumentar o resultado do esforço em 52 a 82%. No entanto, isso ocorre quando o envolvimento da pessoa com a meta é alto e ela possui conhecimentos e habilidades para atingi-la.

Quando uma pessoa estabelece pessoalmente suas metas e não usa as sugeridas por um profissional ou especialista há um aumento da performance em 11%, provavelmente porque a compreensão e comprometimento seja maior.

A performance é melhor quando o envolvimento na busca dos objetivos é mais forte. Ele pode ser aumentado pelo reforço na importância dos resultados

e pelo aumento da auto-eficácia (através de treinamentos para aumentar as habilidades, pela observação de modelos positivos e pela comunicação persuasiva de especialistas que reforcem sua capacidade de atingir o objetivo). Oferecer devolutivas frequentes aumentam a performance, pois quando as pessoas percebem que estão falhando ou tendo dificuldades em atingir os seus objetivos, normalmente aumentam seus esforços ou corrigem suas rotas para uma estratégia mais efetiva.

2.4. QUARTO PASSO – CONSTRUA CONHECIMENTOS

Quando uma pessoa vai aprender uma nova língua o que deve fazer ? A melhor estratégia seria fazer uma imersão em uma cultura que fale a língua (assim você pode ouvir as pessoas falarem, ouvir como os lábios e face se movem a medida que conversam e entender os costumes para compreender melhor o significado das frases). Pode aprender também gramática usando livros, fitas ou vídeos. Além disso, tem que praticar muito, muito, muito. Mudar um hábito é como aprender uma nova língua, exceto pela dificuldade de quebrar antigos costumes construídos por décadas. Se a pessoa pode realizar uma imersão em uma cultura que ajude o novo estilo de vida pode ser mais fácil, mas esta não é a opção adotada pela maioria das pessoas. Deste modo, a pessoa precisa encontrar sub-culturas que ajudem e possam ensiná-la a encontrar maneiras de resistir às influências da cultura que estimulou práticas não saudáveis por muito tempo, que são confortáveis, são realizadas sem exigir esforço ou automaticamente e podem fazer parte de sua identidade. Aprender novos hábitos exige esforço de meses ou anos. O processo de construção de conhecimento envolve três estágios básicos – aprendizado, prática e construir suporte.

O primeiro passo (aprendizado) envolve o grau de mudança desejado e qual o nível de informação necessário. O desafio é relacionar a complexidade da mudança à quantidade e forma de ajuda a ser oferecida. Por exemplo, se a pessoa quiser fazer uma mudança simples, como começar a usar fio dental todas as noites, provavelmente necessitará somente de um folheto ou de instruções rápidas obtidas pela internet. Por outro lado, se a pessoa deseja perder 30 quilos

vai precisar de mais apoio e informações. Sabe-se que a maioria das pessoas se beneficia de interação direta com uma pessoa real no processo de aprendizado. Vale ressaltar a importância do uso das estratégias cientificamente validadas.

A seguir, sabe-se que o simples ato de praticar um novo comportamento é um passo importante para construir confiança e evitar a recaída. Quanto maior a auto-eficácia, mais prolongada será a prática do novo comportamento e menor o risco de recaída.

Finalmente, as pessoas têm maior chance de sucesso se têm acesso a ambientes que facilitam a mudança de comportamento e têm pessoas que encorajam e apoiam. Algumas pessoas conseguem manter suas atividades através de seus recursos pessoais, mas a maioria das pessoas se beneficia da existência de uma rede de amigos para participar de seu esforço.

Ter reconhecimento e celebrar os avanços também oferece reforço para muitas pessoas. Alguns exemplos de marcos importantes na mudança de comportamento:

1. tomar uma decisão de mudança;
2. desenvolver um plano de mudança;
3. adquirir os conhecimentos necessários para a mudança;
4. praticar os conhecimentos adquiridos regularmente;
5. atingir objetivos e metas;
6. ter melhoras nas metas, aspirações e desejos.

2.5. QUINTO PASSO – CRIAR HÁBITOS

Em geral, as dietas não funcionam. Virtualmente, todas as pessoas que aderem a uma dieta para perder peso falham após algum tempo. Isso ocorre não porque não perderam peso. A maioria das dietas bem elaboradas faz emagrecer, por algumas semanas ou meses. As dietas falham porque a maioria das pessoas volta aos seus velhos hábitos alimentares após atingirem o seu objetivo e ganham peso

de novo. O mesmo acontece com a atividade física. A chave para se conseguir mudanças de longo prazo é transformar os novos conhecimentos em hábitos que são praticados frequentemente (se possível todos os dias).

Quando a pessoa introduz em sua vida um novo comportamento, exige-se disciplina por meses, praticando-o. Um hábito ou um vício, como fumar, pode exigir 5 a 12 anos de disciplina para uma mudança permanente.

As rotinas e hábitos vão mudando ao longo da vida e precisamos adaptá-los para as diferentes situações e momentos. Por exemplo, durante a vida escola, as pessoas podem praticar esportes variados com grupos da mesma faixa etária. Depois, na universidade, em geral, as pessoas devem escolher uma modalidade ou atividade e praticá-la antes ou após as aulas, exigindo-se mais dedicação e disciplina.

Uma das razões da epidemia de obesidade nos Estados Unidos e em muitos países é a mudança de hábitos onde se utiliza o carro para ir a maioria dos lugares e as cidades são concebidas para eles. Utiliza-se o controle remoto para mudar os canais da televisão, manda-se um e-mail para um colega de trabalho no mesmo prédio ou se navega na internet ao invés de buscar uma biblioteca.

Quando se tenta formar um novo hábito, devemos buscar oportunidades para praticá-lo na rotina do dia-a-dia. Observando-as consigo criar novos hábitos e tenho o benefício de sua prática. Além disso, a cada vez que se encontra uma oportunidade a pessoa sente-se satisfeita e reforça o novo hábito.

2.6. SEXTO PASSO – AJUDAR AS OUTRAS PESSOAS

Nesta fase, as pessoas podem ajudar os seus colegas, liderar um grupo de suporte ou de atividades, atuar em um comitê ou ajudar a promover o programa.

Os benefícios podem ser (1) oferecer um reforço para um novo comportamento ou hábito. Além disso, saber que outras pessoas estão dependendo de si pode

ajudar a servir como um bom modelo de novo comportamento (2) pode servir de inspiração para outras pessoas. Quando alguém observa uma mudança de comportamento com sucesso aumenta a crença de que é possível conseguir a mesma transformação (3) tem efeito protetor direto sobre a saúde. (Brown e col., 2003)

3. PORTFÓLIO BALANCEADO COM ABORDAGENS ESTRATÉGICAS PARA A MUDANÇA

3.1. SENSIBILIZAÇÃO

A educação em saúde foca na sensibilização das pessoas sobre os riscos de comportamentos não saudáveis, como alimentar-se mal, fumar, beber em excesso bem como os benefícios dos comportamentos positivos, como atividade física, cuidados preventivos ou o gerenciamento do stress. Ter informações ajuda a tomar as decisões mais corretas. Mas não é suficiente para a mudança do comportamento da maioria das pessoas.

A maioria dos programas nas décadas de 70 e 80 estavam baseadas no modelo educacional e constata-se que muitos ainda estão. Ao longo do tempo se aprendeu que a informação não é suficiente para a mudança de comportamento para a maioria das pessoas. Por exemplo, a maioria das pessoas sabe que deve praticar atividade física, conhece os malefícios do hábito de fumar – se conhecimento fosse suficiente, ninguém mais fumaria ou todas as pessoas seriam ativas.

A educação possui dois componentes importantes – (1) sensibiliza as pessoas sobre os riscos em saúde e as oportunidades de melhoria. As pessoas podem avaliar os prós e contras de fazer as mudanças (2) as campanhas podem mobilizar as organizações e a sociedade para construir uma rede de apoio para uma idéia ou plano. Por exemplo, quando as pessoas tomam conhecimento de que o tabagismo passivo não somente irrita os narizes, mas também é um potente carcinogênico

há o estímulo para a criação de ambientes livres do tabaco e se compreende que estas ações não são para punir os fumantes mas para proteger as pessoas.

Apesar do impacto limitado das campanhas educativas, é importante melhorar a efetividade com que as informações chegam às pessoas. Este processo tem sofrido evolução nos últimos anos, com mensagens personalizadas, de acordo com as necessidades individuais, através de vários formatos (palestras, cartazes, folhetos, tapes, internet, e-mail, etc.).

3.2. MOTIVAÇÃO

Quando uma pessoa está motivada para ter uma mudança de comportamento, busca conhecimentos e habilidades necessárias para fazer esta transformação e vai criar as oportunidades para que isso aconteça. Se uma pessoa não está motivada, nenhum conhecimento do mundo conseguirá fazer qualquer mudança. Por exemplo, a teoria do comportamento planejado (Aizen, 1985) mostrou que as atitudes e normas têm pouco efeito no comportamento a menos que a pessoa tenha intenção de mudança. Houve um grande avanço na compreensão da importância da motivação e a sua avaliação. Através da teoria transcomportamental proposta por Prochaska e DiClemente (1997) se construiu um modelo em que se propõe diferentes estratégias para cada estágio de prontidão de mudança. Sabemos que as pessoas que estão na fase de pré-contemplação não tem nenhum interesse em mudar o comportamento ou ouvir falar sobre o tema, mas as pessoas que estão na fase de contemplação podem estar interessadas nestas informações. Além disso, aumentar a auto-eficácia é importante para as pessoas que estão se prontas para iniciar o processo de mudança (preparação) para aquelas que estão ativamente atuando (ação) e aquelas que estão buscando manter o novo comportamento (manutenção).

Aumentar a auto-eficácia é outra ferramenta para aumentar a motivação (Bandura, 1997). Trata-se da crença de que a pessoa consegue fazer algo, como parar de fumar, iniciar um programa de atividade física, fazer uma apresentação em público, etc. A eficácia comportamental é a crença de que um determinado

comportamento vai produzir um determinado resultado, por exemplo, que parar de fumar vai reduzir o risco de desenvolver câncer de pulmão. Quanto maior a auto-eficácia e a eficácia comportamental, maior é a motivação.

3.2.1. Incentivos

Os incentivos podem trazer um aumento significativo na participação nos programas. Isso provavelmente ocorre porque eles capturam a atenção das pessoas que estão pensando em fazer mudanças (contemplação) e acelera a sua decisão e provavelmente até mesmo os que não pensam na mudança (pré-contemplação) que são atraídos pelos incentivos (particularmente os financeiros). Outra possibilidade seria oferecer descontos na participação nos custos dos planos de saúde para as pessoas que aderirem aos programas de qualidade de vida. Este tipo de incentivo pode estimular as pessoas a participar dos exames periódicos ou de outras atividades, mas não é efetivo para mudar comportamentos mais complexos.

Os incentivos buscam motivar as pessoas através de estímulos extrínsecos que podem chamar a atenção para os programas, mas não envolvem os estímulos intrínsecos que estão relacionados aos valores pessoais básicos. Se desejarmos mudar comportamentos, devemos conhecer e entender os desejos, paixões, objetivos de longo prazo e prioridades das pessoas. A entrevista motivacional pode ser uma ferramenta muito útil para ajudar neste processo. O desafio é o alto custo da realização deste processo, que envolve a atividade profissional individual. Busca-se o desenvolvimento de ferramentas on line com este propósito.

Em geral, as pesquisas demonstram que os incentivos financeiros são mais eficazes quando são usados para motivar as pessoas a fazer coisas simples e distintas, como estimular as pessoas a participar em atividades específicas em saúde. Eles também são eficazes no reforço da motivação das pessoas para manter comportamentos saudáveis. No entanto, há pouca evidência de que os incentivos financeiros são eficazes na mudança de comportamento no longo prazo. Os incentivos financeiros podem motivar as pessoas a participar

em programas porque eles estimulam a mudança no estágio de prontidão para a mudança. Para aqueles em pré-contemplação, os incentivos criam uma consciência sobre a possibilidade de mudança e pode mover as pessoas para a fase de contemplação. Para aqueles em contemplação, os incentivos podem adicionar outro “pró” para a sua análise do balanço de decisão e aumentar a probabilidade deles se moverem para a fase de preparação. Para aqueles em preparação, os incentivos reforçam o compromisso de participar ou de realmente mudar um comportamento. Quando se oferece um incentivo para se atingir uma meta de saúde é possível captar a atenção e fazer as pessoas refletirem sobre suas práticas atuais, e estimula as pessoas a se mover no seu estágio de prontidão para mudança. Os incentivos reforçam o compromisso de uma pessoa para continuar praticando comportamentos existentes. Para aqueles no estágio de ação de uma mudança de comportamento, os incentivos financeiros reforçam a sua decisão de participar de um programa, aprender novas habilidades e trabalhar para mudar. Para aqueles na fase de manutenção, ou seja, aqueles que já estão praticando os comportamentos de saúde positivos e ter alcançado uma meta de saúde, o incentivo financeiro reforça seu compromisso com as suas práticas de saúde existentes. Por outro lado, incentivos financeiros, por si só não são susceptíveis de motivar as pessoas a adotar comportamentos de saúde novos. Isso ocorre com maior frequência quando há fatores de motivação intrínseca, como sentir com mais energia para o dia-a-dia, ter uma sensação de realização por atingir um objetivo, ser um bom modelo para as crianças e amigos, e ser capaz de conviver com outras pessoas que estão praticando comportamentos saudáveis.

Devemos ressaltar que há o risco dos os incentivos financeiros não aumentarem significativamente a mudança de comportamento por dois motivos (1) eles atraem as pessoas menos motivadas e, conseqüentemente, os resultados são piores e (2) são baseados na premissa que o dinheiro é importante para todas as pessoas. Para ser efetivo na produção de mudanças significativas, um incentivo financeiro precisa ser alto o suficiente para ter algum impacto na saúde financeira das pessoas (o que não é possível para a maioria dos programas).

3.3. CONHECIMENTO

Os programas devem ajudar as pessoas sobre COMO fazer e não somente O QUE fazer. Eles devem aprender como integrar estes novos comportamentos em suas vidas, sobre técnicas e como mudar o ambiente para criar oportunidades para praticar.

3.4. OPORTUNIDADE

Ter acesso a oportunidades de mudança é um dos aspectos mais importantes para o avanço de construir novos conhecimentos para formar hábitos.

Uma pessoa que está altamente motivada para praticar um estilo de vida saudável e tem conhecimentos bem consolidados para integrar estas práticas ao seu dia-a-dia pode fazer muito por criar oportunidades necessárias para tornar isso uma realidade.

No entanto, em algumas vezes, a situação da vida de uma pessoa está tão complicada ou o ambiente físico é tão desfavorável que criar as oportunidades podem ser muito difícil, mesmo para uma pessoa altamente motivada e que adquiriu os conhecimentos adequados. A maioria das pessoas é somente moderadamente motivada e tem conhecimentos em nível regular e precisam de um apoio ainda maior para a mudança de comportamento. Elas precisam ter acesso a alimentos saudáveis, de ótima apresentação e sabor inigualável, de lugares seguros e agradáveis para praticar atividade física, de ambientes livres do tabaco, de apoio da família e amigos, de uma mídia independente e livre de influências do marketing sobre comportamento e proteção suficiente dos estressores financeiros, do excesso de demanda no trabalho e problemas de segurança.

No outro extremo, um ambiente de suporte excessivo também pode gerar desmotivação. Por exemplo, quando se vai ao um spa, é fácil encontrar alimentos saudáveis e apetitosos, podemos nadar, caminhar, praticar ioga, descansar, refletir

sobre as prioridades em nossa vida, ter acesso a especialistas de várias áreas. O problema é manter a prática saudável ao ir para casa.

Em um ambiente organizacional, um ambiente de suporte vai incluir ambientes físicos, políticas organizacionais, cultura e estruturas que estimulam estilos de vida saudável, bem como estratégias que transmitam ao empregado a sensação de pertencimento ao programa.

4. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Considerando-se os quatro fatores apresentados (sensibilização, motivação, conhecimentos e oportunidade), acredito que a informação possa ser responsável por 5% da mudança de comportamento, a motivação por 30%, os conhecimentos adquiridos por 25% e a oportunidade por 40%.

O propósito da proposta deste modelo integrado é criar um movimento positivo e sustentado de mudança para as pessoas e organizações. As cinco dimensões da saúde ideal (física, social, emocional, intelectual e espiritual) pode despertar a atenção das pessoas. Os seis passos no processo de mudança de comportamento (estar pronto, avalie sua saúde, estabeleça metas, construa conhecimentos, forme hábitos e ajude os outros) foram concebidos para ajudar as pessoas a caminhar de maneira consistente na melhoria do seu nível de saúde e bem-estar. Finalmente, o portfólio balanceado de mudanças estratégicas de mudança foi desenhado para estimular as organizações para continuamente aperfeiçoar os seus programas para ter certeza de que os recursos estão sendo adequadamente investidos e garantir o retorno desejado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bandura, A – Self Efficacy: The Exercise of Control. New York, NY; WH Freeman & Company, 1997.
2. Brown, L.B, Neese, R.M, Vinokur, A.D, Smith, D.M – Providing social support may be more beneficial than receiving it. Psychol.Sci, 14:320-327, 2003.

3. Goetzel,R, Heaney,C – A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. Am.J.Health Prom. 4:290-307,1994.
4. Locke,EA, Lathan,GP – A Theory of Goal Setting and Task Performance. Englewood Cliffs,NJ, Prentice Hall, 1990.
5. O'Donnell,M – The Face of Wellness: Aspirational Vision of Health, Renewing Health Behavior Change Process and Balanced Portfolio Approach to Planning Change Strategies. The Art of Health Prom. Nov-Dec, 2008.
6. Prochaska, J, Velicer,W – The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am.J.Health Prom. 13:105-111, 1998.

Organização:

